

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
**ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**  
**«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России)

КАФЕДРА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ С КУРСОМ ОВП (СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА) ФПК И ППС



**Горбань В.В., Бурба Л.В.**

## **МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА**

*Учебно - методическое пособие для студентов 5 - 6 курсов лечебного факультета.*

Краснодар

2015

**УДК 614.2:616-036.865(075.8)**

**ББК 51.1(2)3я73**

**М 42**

**Составители:**

заведующий кафедрой поликлинической терапии с курсом «ОВП (семейная медицина)» ФПК и ППС ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России,

д.м.н. **В.В. Горбань**

доцент кафедры поликлинической терапии с курсом «ОВП (семейная медицина)» ФПК и ППС ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России,

к.м.н. **Л.В. Бурба**

**Рецензенты:**

Заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней

ГБОУ ВПО КубГМУ МЗ России,

д. м. н., профессор

**А.С. Адамчик**

Заведующий кафедрой терапии №2 ФПК и ППС

ГБОУ ВПО КубГМУ МЗ России

д.м.н., профессор

**С.Г. Канорский**

Учебно - методическое пособие «**Медико-социальная экспертиза**» предназначено для студентов 5-6 курсов лечебного факультета. Краснодар, КубГМУ, 2015 - 44 с.

Учебно- методическое пособие «**Медико-социальная экспертиза**» составлено в соответствии с требованиями Федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по направлению подготовки (специальности) 060101 Лечебное дело (квалификация «специалист»), утвержденными Приказом Министерства образования и науки РФ от 08.11.2010г. № П18. Предназначено для студентов старших курсов лечебного факультета медицинских ВУЗов. Может быть использовано в качестве учебного пособия для клинических интернов и ординаторов, врачей терапевтов и семейных врачей.

Рекомендовано к изданию ЦМС КубГМУ

Протокол №   3   от   10.11.   2015г.

## Оглавление

ПРЕДИСЛОВИЕ.....	4
ВВЕДЕНИЕ.....	5
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	6
ТЕМА ЗАНЯТИЯ: «МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА» .....	7
СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ЗНАТЬ и УМЕТЬ .....	7
СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ВЛАДЕТЬ (ФОРМИРУЕМЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ):.....	8
1. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА .....	8
1.1. Порядок направления на МСЭ .....	10
1.2. Порядок переосвидетельствования инвалидов .....	11
1.3. Определение групп инвалидности .....	12
1.4. Установление причины инвалидности .....	19
2. Реабилитация инвалидов .....	19
3. Контрольные вопросы.....	21
4. Ситуационные задачи .....	23
5. Тестовые задания.....	27
6. Эталоны ответов .....	30
7. Приложения .....	30
Список литературы.....	43

## **ПРЕДИСЛОВИЕ**

Цель настоящего учебно-методического пособия – научить студентов старших курсов своевременно, грамотно и обоснованного направлять больных на медико-социальную экспертизу (МСЭ), прогнозировать экспертное решение федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы.

В учебно-методическом пособии изложены функции учреждений МСЭ, распределение полномочий между учреждениями разного уровня, а также порядок направления больных на медико-социальную экспертизу с оформлением учебной медицинской статистической документации «Направление на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь» ф.088/у-06.

Пособие состоит из введения, целей и задач занятия, теоретического раздела, включающего подробную информацию по организации и технологи проведения медико-социальной экспертизы, учебных медицинских статистических форм, контрольных вопросов, ситуационных задач и тестовых заданий.

## **ВВЕДЕНИЕ**

Стойкая утрата трудоспособности является одним из важнейших показателей здоровья и социальной защиты населения. Ежегодно в РФ впервые инвалидами становятся около 1 млн. человек и этот показатель остается достаточно стабильным. Инвалиды являются социальной категорией населения, которая имеет низкий уровень качества жизни, нуждается в разноплановой реабилитации, требует предоставления им равных возможностей с другими контингентами населения. Существует четкая зависимость: чем ниже качество жизни населения, тем выше уровень инвалидности. Ситуация должна быть контролируемой путем своевременного выявления причин инвалидности у больных, особенно трудоспособного возраста, обоснованным установлением им статуса инвалида, качественной разработкой и своевременной реализацией реабилитационных программ.

Основная роль в решении этих проблем отводится государственным федеральным учреждениям медико-социальной экспертизы, основная цель которых – обоснованная оценка медико-социального и психологического статуса больного, претендующего на особые меры социальной защиты, и обеспечение его оптимальной жизнедеятельности. Для реализации этих задач существует многоуровневая экспертная служба, оснащенная современными подходами и методами экспертной работы.

В настоящее время важное значение приобретает повышение образовательного уровня студентов-выпускников как будущих специалистов амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения, что диктует введение самостоятельного практического занятия по медико-социальной экспертизе в программу подготовки студентов-выпускников медицинских ВУЗов по предмету «Поликлиническая терапия». Для реализации этих задач подготовлено предлагаемое учебно-методическое пособие.

## **СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ**

АГ - артериальная гипертензия

БМСЭ - бюро медико-социальной экспертизы

ВОЗ - Всемирная организация здравоохранения

ГБМСЭ - главные бюро медико-социальной экспертизы

ИБС - ишемическая болезнь сердца

ИПР - индивидуальная программа реабилитации инвалида

МКФ - Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья

МСЭ - медико-социальная экспертиза

ОЖД - ограничение жизнедеятельности

УЗИ - ультразвуковое исследование

ФБМСЭ - Федеральное бюро медико-социальной экспертизы

ФВД - функция внешнего дыхания

ХОБЛ - хроническая обструктивная болезнь легких

ЭКГ - электрокардиография

ЭхоКГ - эхокардиография

## ТЕМА ЗАНЯТИЯ: «МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА»

Учебное время - 5 часов.

**Цель занятия и ее мотивационная характеристика:** научить методам оценки соматического статуса больного, проведению на основании этого экспертизы стойкой утраты трудоспособности и составлению плана реабилитационных мероприятий.

### СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ЗНАТЬ и УМЕТЬ

<u>Студент должен знать:</u>	<u>Студент должен уметь:</u>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Понятие о стойкой нетрудоспособности, способах ее оценки.</li><li>2. Виды бюро медико-социальной экспертизы, их состав, функциональные обязанности.</li><li>3. Специализированные (главные) бюро МСЭ: психиатрические, офтальмологические, фтизиатрические, онкологические, их задачи.</li><li>4. Правила направления на МСЭ, необходимую документацию.</li><li>5. Классификацию основных функций организма и основных категорий жизнедеятельности, используемых при осуществлении МСЭ. Виды и степени ограничения жизнедеятельности, их клиническую интерпретацию.</li><li>6. Причины инвалидности. Группы инвалидности. Критерии определения групп инвалидности, их клиническую интерпретацию, сроки переосвидетельствования.</li><li>7. Виды реабилитации и порядок разработки индивидуальных программ реабилитации инвалидов.</li><li>8. МСЭ при заболеваниях органов кровообращения: АГ, ИБС (стенокардии, перенесенном инфаркте миокарда).</li><li>9. МСЭ при заболеваниях органов пищеварения: осложненной язвенной</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Оформить соответствующую медицинскую документацию при направлении больного на МСЭ: ф. 088/у-06, листок нетрудоспособности, заключение в амбулаторной карте, решение экспертной комиссии.</li><li>2. Разработать план реабилитационных мероприятий для инвалидов 1,2,3 групп при:<ul style="list-style-type: none"><li>- АГ, ИБС (стенокардии, перенесенном инфаркте миокарда);</li><li>- осложненной язвенной болезни, болезнях оперированного желудка, хронических гепатитах и циррозах печени;</li><li>- хроническом пиелонефрите, гломерулонефрите, хронической почечной недостаточности;</li><li>- ХОБЛ, бронхиальной астме.</li></ul></li></ol>

<p>болезни, болезнях оперированного желудка, хроническом панкреатите, хронических гепатитах и циррозах печени.</p> <p>10. МСЭ при заболеваниях почек: хроническом гломерулонефрите, специфических поражениях почек, хронической почечной недостаточности.</p> <p>II. МСЭ при заболеваниях органов дыхания: ХОБЛ, бронхиальной астме.</p> <p>12. Структуру «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья».</p>	
---	--

### **СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ВЛАДЕТЬ (ФОРМИРУЕМЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ):**

1. Методикой объективного исследования, интерпретации данных лабораторных и функциональных тестов, оценки критериев инвалидности, принятия правильного экспертного решения.
2. Правилами оформления соответствующей медицинской документации (ф. 088/у-06).

### **1. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА**

*Медико-социальная экспертиза* - определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма.

Медико-социальная экспертиза (МСЭ) гражданина проводится в государственных учреждениях медико-социальной экспертизы: Федеральное бюро (ФБМСЭ) и главные бюро (ГБМСЭ), имеющие филиалы – бюро МСЭ (БМСЭ) в городах и районах. БМСЭ являются наиболее значимыми учреждениями МСЭ, обеспечивающими доступность и качество экспертизы, которая проводится по месту жительства гражданина или по месту прикрепления его к государственному или муниципальному лечебно-профилактическому учреждению здравоохранения.

#### **Функции учреждений МСЭ:**

- установление инвалидности, ее причин, сроков, времени наступления инвалидности, потребности инвалида в различных видах социальной защиты;

- разработка индивидуальных программ реабилитации инвалидов;
- изучение уровня и причин инвалидности населения;
- участие в разработке комплексных программ реабилитации инвалидов, профилактики инвалидности и социальной защиты инвалидов;
- определение степени утраты профессиональной трудоспособности;
- определение причины смерти инвалида в случаях, когда законодательством Российской Федерации предусматривается предоставление мер социальной поддержки семье умершего.

