



Общие вопросы по критериям инвалидности при псориазе и атопическом дерматите

Межрегиональная благотворительная общественная организация
«Кожные и аллергические болезни»

г. Москва, 2021 г.

Межрегиональная благотворительная общественная организация «Кожные и аллергические болезни»

Авторы: Шурупов Эдуард Владимирович Руководитель-главный эксперт по медико-социальной экспертизе ФКУ «ГБ МСЭ по Липецкой области» Минтруда России.

Мишина Олеся Сергеевна, врач -дерматовенеролог, к.м.н., президент Межрегиональной благотворительной общественной организации «Кожные и аллергические болезни».

Дизайнер: Михаил Евланов, evlanov.m@list.ru

Разработано Межрегиональной благотворительной общественной организацией «Кожные и аллергические болезни» при поддержке Фонда президентских грантов.

Содержание

1. Этапы постановки инвалидности.....	4 стр
2. Обновленные критерии получения инвалидности при псориазе и атопическом дерматите.....	10 стр
3. Список необходимых документов и обследований....	22стр
4. Порядок обжалования решения бюро медико- социальной экспертизы	27стр
5. Что нужно знать врачу при направлении пациента на получение инвалидности.....	28стр

Этапы постановки ИНВАЛИДНОСТИ

Медико-социальная экспертиза это - (МСЭ) признание лица инвалидом и определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию и абилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма.

Схема по предоставлению
государственной услуги по проведению медико-социальной
экспертизы

- 1 Приём и регистрация форм 088-у из лечебных учреждений проведению медико-социальной экспертизы.
- 2 формирование и направление межведомственных запросов в органы (организации), участвующие в предоставлении государственных или муниципальных услуг.
- 3 Направление получателям государственной услуг и приглашения для проведения медико-социальной экспертизы
- 4 Проведение медико-социальной экспертизы
- 5 Оформление и выдача получателями государственной услуги результатов проведения медико-социальной экспертизы.

Бюро выполняет следующие функции:

- проводит медико-социальную экспертизу граждан на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма, и устанавливает факт наличия инвалидности, группу, причины, срок и время наступления инвалидности;

- разрабатывает индивидуальные программы реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе определяет виды, формы, сроки и объемы мероприятий по медицинской, социальной и профессиональной реабилитации;

- дает гражданам, проходящим медико-социальную экспертизу, разъяснения по вопросам медико-социальной экспертизы.

МСЭ включает в себя несколько этапов:

I этап – установление врачами МСЭ наличия и степени выраженности нарушений основных функций организма освидетельствуемого, т.е. проводится клинко- функциональная диагностика (КФД):

- психических функций (восприятия, внимания, памяти, мышления, речи, эмоций);

- сенсорных функций (зрения, слуха, обоняния, осязания);

- стато-динамической функции;

- функций висцеральных органов (кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, обмена веществ, внутренней секреции).

II этап – определение категорий и степени выраженности ограничений жизнедеятельности у освидетельствуемого, к которым приводят выявленные на 1-ом этапе функциональные нарушения организма. Выделяют следующие категории жизнедеятельности:

- способность к самостоятельному передвижению;
- способность к ориентации;
- способность к общению;
- способность контроля своего поведения;
- способность к обучению;
- способность к самообслуживанию;
- способность к трудовой деятельности.

III этап – выявление реабилитационных возможностей инвалидов относительно восстановления конкретных видов жизнедеятельности. Данный этап базируется на результатах двух предыдущих этапов и на результатах реабилитационно-экспертной диагностики, включающей оценку реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза.

В соответствии с п.16 Постановления Правительства РФ от 20.02.2006 N 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом» : Медицинская организация направляет гражданина на медико-социальную экспертизу после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных или абилитационных мероприятий при наличии данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или

дефектами.

Если говорить по простому, больного надо пролечить в течении определенного периода (для каждой патологии этот период свой), и уже только после проведенного лечения - по его результатам решать вопрос о наличии (или отсутствии) у него признаков инвалидности.

Стойкость и выраженность патологии - являются ведущими критериями инвалидности. Четких временных критериев лечения после которых оформляется направление на МСЭ, при псориазе и atopическом дерматите нет. При псориазе если имеется стойкая ремиссия после традиционной терапии или терапией на метотрексате, либо генно-инженерной терапии то говорить о направлении на МСЭ не приходится.