Решение учреждения медико-социальной экспертизы является обязательным для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями независимо от организационно-правовых форм и форм собственности.

Формирование бюро МСЭ осуществляется из расчета: 1 бюро на 70 – 90 тысяч человек при условии освидетельствования 1,8 – 2 тысячи человек в год. В зависимости от уровня, структуры заболеваемости и инвалидности образуются бюро общего профиля, специализированного и смешанного профиля. В Краснодарском крае функционирует 52 бюро общего профиля и 10 – специализированных (5 – для больных с психоневрологическими заболеваниями; 2 – для больных туберкулезом; 2 – для больных с заболеваниями органов зрения; 1 – для онкологических больных). Освидетельствование детей до 18-летнего возраста осуществляется территориальными бюро МСЭ.

В штатный норматив бюро входят специалисты, принимающие экспертное решение (три врача различных специальностей), специалист по реабилитации, специалист по социальной работе и психолог. Кроме того, штатным расписанием предусматривается должность старшей медицинской сестры, медицинского регистратора и шофера. При необходимости в штат бюро могут вводиться: врач-педиатр, специалист по функциональной диагностике, по профориентации, по эргономике, физиологии труда, педагог, сурдопереводчик и другие специалисты.

Порядок признания лица инвалидом определен Постановлением Правительства РФ от 20 февраля 2006 года № 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом», в соответствии с которым **определены три условия признания гражданина инвалидом:**

1. Нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами.

2. Ограничение жизнедеятельности (полная или частичная утрата способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью).

3. Необходимость в мерах социальной защиты, включая реабилитацию.

Для признания гражданина инвалидом необходимо наличие всех трех указанных условий.

## **1.1. Порядок направления на МСЭ**

На МСЭ направляются граждане, имеющее нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, признаки стойкого ограничения жизнедеятельности, в том числе трудоспособности, и нуждающиеся в социальной защите:

- при очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе вне зависимости от сроков временной нетрудоспособности, но не более 4 месяцев;
- при благоприятном трудовом прогнозе в случае продолжающейся нетрудоспособности до 10 месяцев (в отдельных случаях: травмы, состояние после реконструктивных операций, туберкулез – до 12 месяцев) для решения вопроса о продолжении лечения или установления группы инвалидности;
- работающие инвалиды для изменения трудовой рекомендации в случае ухудшения клинического и трудового прогноза;
- для установления причин инвалидности;
- для определения времени фактического наступления инвалидности при наличии направления пенсионного фонда;
- для установления степени утраты профессиональной трудоспособности (в процентах);
- для определения причинной связи пострадавшего лица с производственной травмой, профессиональным заболеванием и др., при которых законодательством РФ предусмотрено предоставление льгот семье умершего.

### ***Направлять на МСЭ имеют право:***

- организации, оказывающие лечебно-профилактическую помощь после проведения диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий и при наличии данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами;
- органы, осуществляющие пенсионное обеспечение, и органы социальной защиты населения при наличии у больного медицинских документов, подтверждающих нарушения функций организма вследствие заболеваний, последствий травм или дефектов.

При направлении на МСЭ больными или инвалидами должны быть представлены следующие документы: заявление, паспорт, листок нетрудоспособности, направление на МСЭ ф.088/у-06 (приложение 1).

При установлении группы инвалидности срок временной нетрудоспособности завершается датой регистрации направления в БМСЭ (датой начала экспертизы). Если пациент признается трудоспособным, в графе листка нетрудоспособности «Приступить к работе» указывается дата, следующая за днем освидетельствования. Случаи, когда больной не является в

указанный срок на МСЭ, расцениваются как нарушение режима, о чем делается соответствующая отметка в больничном листке.

**Экспертное заключение должно включать в себя:**

- 1 клинико–функциональный диагноз и клинический прогноз;
- психологический диагноз, содержащий любые отклонения от нормального функционирования или развития личности;
- социальный диагноз, включающий социально-бытовые и профессионально-трудовые факторы;
- потребность больного в социальной помощи и защите;
- реабилитационный прогноз, т.е. возможность восстановления социального статуса инвалида, достижение им социальной независимости, социальной адаптации;
- заключение о группе, причине инвалидности, сроках переосвидетельствования.

**1.2. Порядок переосвидетельствования инвалидов**

Переосвидетельствование инвалидов первой группы проводится один раз в два года, инвалидов второй и третьей групп – один раз в год, детей-инвалидов – один раз в срок, на который установлена категория «ребенок-инвалид». Лицам, ставшим инвалидами при исполнении интернационального долга и ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС, группа инвалидности устанавливается сроком на 5 лет.

Переосвидетельствование инвалида может осуществляться заблаговременно, но не более чем на 2 месяца до истечения установленного срока инвалидности.

**Критериями установления инвалидности без срока переосвидетельствования являются:**

- невозможность устранения или уменьшения социальной недостаточности инвалида вследствие длительного ограничения его жизнедеятельности (при сроках наблюдения не менее 5 лет), вызванного нарушением здоровья со стойкими необратимыми морфологическими изменениями и нарушениями функций органов и систем организма;
- неэффективность реабилитационных мероприятий, что приводит к необходимости долговременной (постоянной) социальной защиты;
- другие критерии, предусмотренные действующим законодательством.

Переосвидетельствование инвалида ранее установленного срока проводят по его личному заявлению (заявлению его законного представителя) либо по направлению организации, оказывающей лечебно-профилактическую помощь, в связи с изменением состояния здоровья больного.

### **1.3. Определение групп инвалидности**

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.

Ограничение жизнедеятельности - полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью.

***К основным видам стойких расстройств функций организма человека относятся:***

- нарушения психических функций (сознания, ориентации, интеллекта, личностных особенностей, волевых и побудительных функций, внимания, памяти, психомоторных функций, эмоций, восприятия, мышления, познавательных функций высокого уровня, умственных функций речи);
- нарушения языковых и речевых функций (устной речи - ринолалия, дизартрия, заикание, алалия, афазия);
- письменной (дисграфия, дислексия); вербальной и невербальной речи;
- нарушения сенсорных функций (зрения; слуха; обоняния; осязания; тактильной, болевой, температурной, вибрационной и других видов чувствительности);
- нарушения нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций (движения головы, туловища, конечностей, в том числе костей, суставов, мышц; статики, координации движений);
- нарушения функций сердечно-сосудистой системы, дыхательной системы, пищеварительной, эндокринной систем и метаболизма, системы крови и иммунной системы, мочевыделительной функции);
- нарушения, обусловленные физическим внешним уродством (деформации лица, головы, туловища, конечностей, приводящие к внешнему уродству; аномальные отверстия пищеварительного, мочевого, дыхательного трактов; нарушение размеров тела).

***Классификация основных видов стойких расстройств функций организма человека и степени их выраженности:***

При комплексной оценке различных показателей, характеризующих стойкие нарушения функций организма человека, выделяют четыре степени их выраженности, оцениваемых в процентах в диапазоне от 10 до 100:

1-я степень – стойкие незначительные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в диапазоне от 10 до 30 процентов;

II-я степень – стойкие умеренные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в диапазоне от 40 до 60 процентов;

III-я степень - стойкие выраженные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в диапазоне от 70 до 80 процентов;

IV-я степень - стойкие значительно выраженные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в диапазоне от 90 до 100 процентов.

При наличии нескольких стойких нарушений функций организма человека, отдельно оценивается с использованием количественной системы и устанавливается степень выраженности каждого из таких нарушений в процентах (приложение 2).

### ***Классификация основных категорий жизнедеятельности человека и степени выраженности ограничений этих категорий.***

**I. Способность к самообслуживанию** - способность человека самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе использовать навыки личной гигиены:

1 степень - способность к самообслуживанию при более длительном затрачивании времени, дробности его выполнения, сокращении объема с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

2 степень - способность к самообслуживанию с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств

3 степень - неспособность к самообслуживанию, нуждаемость в постоянной посторонней помощи и уходе, полная зависимость от других лиц.

**II. Способность к самостоятельному передвижению** - способность самостоятельно перемещаться в пространстве, сохранять равновесие тела при передвижении, в покое и при перемене положения тела, пользоваться общественным транспортом:

1 степень - способность к самостоятельному передвижению при более длительном затрачивании времени, дробности выполнения и сокращении расстояния с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

2 степень - способность к самостоятельному передвижению с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

3 степень - неспособность к самостоятельному передвижению и нуждаемость в постоянной помощи других лиц;

**III. Способность к ориентации** - способность к адекватному восприятию личности и окружающей обстановки, оценке ситуации, к определению времени и места нахождения:

1 степень - способность к ориентации только в привычной ситуации самостоятельно и (или) с помощью вспомогательных технических средств;

2 степень - способность к ориентации с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

3 степень - неспособность к ориентации (дезориентация) и нуждаемость в постоянной помощи других лиц.