Ремиссия при псориазе - период облегчения или почти полного исчезновения признаков и симптомов. Необходимо сразу сказать, что единого способа достичь ремиссии нет, и кому-то это дается легко, а другим приходится проявить огромную силу воли. На сложность в достижении ремиссии влияют следующие факторы:

- *степень выраженности заболевания;*
- *длительность лечения;*
- *на каком уровне находится общее здоровье человека;*
- *наличие сопутствующей патологии*

По этим причинам схему терапии всегда подбирают индивидуально.

При atopическом дерматите, если имеется стойкая

ремиссия после традиционной терапии или после применения циклоспорина, о направлении на МСЭ говорить не приходится. Ремиссия может длиться от полугода до 5-6 лет. Во всех остальных случаях, как при псориазе так и при атлическом дерматите, возможно направление на МСЭ, если частота обострений подтверждена медицинскими документами и площадь поражения кожных покровов более 50% поверхности тела. Процент поверхности определяется правилом ладони (*поверхность ладони человека приблизительно соответствует 1 %*)

О стойкости имеющейся у больного патологии обычно судят при неэффективности не только регулярного амбулаторного, но и стационарного лечения.

Патология считается стойкой в случае отсутствия эффекта от проводимого адекватного лечения в течении не менее, чем последних 10-12 мес. перед МСЭ. Этот показатель очень вариабелен, поскольку зависит от того, как организм реагирует на лечение, и удаётся ли добиться стойкой ремиссии.

В настоящее время основным документом, руководствуясь, которым эксперты бюро МСЭ решают вопрос о наличии (или отсутствии) у больного признаков инвалидности - является вступивший в силу с 01.01.2020г. *Приказ Министерства труда и социального развития РФ от 27 августа 2019 г. № 585н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы».*

К данному Приказу имеются два приложения в виде таблиц (по взрослым и по детям), в которых приведена количественная (в процентах) оценка степени тяжести различной патологии заболеваний.

Инвалидность устанавливается при процентах от 40% и выше (при одновременном наличии ограничений жизнедеятельности в установленных категориях). Конкретная группа инвалидности зависит от размера процентов по соответствующему пункту приложения к [Приказу 585н](#):

10-30% - инвалидность не устанавливается.

40-60% - соответствуют 3-й группе инвалидности.

70-80% - соответствуют 2-й группе инвалидности.

90-100% - соответствуют 1-й группе инвалидности.

Для детей от 40-100% - устанавливается категория «ребенок-инвалид» (до 18 летнего возраста группа инвалидности не устанавливается, т.е. у детей нет 1, 2, 3 группы, а есть категория «ребенок-инвалид»).

Если у больного имеется стойкая патология с размером процентов по соответствующему пункту приложения к Приказу 585н от 40% и выше, то в этом случае – устанавливается группа инвалидности или категория ребенок инвалид.

Обновленные критерии получения инвалидности при псориазе и атопическом дерматите

Количественная оценка степени выраженности стойких нарушений функций кожи и подкожной клетчатки, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами, основывается преимущественно на оценке степени выраженности нарушения функции кожи. Учитываются также и другие факторы патологического процесса: форма и тяжесть течения, активность процесса, наличие и частота обострений, распространённость патологического процесса, необходимость подавления иммунитета, наличие осложнений с поражением органов и систем организма.

Атопический дерматит у детей и взрослых

Категория «ребенок-инвалид» с атопическим дерматитом (от 0-17 лет) устанавливается в случае, если у больного имеется распространенный или диффузный дерматит с площадью поражения более 30% поверхности тела; обострения более 3 раз в год; склонность к торпидному (это упорное течение заболевания, когда в процессе лечения, несмотря на весь арсенал современных методов лечения, не удаётся добиться, продолжительной и качественной ремиссии) непрерывно рецидивирующему течению (на фоне лечения добиваются коротких непродолжительных ремиссий, которые заканчиваются новыми обострениями); резистентность к системному лечению. (Рис. 1)

Категория ребёнок инвалид не устанавливается если:

- при atopическом дерматите с площадью поражения до 10% и обострениями до 3 раз в год, при псориазе с площадью поражения до 10% и обострениями до 2 раз в год.



При atopическом дерматите инвалидность у ребёнка может устанавливаться если:



- у больного имеется распространённый или диффузный дерматит с площадью поражения более 30% поверхности тела;



- обострения более 3 раз в год;



- склонность к торпидному непрерывно рецидивирующему течению;



- резистентность к системному лечению.

Рис. 1

Графика составлена на основе Приложения № 2 к классификациям и критериям, используемым при осуществлении медико-социальной экспертизы федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, утвержденным приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 27.08.2019 № 585н (ред. 19.01.2021)

При атопическом дерматите у взрослых группа инвалидности устанавливается при частых 3-х и более раз в год обострениях, непрерывно рецидивирующем течении заболевания при площади поражения кожи более 50%, резистентности к проводимой терапии (*резистентность - это невосприимчивость к тому или иному виду терапии, т.е. на фоне проводимой терапии не наступает ремиссия заболевания*), склонности к торпидному течению (*вялотекущее, без ярко выраженных клинических проявлений - это упорное течение заболевания, когда в процессе лечения, не смотря на весь арсенал современных методов лечения, не удаётся добиться, продолжительной и качественной ремиссии*). (Рис. 2)

При поражении кожи менее 50% и обострениях до 2 раз на фоне лечения в год, группа инвалидности не устанавливается.

Клинические проявления **атопического дерматита** отличаются в разные возрастные периоды. Основные различия заключаются в локализации очагов поражения и соотношении экссудативных и лихеноидных компонентов высыпаний и выделяют тяжелое и легкое течение.

Для медико-социальной экспертизы представляет интерес тяжелое течение атопического дерматита (стадия пубертатного и взрослого возраста), которая характеризуется эритематозно-сквозными очагами подострого или острого воспалительного характера, умеренного синюшно-красного

Группа инвалидности у взрослых не устанавливается если:

- При поражении кожи менее 50% и обострениях до 2 раз на фоне лечения в год.



При atopическом дерматите инвалидность у взрослых может устанавливаться если:



- группа инвалидности может устанавливаться при непрерывно рецидивирующем течении заболевания при площади поражения кожи более 50%;



- резистентности к проводимой терапии;



- склонности к торпидному течению.



- при частых 3-х и более раз в год обострениях atopического дерматита.

Рис. 2

Графика составлена на основе Приложения № 1 к классификациям и критериям, используемым при осуществлении медико-социальной экспертизы федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, утвержденным приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 27.08.2019 № 585н (ред. 19.01.2021)

цвета, небольшой отечностью, полушаровидными, нередко фолликулярными папулами лихеноидными, пруригинозными папулами такого же цвета, как весь очаг поражения, или цвета нормальной кожи. На поверхности пруригинозных папул формируются мелкие пузырьки с серозным содержимым, пузырьки разрушаются при расчесывании, на их месте появляются серозные, чаще геморрагические корочки.

У взрослых поражение локализуется на лице, преимущественно в периорбитальной и периоральной зонах, на боковых и задней поверхностях шеи, в локтевых сгибах, области лучезапястного сустава, подколенных ямках. Кожа в очагах поражения лихенифицирована: плотна на ощупь, утолщена, кожный рисунок усилен. Цвет кожи грязно-серый, в период обострения очаги умеренно гиперемированы. В глубине естественных складок образуются глубокие болезненные трещины, такие же трещины могут появляться над суставами. На поверхности очагов поражения и за их пределами — множественные эксфолиации, кровянистые корочки.

Псориаз у детей и взрослых

Категория «ребенок-инвалид» с псориазом (от 0-17 лет)

устанавливается в случае, если у больного имеются:

- распространенные формы с площадью поражения поверхности кожи более 10%, частые обострения (более 2 раз в год); или непрерывно-рецидивирующее течение при неэффективности проводимого системного лечения; ладонно-подошвенный псориаз при неэффективности проводимого системного лечения (Системное лечение, оказывающее воздействие на всю систему организма человека, обычно используется только при тяжелых формах псориаза, т.е. при таких случаях этого заболевания, когда лечение местными средствами или светолечением не срабатывает). (Рис. 3)

Следует отметить, что говорится об обострениях требующих стационарного лечения с выраженными клиническими проявлениями.

При псориазе у взрослых группа инвалидности устанавливается при частых более 2 раз в год обострениях или непрерывно рецидивирующем течении заболевания при площади поражения кожи более 50%, резистентности к проводимой терапии (*резистентность - это невосприимчивость к тому или иному виду терапии, т.е. на фоне проводимой терапии не наступает ремиссия заболевания*). Частые (более 2 раз в год)

Категория «ребенок-инвалид» с псориазом инвалидности не устанавливается если:

- При псориазе с площадью поражения до 10% и обострениями до 2 раз в год.



Категория «ребенок-инвалид» с псориазом может устанавливаться если:



- Распространенные формы с площадью поражения поверхности кожи более 10%, частые обострения (более 2 раз в год);



- непрерывно-рецидивирующее течение при неэффективности проводимого системного лечения;



- ладонно-подошвенный псориаз при неэффективности проводимого системного лечения.