**IV. Способность к общению** - способность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки, хранения, воспроизведения и передачи информации:

1 степень - способность к общению со снижением темпа и объема получения и передачи информации, использование при необходимости вспомогательных технических средств помощи, при изолированном поражении органа слуха - способность к общению с использованием невербальных способов общения и услуг по сурдопереводу;

2 степень - способность к общению при регулярной частичной помощи других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

3 степень - неспособность к общению и нуждаемость в постоянной помощи других лиц;

**V. Способность контролировать свое поведение** - способность к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально-правовых и морально-этических норм:

1 степень - периодически возникающее ограничение способности контролировать свое поведение в сложных жизненных ситуациях и (или) постоянное затруднение выполнения ролевых функций, затрагивающих отдельные сферы жизни, с возможностью частичной самокоррекции;

2 степень - постоянное снижение критики к своему поведению и окружающей обстановке с возможностью частичной коррекции только при регулярной помощи других лиц;

3 степень - неспособность контролировать свое поведение, невозможность его коррекции, нуждаемость в постоянной помощи (надзоре) других лиц;

**VI. Способность к обучению** - способность к целенаправленному процессу организации деятельности по овладению знаниями, умениями, навыками и компетенцией, приобретению опыта деятельности (в том числе

профессионального, социального, культурного, бытового характера), развитию способностей, приобретению опыта применения знаний в повседневной жизни и формированию мотивации получения образования в течение всей жизни:

1 степень – способность к обучению и получению образования в рамках федеральных государственных образовательных стандартов в образовательных и иных организациях с созданием специальных условий (при необходимости) для получения образования, в том числе обучение с применением (при необходимости) специальных вспомогательных технических средств, определяемая с учетом заключения психолого-медико-педагогической комиссии;

2 степень - способность к обучению и получению образования в рамках федеральных государственных образовательных стандартов в образовательных и иных организациях с созданием специальных условий для получения образования только по адаптированным образовательным программам и адаптированным (основным) образовательным программам при необходимости обучение на дому и/или с использованием дистанционных технологий с применением (при необходимости) специальных вспомогательных технических средств, определяемая с учетом заключения психолого-медико-педагогической комиссии;

3 степень - способность к обучению только элементарным навыкам и умениям (профессиональным, социальным, культурным, бытовым), в том числе правилам выполнения только элементарных целенаправленных действий в привычной бытовой сфере или ограниченные возможности способности к такому обучению в связи с имеющимися значительно выраженными нарушениями функций организма, определяемые с учетом заключения психолого-медико-педагогической комиссии;

**VII. Способность к трудовой деятельности** - способность осуществлять трудовую деятельность в соответствии с требованиями к содержанию, объему, качеству и условиям выполнения работы:

1 степень - способность к выполнению трудовой деятельности в обычных условиях труда при снижении квалификации, тяжести, напряженности и (или) уменьшении объема работы, неспособность продолжать работу по основной профессии (должности, специальности) при сохранении возможности в обычных условиях труда выполнять трудовую деятельность более низкой квалификации;

2 степень - способность к выполнению трудовой деятельности в специально созданных условиях с использованием вспомогательных технических средств;

3 степень - способность к выполнению элементарной трудовой деятельности со значительной помощью других лиц или невозможность (противопоказанность) ее осуществления в связи с имеющимися значительно выраженными нарушениями функций организма.

Термин **ограничения жизнедеятельности** относится ко всем нарушениям, ограничениям активности и ограничениям возможности участия, а также факторам окружающей среды, которые взаимодействуют со всеми этими категориями. Большую помощь в обозначении нарушений функционирования и определении критериев эффективности лечения и реабилитации может оказать использование разработанной ВОЗ «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» (МКФ).

МКФ принадлежит к “семье” международных классификаций, которые применимы к различным аспектам здоровья. “Семья” международных классификаций ВОЗ обеспечивает общие правила кодирования широкого круга информации, связанной со здоровьем (например, диагноз, функционирование и ограничение жизнедеятельности, основание для обращения за медицинской помощью), и использует стандартизованный общий язык, позволяющий общаться по проблемам, связанным со здоровьем и здравоохранением, во всем мире в различных дисциплинах и отраслях науки. Специфические цели МКФ могут быть определены следующими положениями:

- обеспечить научную основу для понимания и изучения показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем, результатов вмешательств и определяющих их факторов;
- сформировать общий язык для описания показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем, с целью улучшения взаимопонимания между различными пользователями: работниками здравоохранения, исследователями, администраторами и обществом, включая людей с ограничениями жизнедеятельности;
- сделать сравнимой информацию в разных странах, сферах здравоохранения, службах и во времени;
- обеспечить систематизированную схему кодирования для информационных систем здоровья.

### **Информация в МКФ систематизирована в двух частях:**

- 1-я часть - функционирование и ограничения жизнедеятельности;
- 2-я часть - контекстовые факторы.

Каждая часть включает две составляющие.

I. Составляющие 1-й части (функционирования и ограничений жизнедеятельности):

- Организм. Функции и структуры организма (B-body).
- Активность (A-Activity) и участие (P-Participation). Охватывает полный круг доменов, обозначающих аспекты функционирования с индивидуальной и социальной позиций.

II. Составляющие 2-й части (контекстовых факторов):

- Перечень окружающих факторов. Окружающие факторы влияют на все составляющие функционирования и ограничений жизнедеятельности и систематизированы по принципу: от непосредственно окружающих индивида до общего окружения.
- Личностные факторы. Не классифицированы в МКФ из-за больших социальных и культурных вариаций.

МКФ использует буквенно-цифровую систему, в которой буквы - b, s, d, e, используются для обозначения функций (b) и структур (s) организма, активности и участия (d) и факторов окружающей среды (e). За этими буквами следует числовой код, который начинается с номера раздела (одна цифра), за которым следуют обозначения второго уровня (две последующие цифры), третьего и четвертого уровня (по одной цифре каждый).

Все три составляющие классифицируемые в МКФ (функции и структуры организма, активность и участие и факторы окружающей среды) измеряются с помощью единой шкалы. В зависимости от составляющей, наличие проблемы может означать нарушение, ограничение или ограничение возможности, препятствие. К соответствующему домену классификации должны подбираться подходящие определяющие слова, указанные ниже в скобках (знак xxx стоит вместо кода домена второго уровня):

- xxx.0 НЕТ проблем (никаких, отсутствуют, ничтожные) 0–4%,
- xxx.1 ЛЕГКИЕ проблемы (незначительные, слабые) 5–24%,
- xxx.2 УМЕРЕННЫЕ проблемы (средние, значимые) 25–49%,
- xxx.3 ТЯЖЕЛЫЕ проблемы (высокие, интенсивные) 50–95%,
- xxx.4 АБСОЛЮТНЫЕ проблемы (полные) 96–100%,
- xxx.8 не определено,
- xxx.9 не применимо.

Важно отметить, что в МКФ индивиды не являются единицами классификации, т.е. МКФ не классифицирует людей, а только с помощью набора доменов здоровья и доменов, связанных со здоровьем, описывает ситуацию индивида. Более того, описание всегда дается в контексте окружающих и личностных факторов. Использование МКФ позволит определить рамки показателей, связанных со здоровьем, и описать их унифицированным стандартным языком.

**Критерием для определения I группы инвалидности является:** нарушение здоровья со стойким значительно выраженным расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению одной или нескольких следующих категорий жизнедеятельности и вызывающих необходимость социальной защиты :

- а) способности к самообслуживанию 3-й степени;
- б) способности к передвижению 3-й степени;

- в) способности к ориентации 3-й степени;
- г) способности к общению 3-й степени;
- д) способности контролировать свое поведение 3-й степени;
- е) способности к обучению 3-й степени;
- ж) способности к трудовой деятельности 3-й степени.

В индивидуальной программе реабилитации (ИПР) инвалида 1 группы даются рекомендации только по медицинской и социальной реабилитации.

***Критерием для определения II группы инвалидности является:*** нарушение здоровья со стойким выраженным расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению одной или нескольких из следующих категорий жизнедеятельности и вызывающих необходимость социальной защиты:

- а) способности к самообслуживанию 2-й степени;
- б) способности к передвижению 2-й степени;
- в) способности к ориентации 2-й степени;
- г) способности к общению 2-й степени;
- д) способности контролировать свое поведение 2-й степени;
- е) способности к обучению 2-й степени;
- ж) способности к трудовой деятельности 2-й степени.

В ИПР инвалида II группы могут содержаться рекомендации не только по медицинской и социальной реабилитации, но и профессиональной. Функция трудоспособности инвалида должна быть описана подробно с анализом профессиональных возможностей больного и его трудоограничений.

***Критерием для определения III группы инвалидности является:*** нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению одной или нескольких из следующих категорий жизнедеятельности и вызывающих необходимость социальной защиты:

- а) способности к самообслуживанию 1-й степени;
- б) способности к передвижению 1-й степени;
- в) способности к ориентации 1-й степени;
- г) способности к общению 1-й степени;
- д) способности контролировать свое поведение 1-й степени;
- е) способности к трудовой деятельности 1-й степени;
- ж) способности к обучению 1-й степени.

***Категория «ребенок-инвалид»*** определяется при наличии у ребенка ограничений жизнедеятельности любой категории и любой из трех степеней выраженности ограничений (которые оцениваются в соответствии с возрастной нормой), определяющих необходимость социальной защиты ребенка.

Особенностью инвалидности детского возраста является развитие ее на фоне растущего организма, когда происходит активный процесс формирования морфофункциональных структурных компонентов, его психических и личностных качеств.

#### **1.4. Установление причины инвалидности**

Причина инвалидности – это социальный фактор, который стал причиной развития заболевания, травмы или дефекта больного, приведших к его инвалидности.

**«Общее заболевание»** - инвалидность явилась следствием различных заболеваний или увечий.

**«Инвалид с детства»** - определяют гражданам старше 18 лет, когда инвалидность вследствие заболевания, травмы или дефекта, возникшего в детстве, наступила до достижения 18-летнего возраста. Лицу в возрасте до 18 лет устанавливается категория «ребенок – инвалид».

**«Профессиональное заболевание»** - инвалидность, наступившая вследствие острых и хронических профессиональных заболеваний и отравлений. Основанием для определения данной причины инвалидности является акт о случае профессионального заболевания, оформленный в соответствии с существующим законодательством.

**«Трудовое увечье»** - инвалидность наступила вследствие повреждения здоровья, связанного с несчастным случаем на производстве.

**«Военная травма»** - определяется бывшим военнослужащим в случаях, когда инвалидность наступила вследствие увечья или заболевания, полученных при защите Родины, военной службе, пребывании на фронте и т.д.

## **2. Реабилитация инвалидов**

*Реабилитация инвалидов* - система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной и профессиональной деятельности. Реабилитация инвалидов направлена на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма, в целях социальной адаптации инвалидов, достижения ими материальной независимости и их интеграции в общество.

**Основные направления реабилитации инвалидов включают в себя:**

- восстановительные медицинские мероприятия, реконструктивную хирургию, протезирование и ортезирование, санаторно-курортное лечение;
- профессиональную ориентацию, обучение и образование, содействие в трудоустройстве, производственную адаптацию;

- социально-средовую, социально-педагогическую, социально-психологическую и социокультурную реабилитацию, социально-бытовую адаптацию;
- физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт.

Реализация основных направлений реабилитации инвалидов предусматривает использование инвалидами технических средств реабилитации, создание необходимых условий для беспрепятственного доступа инвалидов к объектам инженерной, транспортной, социальной инфраструктур и пользования средствами транспорта, связи и информации, а также обеспечение инвалидов и членов их семей информацией по вопросам реабилитации инвалидов.

**Индивидуальная программа реабилитации инвалида (ИПР)** - разработанный комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности.

Индивидуальная программа реабилитации инвалида является обязательной для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями независимо от организационно-правовых форм и форм собственности.

К техническим средствам реабилитации инвалидов относятся устройства, содержащие технические решения, в том числе специальные, используемые для компенсации или устранения стойких ограничений жизнедеятельности инвалида.

**Техническими средствами реабилитации инвалидов являются:**

- специальные средства для самообслуживания;
- специальные средства для ухода;
- специальные средства для ориентирования (включая собак-проводников с комплектом снаряжения), общения и обмена информацией;
- специальные средства для обучения, образования (включая литературу для слепых) и занятий трудовой деятельностью;
- протезные изделия (включая протезно-ортопедические изделия, ортопедическую обувь и специальную одежду, глазные протезы и слуховые аппараты);
- специальное тренажерное и спортивное оборудование, спортивный инвентарь;
- специальные средства для передвижения (кресла-коляски).

Государство гарантирует инвалидам необходимые условия для получения образования и профессиональной подготовки с привлечением технических средств реабилитации (приложение 3).

Общее образование инвалидов осуществляется с освобождением от оплаты как в общеобразовательных учреждениях, оборудованных при необходимости специальными техническими средствами, так и в специальных образовательных учреждениях и регулируется законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации.

Государство обеспечивает инвалидам получение основного общего, среднего (полного) общего образования, начального профессионального, среднего профессионального и высшего профессионального образования в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида.

Инвалидам предоставляются гарантии трудовой занятости путем проведения следующих специальных мероприятий, способствующих повышению их конкурентоспособности на рынке труда:

1) установления в организациях независимо от организационно-правовых форм и форм собственности квоты для приема на работу инвалидов и минимального количества специальных рабочих мест для инвалидов;

2) резервирования рабочих мест по профессиям, наиболее подходящим для трудоустройства инвалидов;

3) стимулирования создания предприятиями, учреждениями, организациями дополнительных рабочих мест (в том числе специальных) для трудоустройства инвалидов;

4) создания инвалидам условий труда в соответствии с индивидуальными программами реабилитации инвалидов;

5) создания условий для предпринимательской деятельности инвалидов;

6) организации обучения инвалидов новым профессиям.

Организациям, численность работников которых составляет более 100 человек, законодательством устанавливается квота для приема на работу инвалидов в процентах к среднесписочной численности работников (но не менее 2 и не более 4 процентов).

Для инвалидов I и II групп устанавливается сокращенная продолжительность рабочего времени не более 35 часов в неделю с сохранением полной оплаты труда.

Привлечение инвалидов к сверхурочным работам, работе в выходные дни и ночное время допускается только с их согласия и при условии, если такие работы не запрещены им по состоянию здоровья.

### **3. Контрольные вопросы**

1. Понятие о стойкой нетрудоспособности, её виды.
2. Дать определение понятия медико-социальной экспертизы.
3. Состав и функции главного (Федерального) и городского бюро МСЭ.

4. Штатный состав бюро МСЭ.
5. Какие бюро МСЭ функционируют в Краснодарском крае?
6. Кто наделен правом направления больных на МСЭ?
7. Что должно включать в себя экспертное заключение?
8. Порядок направления на МСЭ.
9. Этапы освидетельствования больного в бюро МСЭ.
10. Порядок переосвидетельствования инвалидов.
- II. Понятие об ограничении жизнедеятельности, ее виды.
12. Классификация степеней ограничения жизнедеятельности
13. Признаки наличия стойкой утраты трудоспособности.
14. Первая группа инвалидности и ее клиническая интерпретация.
15. Вторая группа инвалидности и ее клиническая интерпретация.
16. Третья группа инвалидности и ее клиническая интерпретация.
17. Перечислить основные причины инвалидности.
18. Дать интерпретацию понятия «инвалид по общему заболеванию».
19. Дать интерпретацию понятия «инвалид с детства».
20. Основные виды реабилитации инвалидов.
21. Понятие о «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья», ее составляющие.
22. МСЭ при заболеваниях органов кровообращения: АГ, ИБС (стабильной стенокардии, перенесенном инфаркте миокарда).
23. МСЭ при ОНМК.
24. МСЭ при заболеваниях органов пищеварения: осложненной язвенной болезни, хроническом панкреатите, хронических гепатитах и циррозах печени.
25. МСЭ при заболеваниях почек: хроническом гломерулонефрите, специфическом поражении почек, амилоидозе почек, хронической почечной недостаточности.
26. МСЭ при заболеваниях органов дыхания: ХОБЛ, бронхиальной астме.
27. Разработать план реабилитационных мероприятий для инвалидов 1,2,3 групп при АГ, ИБС (стенокардии, перенесенном инфаркте миокарда).
28. Разработать план реабилитационных мероприятий для инвалидов 1,2,3 групп при осложненной язвенной болезни, хроническом панкреатите, хронических гепатитах и циррозах печени.
29. Разработать план реабилитационных мероприятий для инвалидов 1,2,3 групп при хроническом пиелонефрите, гломерулонефрите, хронической почечной недостаточности.
30. Разработать план реабилитационных мероприятий для инвалидов 1,2,3 групп при ХОБЛ, бронхиальной астме.
31. Разработать план реабилитационных мероприятий для инвалидов 1,2,3 групп, перенесших ОНМК.
32. Основные направления реабилитации инвалидов.

33. Понятие медицинской, психологической, профессиональной, социальной реабилитации.
34. Что такое технические средства реабилитации инвалидов?
35. Каким образом обеспечивается трудовая занятость инвалидов?
36. Возможности обучения и переобучения инвалидов, виды специализированных учебных заведений.

#### **4. Ситуационные задачи**

##### **Задача №1.**

Больной Т., 56 лет, слесарь, находится на приеме у кардиолога поликлиники. На руках выписка из кардиологического отделения с диагнозом: ИБС. Q-образующий инфаркт миокарда в передней – перегородочной области левого желудочка, осложнившийся кардиогенным отеком легких, подострый период. ХСН IIА, III ФК. Стационарное лечение продолжалось в течение 24 дней.

*Вопросы.*

1. Провести экспертизу временной нетрудоспособности.
2. Провести экспертизу стойкой нетрудоспособности.
3. Оформить продолжение листка нетрудоспособности на весь период лечения.
4. Оформить направление на МСЭ.

*Эталон ответа:*

1. Поскольку больной имеет рабочую специальность, а имеющаяся ХСН не позволяет выполнять физическую работу, листок нетрудоспособности будет продлен до 120 дней с дальнейшим представлением на МСЭ.
2. 2 группа инвалидности. 3 степень ограничения жизнедеятельности.  
- Нетрудоспособен.

##### **Задача №2.**

Оформить направление на МСЭ больному Т., 58 лет, слесарю, страдающему хронической обструктивной болезнью легких, тяжелое течение (3 ст. Тяжести), в стадии неинфекционного обострения, легочная гипертензия, ДН II степени. ХЛСН.

*Вопросы*

1. Дать экспертное заключение.
2. Составить программу реабилитации.

*Эталон ответа:*

1. 2 группа инвалидности, 3 степень ограничения жизнедеятельности. Нетрудоспособен.
2. Восстановительная медикаментозная терапия, санаторно-курортное лечение в стадии стойкой ремиссии (Крым, Прибрежные курорты Кавказа), использование преформированных видов лечения (электролечение,

ингаляций), физическая активность на уровне незначительной нагрузки, рациональное питание.

### **Задача №3.**

К больной 58 лет, бухгалтеру, вызван на дом участковый терапевт. Пациентка жалуется на сильные головные боли, особенно в затылочной области, головокружение, тошноту, рвоту, ухудшение зрения, онемение и слабость в правой руке, давящую боль в области сердца, перебои в работе сердца. Семь лет назад впервые зарегистрировано повышение артериального давления, по поводу чего была назначена гипотензивная терапия (эналаприл и индапамид), однако препараты больная принимает нерегулярно, рекомендаций по диете не соблюдает. Регулярного контроля уровня АД не проводилось. Последнее ухудшение связывает с перенесенным психо-эмоциональным стрессом.

Объективно: Состояние тяжелое, повышенного питания, заторможена, речь невнятная, асимметрия лица, девиация языка влево, снижение мышечного тонуса в правой верхней и нижней конечностях. Кожные покровы бледные, влажные. Частота дыхания - 20 в минуту. Над легкими перкуторно легочный звук, дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 80/минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Границы относительной сердечной тупости: левая - 1 см снаружи от левой срединно-ключичной линии, верхняя - 2 межреберье, правая – по правому краю грудины. Первый тон ослаблен, акцент второго тона над аортой, систолический шум на верхушке. АД 180/120 мм рт. ст. на обоих предплечьях. Живот мягкий, безболезненный, печень не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Голени пастозны.

*Вопросы:*

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите экспертизу временной и стойкой нетрудоспособности.

*Эталон ответа:*

1. Острое нарушение мозгового кровообращения в левой гемисфере. ГБ III стадии, АГ 3 степени. Риск 4 (очень высокий).
2. Госпитализировать. Нетрудоспособна в течение 120 дней, а в дальнейшем направить на МСЭ для определения 2 группы инвалидности с ограничением жизнедеятельности 3 степени.

### **Задача №4.**

Больной Г., 65 лет, работает бухгалтером на предприятии. Час назад, после небольшой физической нагрузки (утренняя гигиеническая гимнастика), на фоне относительного благополучия появились интенсивные боли за грудиной в нижней трети, отдающие в область эпигастрия, в левую руку, левую половину шеи, резкая общая слабость, чувство нехватки воздуха, сердцебиение, холодный липкий пот.

В течение последних 5 лет находится на диспансерном учете по поводу ИБС. Приступы стенокардии беспокоят редко ( 2 – 3 раза в месяц), купирует их приемом нитромина, регулярно принимает бета-блокаторы, статины.

Объективно: общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, покрыты холодным потом. Видимые слизистые цианотичны. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Левая граница относительной сердечной тупости – на 1 см снаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, мелодия сохранена. Пульс 108 ударов в 1 минуту, ритмичный, слабого наполнения. АД 100/80 мм рт.ст. Живот правильной формы, мягкий, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации безболезненный. Симптом Щеткина–Блюмберга отрицательный. Печень у края реберной дуги, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Голени пастозны. Физиологические отправления не нарушены. На ЭКГ – во II, III, V5, V6 и aVF отведениях депрессия интервала ST.

*Вопросы:*

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Каковы неотложные мероприятия, необходимые для выведения больного из этого состояния
3. Составить план реабилитации больного.
4. Провести экспертизу нетрудоспособности.

*Эталон ответа:*

1. Острый ИМ (по-видимому, с зубцом Q), острейший период. Кардиогенный шок I ст.
2. Физический и психический покой, адекватное обезболивание (морфин), допамин + добутамин, оксигенотерапия, гепарин 5000 ЕД, далее – 1000 ЕД в час. Рассмотреть возможность тромболитика (тенектеплаза), а в дальнейшем госпитализация кардибригадой в кардиоблок и решение вопроса о чрекожном вмешательстве (стентирование).
3. Четкое выполнение всех этапов реабилитации: стационарный, санаторный, поликлинический.
4. Больной нетрудоспособен в течение проведения всех трех этапов реабилитации, а в дальнейшем – МСЭ (2 группа инвалидности, 3 степень ограничения жизнедеятельности).

### **Задача №5.**

На прием к участковому терапевту обратилась больная Т., 58 лет по профессии бухгалтер, которая в настоящее время работает вахтером в общежитии строительной фирмы. В профкоме предприятия больной выделили путевку на санаторно–курортное лечение в Сочи, что и заставило ее обратиться к участковому терапевту. У пациентки большое желание воспользоваться бесплатной путевкой, но, в то же время, на приеме предьявляет жалобы на головные боли, кашель с небольшим количеством мокроты, одышку при физической нагрузке, слабость. С 30-летнего возраста страдает

гипертонической болезнью, постоянно принимает гипотензивные препараты, однако периодически АД повышается до значений 180/100 мм рт.ст. В 2005 году перенесла транзиторную ишемическую атаку, по поводу чего лечилась в неврологическом отделении БСМП, реабилитация была проведена в три этапа (стационар, санаторий, поликлиника). В течение последнего месяца одышка усилилась, не может без отдыха преодолеть два этажа лестницы, периодически появляется выраженное сердцебиение, которое снимается приемом корвалола. В последние две недели увеличились отеки на голенях, особенно к вечеру.

Объективно: правильного телосложения, повышенного питания. Индекс массы тела 32,2 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, определяется цианоз губ. Пульс 84/мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 160/100 мм рт.ст. на обоих предплечьях. Частота дыхания 23/мин. Над легкими перкуторно легочный звук, дыхание везикулярное, в нижних отделах с обеих сторон влажные хрипы. Границы относительной сердечной тупости расширены влево, аускультативно – 1 тон сохранен, акцент II тона на аорте. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, чувствительный в правом подреберье, печень у края реберной дуги, мягкой консистенции, край закруглен. Селезенка не пальпируется. Голени пастозны. Физиологические отправления в норме.

#### *Вопросы*

1. Составить схему диспансерного наблюдения и мероприятия по вторичной профилактике.
2. Провести экспертизу временной и стойкой нетрудоспособности.
3. Решить вопрос о возможности санаторно–курортного лечения.

#### *Эталон ответа:*

1. Диагноз: ГБ III стадии. АГ 2 степени. Риск 4 (очень высокий). ХСН 2Б, III ФК. Группа здоровья IIIа, нуждается в диспансерном наблюдении. Частота осмотров 3 раза в год, набор консультаций и обследований согласно приказа МЗ РФ от 21 декабря 2012 г. №1344н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения».
2. В настоящее время нетрудоспособна, а в дальнейшем возможно решение вопроса о стойкой утрате трудоспособности.
3. Санаторно-курортное лечение противопоказано.

## 5. Тестовые задания

### 1. Каким образом происходит формирование сети бюро МСЭ?

- а: из расчета 1 бюро на 50-60 тыс. населения;
- б: из расчета 1 бюро на 70-90 тыс. населения;
- в: из расчета 1 бюро на 60-80 тыс. населения;

### 2. Каков годовой норматив нагрузки одного бюро МСЭ?

- а: 1,8 - 2 тыс. освидетельствований;
- б: до 1 тыс. освидетельствований;
- в: более 2 тыс. освидетельствований.

### 3. Какие из перечисленных функций не входят в компетенцию бюро МСЭ?

- а: установление наличия инвалидности;
- б: проведение МСЭ лиц, обжалующих решение бюро.

### 4. Какие критерии являются основными для признания гражданина инвалидом?

- а: нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма;
- б: ограничение жизнедеятельности, обусловленное нарушением здоровья;
- в: необходимость осуществления мер социальной защиты вследствие социальной недостаточности больного;
- г: все выше перечисленное.

### 5. Какая дата считается датой установления инвалидности?

- а: дата поступления в учреждение заявления гражданина о признании его инвалидом с прилагаемыми к нему документами;
- б: дата проведения освидетельствования;
- в: дата направления лечебно-профилактического учреждения.

### 6. На какой срок устанавливается I группа инвалидности?

- а: на 1 год;
- б: на 2 года;
- в: бессрочно.

### 7. В какой максимальный срок после признания лица инвалидом ему разрабатывается индивидуальная программа реабилитации?

- а: в течение 3 дней;
- б: в течение 1 месяца;
- в: в течение 2 месяцев.

### 8. В какие сроки проводится переосвидетельствование инвалидов III группы?

- а: через 1 год;
- б: через 2 года;
- в: через 5 лет.

### 9. Где может быть обжаловано решение бюро медико-социальной экспертизы?

- а: в этом же бюро;
- б: в главном бюро медико-социальной экспертизы;
- в: в Федеральном бюро медико-социальной экспертизы.

### 10. Как трактовать отклонение от нормы деятельности человека?

- а: как социальную недостаточность;
- б: как нарушение здоровья;
- в: как ограничение жизнедеятельности.

### II. Какое из состояний не относится к нарушениям основных функций организма человека?

- а: нарушение сенсорных функций;

б: ограничение способности к общению;

в: нарушение статодинамической функции.

**12. Какое из состояний не относится к нарушениям жизнедеятельности?**

а: нарушение сенсорных функций;

б: ограничение способности к самообслуживанию;

в: ограничение способности контролировать свое поведение.

**13. Какая степень ограничения способности к обучению имеется у подростка, который может обучаться только в специальных учебных заведениях?**

а: I степень;

б: II степень;

в: III степень.

**14. Какое состояние характерно для II степени ограничения способности к общению?**

а: способность к общению потеряна;

б: способность к общению характеризуется уменьшением объема усвоения, получения и передачи информации;

в: способность к общению возможна только с помощью других лиц.

**15. Какой из перечисленных критериев не характерен для I группы инвалидности?**

а: наличие социальной недостаточности;

б: ограничение способности к самообслуживанию II степени;

в: ограничение способности к передвижению III степени;

г: нарушение здоровья со стойким выраженным расстройством функций организма.

**16. Для какой группы инвалидности характерно ограничение способности к обучению III степени?**

а: для I группы инвалидности;

б: для II группы инвалидности;

в: для III группы инвалидности.

**17. Какое экспертное заключение вынесет бюро МСЭ больному, имеющему нарушение здоровья со стойким незначительно выраженным расстройством функций организма и ограничением способности к общению I степени?**

а: инвалид II группы;

б: инвалидом не признан, трудоспособен;

в: инвалид III группы.

**18. Какое экспертное заключение вынесет бюро МСЭ больному, имеющему признаки социальной недостаточности, нарушение здоровья со стойким выраженным расстройством функций организма, ограничение способности к ориентации II степени, ограничение способности к обучению III степени?**

а: инвалид I группы;

б: инвалид II группы;

в: инвалид III группы.

**19. Какую группу инвалидности установит бюро МСЭ больному, имеющему признаки социальной недостаточности, нарушение здоровья со стойким значительно выраженным расстройством функций организма, ограничение способности к контролю за своим поведением III степени?**

а: I группу;

б: II группу;

в: III группу.

**20. Какую группу инвалидности установит бюро МСЭ больному, имеющему признаки социальной недостаточности, нарушение здоровья со стойким умеренно выраженным расстройством функций организма, ограничение способности к общению I степени, ограничение способности к ориентации I степени?**

- а: I группу;
- б: II группу;
- в: III группу.

**21. Какие критерии свидетельствуют о необходимости установления инвалидности без срока переосвидетельствования?**

- а: невозможность устранения социальной недостаточности при сроках наблюдения 5 лет и более;
- б: ограничение способности контроля за своим поведением III степени;
- в: необходимость долговременной социальной защиты больного.

**22. Какое учреждение оформляет направление в бюро МСЭ?**

- а: учреждение здравоохранения;
- б: муниципальный центр социальной защиты населения;
- в: государственная инспекция по охране труда.

**23. Какой документ предоставляет в учреждение МСЭ работодатель при освидетельствовании пострадавшего на производстве?**

- а: сведения о соблюдении пострадавшим трудовой дисциплины;
- б: данные отдела кадров о квалификационной характеристике пострадавшего;
- в: заключение органа государственной экспертизы условий труда о характере и условиях труда пострадавшего, которые предшествовали несчастному случаю на производстве и профессиональному заболеванию.

**24. Какие из перечисленных критериев характерны для II группы инвалидности?**

- а: ограничение способности к общению III степени;
- б: ограничение способности к трудовой деятельности III степени;
- в: нарушение здоровья со стойким выраженным расстройством функций организма.

**25. Какие из перечисленных критериев характерны для III группы инвалидности?**

- а: ограничение способности к ориентации II степени;
- б: ограничение способности к самообслуживанию I степени;
- в: нарушение здоровья со стойким выраженным расстройством функций организма.

**26. В каком случае проводится переосвидетельствование инвалида-мужчины 60 лет?**

- а: в случае направления гражданина в дом-интернат для инвалидов;
- б: в случае определения инвалида на надомное социальное обслуживание;
- в: в случае выявления подложных документов при установлении инвалидности.

**27. Какие специалисты не входят в штат бюро МСЭ?**

- а: врачи-статистики;
- б: врачи-специалисты, принимающие экспертное решение;
- в: психологи.

**28. Какие из перечисленных функций не входят в компетенцию бюро МСЭ?**

- а: установление наличия инвалидности;
- б: разработка индивидуальной программы реабилитации;
- в: проведение МСЭ лиц, обжалующих решение бюро.

**29. Кем направляется гражданин в бюро МСЭ?**

- а: предприятием, учреждением, организацией, где он работает по трудовому договору;
- б: территориальным органом занятости;
- в: лечебно-профилактическим учреждением.

**30. Куда направляется выписка из акта освидетельствования гражданина, признанного инвалидом?**

- а: в орган, осуществляющий пенсионное обеспечение;
- б: в лечебно-профилактическое учреждение.

## 6. Эталоны ответов

№ теста	ответ	№ теста	ответ	№ теста	ответ
1	б	11	б	21	а
2	а	12	а	22	а
3	б	13	б	23	в
4	г	14	б	24	б
5	а	15	б	25	б
6	б	16	б	26	в
7	б	17	в	27	а
8	а	18	б	28	в
9	б	19	а	29	в
10	в	20	в	30	а

## 7. Приложения

### Приложение 1.

Форма № 088/у-06  
Министерство здравоохранения и  
социального развития Российской Федерации

\_\_\_\_\_ (наименование и адрес организации, оказывающей лечебно-профилактическую помощь)

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

Дата выдачи «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

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

\_\_\_\_\_

2. Дата рождения: \_\_\_\_\_ 3. Пол: \_\_\_\_\_

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):

\_\_\_\_\_

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)

7. Пункт исключен

9. Направляется впервые, повторно (нужное подчеркнуть).

10. Кем работает на момент направления на медико-социальную экспертизу

\_\_\_\_\_ (указать должность, профессию, специальность,

\_\_\_\_\_ квалификацию и стаж работы по указанной должности, профессии, специальности, квалификации; в отношении неработающих граждан сделать запись: «не работает»)

II. Наименование и адрес организации, в которой работает гражданин:

12. Условия и характер выполняемого труда:

13. Основная профессия (специальность):

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

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 \_\_\_\_ года.

19. История заболевания (начало, развитие, течение, частота и длительность обострений, проведенные лечебно-оздоровительные и реабилитационные мероприятия и их эффективность):

(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)):

(заполняется при первичном направлении)

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

№	Дата (число, месяц, год начала временной нетрудоспособности)	Число дней (месяц, год) окончания временной нетрудоспособности	Число дней (месяцев и дней) временной нетрудоспособности	Диагноз

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):

---

---

---

---

---

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

---

---

---

---

---

25. Масса тела (кг) \_\_\_\_\_, рост (м) \_\_\_\_\_, индекс массы тела \_\_\_\_\_.

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: \_\_\_\_\_

б) основное заболевание: \_\_\_\_\_

---

---

в) сопутствующие заболевания: \_\_\_\_\_

---

---

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 ограничения способности к трудовой деятельности, степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах, для разработки (коррекции) индивидуальной программы реабилитации 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:

---

---

---

---

---

(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)	(расшифровка подписи)
Члены врачебной комиссии:	_____	_____
	(подпись)	(расшифровка подписи)
	_____	_____
	(подпись)	(расшифровка подписи)
	_____	_____
	(подпись)	(расшифровка подписи)

М.П.

---

Линия отреза

Подлежит возврату в организацию,  
оказывающую лечебно-профилактическую  
помощь, выдавшую направление на  
медико-социальную экспертизу  
Обратный талон

(наименование федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы и его адрес)

1. Фамилия, имя, отчество гражданина: \_\_\_\_\_

2. Дата освидетельствования: \_\_\_\_\_

3. Акт № \_\_\_\_\_ медико-социальной экспертизы

4. Диагноз федерального государственного учреждения медико-социальной  
экспертизы:

а) код основного заболевания по МКБ: \_\_\_\_\_

б) основное заболевание: \_\_\_\_\_

в) сопутствующие заболевания: \_\_\_\_\_

в) осложнения: \_\_\_\_\_

5. Виды нарушений функций организма и степень их выраженности (согласно классификациям, утвержденным Приказом Минздравсоцразвития России от 22 августа 2005 г. № 535 (зарегистрирован в Минюсте России 13 сентября 2005 г. № 6998)):

6. Ограничения основных категорий жизнедеятельности и степень их выраженности (согласно классификациям и критериям, утвержденным Приказом Минздравсоцразвития России от 22 августа 2005 г. № 535):

7. Решение федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы:

установлена инвалидность первой, второй, третьей группы, по категории «ребенок-инвалид» (нужное подчеркнуть);

определена первая, вторая, третья степень ограничения способности к трудовой деятельности (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.

### **Рекомендации к порядку заполнения учётной формы № 088/у-06**

В строке "Дата выдачи" указывается дата выдачи "Направления на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь" гражданину, направляемому на медико-социальную экспертизу или его законному представителю.

В строке 1 фамилия, имя, отчество гражданина, направляемого на медико-социальную экспертизу указываются полностью.

В строке 2 "Дата рождения" указываются день, месяц и год рождения.

В строке 3 пол гражданина указывается сокращенно: "м" или "ж".

Строка 4 "Фамилия, имя, отчество законного представителя гражданина" заполняется при наличии законного представителя, полностью.

В строке 5 "Адрес места жительства гражданина" при отсутствии места жительства указывается адрес пребывания, фактического проживания на территории РФ.

В строке 6 «Инвалидом не является, инвалид первой, второй группы, категория "ребенок-инвалид" группы» указывается группа инвалидности на основании имеющейся у инвалида справки учреждения медико-социальной экспертизы об установленной группе инвалидности или подчеркивается "инвалидом не является", если больной направляется впервые.

Строка 7 – пункт не заполняется.

Строка 8 "Степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах" заполняется при повторном освидетельствовании на основании имеющейся у гражданина справки учреждения медико-социальной экспертизы об определении степени утраты профессиональной трудоспособности.

В строке 9 подчеркивается, первично или повторно направляется гражданин на МСЭ.

В строке 10 "Кем работает на момент направления на медико-социальную экспертизу" следует указать должность, профессию, специальность, квалификацию и стаж работы по указанной должности, профессии,

специальности, квалификации; в отношении неработающих граждан сделать запись: “не работает”.

В строке 11 “Наименование и адрес организации, в которой работает гражданин” указывается название организации с адресом, в которой направляемый работает на день открытия листка нетрудоспособности. Если гражданин не работает, об этом делается соответствующая запись.

В строке 12 “Условия и характер выполняемого труда” сведения записываются со слов больного, в необходимых случаях запрашиваются с места работы в форме производственной характеристики (продолжительность рабочего дня, сменность; труд ручной, машинно-ручной, умственный, конвейер: положение при работе (в процентах: сидя, стоя, переменное, ходьба); степень физического напряжения: постоянно (легкая, умеренная, тяжелая) и временно (легкая, умеренная, тяжелая); степень нервно-психического напряжения: постоянно (легкая, умеренная, тяжелая) и временно (легкая, умеренная, тяжелая); административно-хозяйственная работа (большого, среднего, малого объема), указать количество подчиненных лиц; наличие неблагоприятных условий труда (работа в горячем цехе, на холоде, повышенная запыленность и загазованность, воздействие химических веществ, на высоте, с вибрацией).

В строке 13 “Основная профессия (специальность)” указывается профессия, полученная путем специального образования (например инженер, педагог, техник-строитель), либо профессия, в которой имеется наиболее продолжительный стаж работы и (или) наиболее высокая квалификация (например слесарь-ремонтник V разряда и др.).

В строке 14 “Квалификация по основной профессии (класс, разряд, категория, звание)” следует указать квалификацию, которую больной имел на день открытия листка нетрудоспособности.

Строки 15, 16, 17 заполняются для граждан, которые учатся в образовательном учреждении на момент направления на медико-социальную экспертизу (дневное или заочное отделение). В строке 15 указывается наименование и адрес образовательного учреждения, в строке 16 подчеркивается указываемая группа, класс, курс, в строке 17 указывается профессия (специальность), которую гражданин, направляемый на медико-социальную экспертизу, получит по окончании образовательного учреждения.

В строке 18 “Наблюдается в организациях, оказывающих лечебно-профилактическую помощь, с года” указывается дата первичного заполнения амбулаторной карты больного в лечебно-профилактическом учреждении.

В строке 19 при первичном оформлении направления на медико-социальную экспертизу подробно излагаются сведения о начале заболевания (характере травмы, увечья), особенностях течения, обострений (указать частоту и продолжительность обострений за 12 месяцев, предшествующих направлению больного на медико-социальную экспертизу), сведения о характере проведенного лечения (амбулаторного или стационарного с

указанием профиля отделения), видах лечения: терапевтическое, хирургическое, физиотерапевтическое и др. При оформлении направления на переосвидетельствование указываются сведения о течении заболевания за период, прошедший со дня установления группы инвалидности, детально описываются выявленные в этот период новые случаи заболеваний, приведших к стойким нарушениям функций организма.

Строка 20 “Анамнез жизни” заполняется при первичном направлении. Перечисляются перенесенные в прошлом заболевания, травмы, отравления, операции, заболевания, по которымотягощена наследственность. В отношении ребенка дополнительно указывается, как протекала беременность и роды у матери, сроки формирования психомоторных навыков, самообслуживания, познавательно-игровой деятельности, навыков опрятности и ухода за собой, как протекало развитие (по возрасту, с отставанием, с опережением).

В строке 21 “Частота и длительность временной нетрудоспособности за последние 12 месяцев” в графах “Дата (число, месяц, год) начала временной нетрудоспособности” и “Дата (число, месяц, год) окончания временной нетрудоспособности” указываются даты открытия и закрытия листков нетрудоспособности, в графе “число дней (месяцев и дней) временной нетрудоспособности” указывается суммарно число дней временной нетрудоспособности. Если больной не работает, то в этом разделе указывается частота обращений его за медицинской помощью в лечебное учреждение и диагноз заболеваний, по поводу которых больной обращался в ЛПУ. В графе “Диагноз” указывается диагноз заболевания, по поводу которого больной в соответствующий период признавался временно нетрудоспособным или обращался за медицинской помощью.

В строке 22 “Результаты проведенных мероприятий по медицинской реабилитации в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида” указываются сведения о мероприятиях по восстановлению трудоспособности больного, конкретные виды восстановительной терапии, реконструктивной хирургии, санаторно-курортного лечения, технических средств реабилитации, в т. ч. 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.

В строке 23 “Состояние гражданина при направлении на медико-социальную экспертизу (указываются жалобы, данные осмотра лечащим врачом и врачами других специальностей) при описании объективного статуса каждым специалистом подробно и последовательно излагаются жалобы больного, в первую очередь относящиеся к основному заболеванию, затем другие, с исчерпывающей полнотой отражаются данные объективного обследования больного специалистами, при этом указывается специальность врача (терапевт, хирург, невролог и др.).

В необходимых случаях для записей о состоянии больного, результатов обследования специалистами может быть использован вкладыш к направлению произвольной формы, который должен быть скреплен печатью и подписями председателя врачебной комиссии и членов комиссии.

В строке 24 указываются результаты проведенных лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, ультразвуковых, психологических, функциональных и других видов исследований.

В строке 25 указываются масса тела гражданина в кг, рост в метрах, индекс массы тела.

В строке 26 дается оценка физического развития – нормальное, отклонение (дефицит массы тела, избыток массы тела, низкий рост, высокий рост) – нужно подчеркивается. Физическое развитие – совокупность морфологических функциональных признаков организма, определяющих запас его физических сил, выносливость и работоспособность.

В строке 27 “Оценка психофизиологической выносливости: норма, отклонение” нужно подчеркивается. Психофизиологическая выносливость – способность человека поддерживать длительно какую-либо деятельность без снижения эффективности ее выполнения, т.е. в широком понимании – работоспособность. Психофизиологическая выносливость определяется степенью физического развития, состояния функциональных систем организма, свойствами личности, темпераментом, уровнем мотивации к выполнению деятельности и др. факторами. Оценка психофизиологической устойчивости проводит психолог на основании анализа динамики психофизиологических и физиологических показателей в процессе выполнения психологических тестов, сенсорных, сенсомоторных и физических нагрузок, а также знаний, имитирующих различные виды бытовой, профессиональной и другой деятельности. При этом оценивается не просто уровень развития или состояния тех или иных функций, а прежде всего такие их характеристики как устойчивость и способность длительно поддерживать деятельность на определенном уровне.

В строке 28 “Оценка эмоциональной устойчивости: норма, отклонение” нужно подчеркивается. Эмоциональная устойчивость – черта, выражающая сохранение организованного поведения в обычных и стрессовых ситуациях и характеризуется зрелостью, отличной адаптацией, отсутствием большой напряженности, беспокойства, склонностью к лидерству, общительности; эмоциональная неустойчивость – чрезвычайная нервность, неустойчивость, плохая адаптация, склонность к быстрой смене настроения, чувство виновенности и беспокойства, озабоченность, депрессивные реакции, рассеянность внимания, неустойчивость в стрессовых ситуациях, импульсивность, неровность в отношениях с людьми, изменчивость интересов, неуверенность в себе, выраженная чувствительность, впечатлительность, склонность к раздражителям. Оценка эмоциональной устойчивости проводит психолог с помощью различных проективных методик, опросников и шкал.

В строке 29 "Диагноз при направлении на медико-социальную экспертизу" в п. "а" указывается код основного заболевания по МКБ-10; в п. "б" указывается развернутый диагноз, отражающий нозологическую форму заболевания в соответствии с МКБ-10, этиология, особенности течения, стадия, степень функциональных нарушений. При сочетании нескольких заболеваний основным указывается то заболевание, которое определяет наличие признаков инвалидности; в п. "в" "сопутствующие заболевания" указываются те заболевания, которые не являются определяющими при оценке ограничений жизнедеятельности; в п. "в" указываются осложнения, обусловленные основным заболеванием.

В строке 30 "Клинический прогноз: благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный (неопределенный), неблагоприятный" нужно подчеркивается. Клинический прогноз – врачебная оценка исхода заболевания с учетом характера заболевания и его течения, стадии, выраженности симптомов, степени нарушения функции пораженных органов и систем и состояния их компенсации, а также эффективности адекватного лечения. Прогноз может быть: благоприятный – полное выздоровление или компенсация нарушенных в результате заболевания, травмы или увечья функций, приводящих к ограничению жизнедеятельности; относительно благоприятный – неполное выздоровление с остаточными проявлениями, уменьшение, стабилизация или частичная компенсация нарушенных функций, приводящих к ограничению жизнедеятельности, при хроническом заболевании – замедление прогрессирования заболевания, удлинение периодов ремиссии и т.п., сомнительный – неясное течение заболевания, неблагоприятный – невозможность стабилизации состояния здоровья, остановки прогрессирования патологического процесса и уменьшения степени нарушения функций организма, приводящих к ограничению жизнедеятельности. С целью прогнозирования степени восстановления нарушенных функций возможно использование различных тестов и шкал.

В строке 31 "Реабилитационный потенциал: высокий, удовлетворительный, низкий" нужно подчеркивается. Реабилитационный потенциал – это совокупность сохранившихся физических, психофизиологических, психических способностей и задатков, позволяющих человеку компенсировать или устранить в той или иной степени ограничения жизнедеятельности, сформировавшиеся вследствие болезни или дефекта. Высокий реабилитационный потенциал – полное восстановление здоровья, всех обычных для человека видов жизнедеятельности, трудоспособности и социального положения. Удовлетворительный потенциал – неполное выздоровление с сохранением умеренно выраженного нарушения функции, выполнение основных видов деятельности с трудом в ограниченном объеме или с помощью технических вспомогательных средств. Низкий реабилитационный потенциал – прогрессирующее течение заболевания, выраженное нарушение функций; значительное ограничение в выполнении

большинства видов деятельности, выраженное снижением трудоспособности и способности к социальной интеграции; потребность в социальной поддержке и постоянной материальной помощи. Реабилитационный потенциал оценивается лечащим врачом, который направляет гражданина на медико-социальную экспертизу.

В строке 32 “Реабилитационный прогноз: благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный (неопределенный), неблагоприятный“ нужное подчеркивается. Реабилитационный прогноз – предполагаемая вероятность реализации реабилитационного потенциала и предполагаемый уровень интеграции инвалида в общество. Реабилитационный прогноз определяется не только уровнем и содержанием реабилитационного потенциала, а также реальными возможностями применения для его реализации современных реабилитационных технологий, средств и методов. Реабилитационный прогноз оценивается как: благоприятный – при возможности полного восстановления нарушенных функций организма и категорий ограничения жизнедеятельности, полной социальной, в том числе профессиональной интеграции инвалида; относительно благоприятный – возможность частичного восстановления нарушенных функций организма и категорий ограничения жизнедеятельности, при уменьшении степени их ограничений или стабилизации, при расширении способности к интеграции и переходу от полной к частичной социальной поддержке; сомнительный (неопределенный)– неясный прогноз; неблагоприятный – невозможность восстановления или компенсации нарушенных функций организма и категорий ограничений жизнедеятельности. Реабилитационный прогноз оценивается лечащим врачом, который направляет гражданина на медико-социальную экспертизу.

В строке 33 указывается цель направления на медико-социальную экспертизу (нужное подчеркивается): для установления инвалидности, степени ограничения способности к трудовой деятельности, степени утраты профессиональной способности в процентах, для разработки (коррекции) индивидуальной программы реабилитации инвалида (программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания), для другого (указать).

В строке 34 “Рекомендуемые мероприятия по медицинской реабилитации для формирования или коррекции индивидуальной программы реабилитации инвалида, программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания” указываются конкретные виды восстановительной терапии (включая лекарственное обеспечение при лечении заболевания, ставшего причиной инвалидности), реконструктивной хирургии, технических средств медицинской реабилитации, в т. ч. 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.

Направление подписывается председателем врачебной комиссии, членами комиссии с расшифровкой подписей и скрепляется печатью лечебно-профилактического учреждения.

Ответственность за правильность заполнения Формы № 088/у-06 «Направление на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь» возлагается на председателя врачебной комиссии лечебно-профилактического учреждения, либо на главного врача.

Форма должна быть представлена в бюро медико-социальной экспертизы не позднее 1 месяца с момента ее выдачи.

*Типичные ошибки при оформлении формы № 088/у-06:*

- Не заполняются все необходимые пункты формы 088/у-06 (например, дата выдачи направления, паспортные данные законного представителя (при наличии), цель направления);
- Не качественное заполнение всех строк формы;
- Документ имеет подчистки, приписки, которые не позволяют однозначно истолковать их содержание;
- Анамнез заболевания и жизни (пункт 19) собран недостаточно или отсутствует, не указывается характер течения основного и сопутствующего заболеваний (частота обострений, степень тяжести), отсутствуют данные проведенных лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий, оценки их эффективности;
- Отсутствует оценка психофизиологической выносливости и эмоциональной устойчивости;
- Не вносятся результаты проведенных диагностических исследований, которые подтверждают стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами;
- Имеет место расхождение в описании функциональных нарушений в объективных статусах специалистов и диагнозе, либо расхождение с данными инструментальных методов обследования.
- Отсутствие необходимых результатов исследования и заключений специалистов, например, при патологии сердечно-сосудистой системы - динамики артериального давления (АД), ЭхоКГ, ЭКГ, результатов нагрузочных проб, холтеровского мониторирования, реовазографии, УЗИ сосудов; при бронхиальной астме - рентгенографии органов грудной клетки, исследования функции внешнего дыхания (ФВД), диагностических проб (в особенности у первично направленных граждан), заключения пульмонолога; рентгенографии суставов при остеоартрозе; электроэнцефалографии и заключения эпилептолога при эпилепсии и др.;
- Выставленный диагноз не является клинико-функциональным;

- Не оформляется или формально оформлен пункт 34 формы 088/у-06 (рекомендуемые мероприятия по медицинской реабилитации).

Приложение 2.

**Степени выраженности нарушения функций и ограничения жизнедеятельности, критерии определения групп инвалидности**

Нарушения функций организма	Степень нарушения функций	Способность к самообслуживанию	Способность к самостоятельному передвижению	Способность к обучению	Способность к трудовой деятельности	Способность к ориентации	Способность к общению	Способность контролировать свое поведение	Группа инвалидности
<b>1. Психических</b> <i>(восприятия внимания, памяти, мышления, эмоций, воли)</i> <b>2. Сенсорных</b> <i>(зрения, слуха, обоняния, осязания)</i> <b>3. Статодинамической</b> <i>(стояния, равновесия, передвижения и др.)</i> <b>4. Висцеральных и метаболических</b> <i>(кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции).</i>	Стойкие, незначительные или умеренные (1)	1 С использованием вспомогательных средств	При более длительной затрате времени, выполнении и сокращения расстояния	В учебных заведениях общего типа при соблюдении специального режима учебного процесса и/или с использованием вспомогательных средств, с помощью других лиц (кроме обучающего персонала). При сочетании с другими ОЖД.	При условии снижения квалификации или уменьшения объема производственной деятельности, невозможно выполнение работы по своей профессии.	При условии использования вспомогательных средств	Характеризуемая снижением скорости, уменьшением объема усвоения, получения и передачи информации (при сочетании с другими ОЖД).		III
	Стойкие, выраженные (2 ст.)	2 С использованием вспомогательных средств или других лиц	С использованием вспомогательных средств и/или с помощью других лиц	Только в специально созданных учебных заведениях или в домашних условиях по разработанным программам (при сочетании с другими ОЖД).	В специально созданных условиях с использованием вспомогательных средств и/или специально оборудованного рабочего места с помощью других лиц.	Требуемая помощь других лиц	С использованием вспомогательных средств и/или с помощью других лиц.	Частичная или полная, только при помощи посторонних лиц.	II
	Стойкие, значительные (4 ст.)	3 Неспособность и полная зависимость от других лиц	Неспособность и полная зависимость от других лиц	Неспособность (при сочетании с другими ОЖД).	Неспособность	Неспособность (дезориентация).	Неспособность.	Неспособность.	I

**Федеральный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду**

Распоряжение Правительства Российской Федерации  
от 30 декабря 2005г. № 2347-р г. Москва

Реабилитационные мероприятия

1. Восстановительная терапия (включая лекарственное обеспечение при лечении заболевания, ставшего причиной инвалидности).
2. Реконструктивная хирургия (включая лекарственное обеспечение при лечении заболевания, ставшего причиной инвалидности).
3. Санаторно-курортное лечение.
4. Протезирование и ортезирование, предоставление слуховых аппаратов.
5. Обеспечение профессиональной ориентации инвалидов (профессиональное обучение, переобучение, повышение квалификации).

Технические средства реабилитации

6. Трости опорные и тактильные, костыли, опоры, поручни.
7. Кресла-коляски с ручным приводом (комнатные, прогулочные, активного типа), с электроприводом, малогабаритные.
8. Протезы, в том числе эндопротезы, и ортезы.
9. Ортопедическая обувь.
10. Противопротезные матрасы и подушки.

Приспособления для одевания, раздевания и захвата предметов.

12. Специальная одежда.
13. Специальные устройства для чтения «говорящих книг», для оптической коррекции слабовидения.
14. Собаки-проводники с комплектом снаряжения.
15. Медицинские термометры и тонометры с речевым выходом.
16. Сигнализаторы звука световые и вибрационные.
17. Слуховые аппараты, в том числе с ушными вкладышами индивидуального изготовления.
18. Телевизоры с телетекстом для приема программ со скрытыми субтитрами.
19. Телефонные устройства с текстовым выходом.
20. Голосообразующие аппараты.
21. Специальные средства при нарушениях функций выделения (моче- и калоприемники).
22. Абсорбирующее белье, памперсы.

23. Кресла-стулья с санитарным оснащением.

### Услуги

24. Ремонт технических средств реабилитации, включая протезно-ортопедические изделия.

25. Содержание и ветеринарное обслуживание собак-проводников (путем выплаты ежегодной денежной компенсации).

26. Предоставление услуг по сурдопереводу.

### **Список литературы**

#### ***Основная литература:***

1. Сторожаков Г.И., Чукаева И.И., Александров А.А. Поликлиническая терапия. Учебник. Второе издание, переработанное и дополненное. Москва «ГЭОТАР-Медиа». 2012. - 633с.

2. Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации. Под ред. М.В. Коробова и В.Г. Помникова. СПб.: Гиппократ, 2005. - 800с.

#### ***Дополнительная литература:***

3. Федеральный закон о социальной защите инвалидов в Российской Федерации. Принят Государственной Думой 20 июля 1995 года одобрен Советом Федерации 15 ноября 1995 года.

4. Постановление Правительства Российской Федерации от 20 февраля 2006 года №95 г. Москва «О порядке и условиях признания лица инвалидом».

5. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от «29» сентября 2014г. № 664н «Классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы».

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России)

*Кафедра поликлинической терапии с курсом общей врачебной практики (семейной  
медицины) ФПК и ППС*

***Горбань В.В., Бурба Л.В.***

## **МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА**

*Учебно - методическое пособие для студентов 5 - 6 курсов лечебного  
факультета.*

Отпечатано в ООО «Пресс-Имидж»  
г. Краснодар, ул. Красноармейская 66, оф. 112  
Тел/факс 8 (861) 253-44-75

Отпечатано методом цифровой печати  
Подписано в печать 15. 11. 2015 г.  
Тираж 200 экземпляров.