Графика составлена на основе Приложения № 2 к классификациям и критериям, используемым при осуществлении медико-социальной экспертизы федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, утвержденным приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 27.08.2019 № 585н (ред. 19.01.2021)

обострения или непрерывно рецидивирующее течение **ладонно-подошвенного псориаза**: резистентность к проводимой терапии. Данная форма псориаза выделена отдельно, и группа устанавливается при поражении менее 50% поверхности тела поскольку поражение ладоней нарушает хват и удержание предметов, а поражение стоп ведет к ограничению передвижения. (Рис. 4)

В случае псориатических артропатий группа устанавливается при нарушении нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций которые приводят к умеренному нарушению функции суставов и энтезисов (мест прикреплений связок к костным структурам) позвоночника. То есть оценивается функция пораженных суставов. Наличие псориатических артропатий не является обязательным условием при установлении группы при псориазе.

При поражении менее 50% поверхности кожи, и незначительными нарушениями функции организма группа не устанавливается.

Группа инвалидности у взрослых групп не устанавливается при:

- при поражении менее 50% поверхности кожи, и незначительными нарушениями функции организма группа не устанавливается.



При псориазе у взрослых группа инвалидности может устанавливаться при:



- частых более 2 раз в год обострениях или непрерывно рецидивирующем течении заболевания при площади поражения кожи более 50%;



- резистентности к проводимой терапии;



- частые (более 2 раз в год) обострения или непрерывно рецидивирующее течение ладонно-подошвенного псориаза: резистентность к проводимой терапии.

Графика составлена на основе Приложения № 1 к классификациям и критериям, используемым при осуществлении медико-социальной экспертизы федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, утвержденным приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 27.08.2019 № 585н (ред. 19.01.2021).

При псориазе так же выделяют тяжёлые и легкие формы, для МСЭ представляют интерес тяжёлые формы псориаза, которые нередко приводят к инвалидизации.

К таким формам относятся: псориатическая эритродермия, артропатический и пустулезный псориаз, ладонно-подошвенный.

Псориатическая эритродермия

Представляет собой остро развивающееся поражение кожи, распространяющееся практически на весь кожный покров. Часто возникает у больных распространенным псориазом в прогрессирующей стадии при воздействии на нее раздражающими факторами (инсоляция, наружное лечение раздражающими средствами и прочие). Наряду с покраснением всей кожи, ее обильным шелушением, отечностью, резко ухудшается общее состояние больного: повышается температура, появляется бессонница, возникают диспепсические явления, сильная слабость, увеличиваются лимфоузлы. Больные жалуются на зуд, жжение, стянутость кожи, болезненность в конечностях при движении. Подобное состояние требует срочной госпитализации и проведения активной терапии в условиях стационара.

Артропатический псориаз

У 3-5 % всех больных псориазом отмечается поражение суставов. Механизмы этого поражения до конца не известны, но иммунная их природа не вызывает сомнений.

Средний возраст таких больных, как правило, 30-55 лет. Эта форма псориаза является наиболее тяжелой и часто приводит к инвалидизации пациента. У большинства больных симптомы поражения кожи предшествуют поражению суставов (около 70 %). Иногда псориазные высыпания появляются одновременно с поражением суставов или появляются позднее. Чаще процесс начинается с поражения суставов кистей и стоп с последующим поражением других суставов, но строгой закономерности в развитии артрита нет. Диапазон проявлений псориазного артрита варьирует от появления незначительных болей в суставах, возникающих при движении и усиливающихся после значительных физических нагрузок, до значительных изменений в суставном аппарате, приводящих к инвалидизации.

Пустулезный псориаз

Отмечается у 1% больных. Он проявляется распространенными высыпаниями в виде пустул («гнойничков»). Важно, что при псориазе эти «гнойнички» стерильны, то есть не содержат микробов. Различают две формы пустулезного псориаза: генерализованный пустулезный псориаз (пустулезный псориаз Цумбуша) и Пустулезный псориаз ладоней и подошв (пустулезный псориаз Барбера, ладонно-подошвенный пустулезный псориаз).

Генерализованный пустулезный псориаз (Пустулезный псориаз Цумбуша) - это тяжелая угрожающая жизни пациента форма заболевания, сопровождающаяся тяжелым общим состоянием больного. Чаще развивается на фоне обычного псориаза. Начинается внезапно. Когда в течение

нескольких часов на коже появляются яркие, огненно-красные пятна, которые охватывают обширные участки кожи. На этом фоне появляются мелкие поверхностные пустулы («гноинички» - содержимое которых стерильно) расположенные как в зоне бляшек, так и на ранее не измененной коже. Эти очаги быстро увеличиваются в размерах, сливаются, захватывают обширные участки кожного покрова, так, что псориазические бляшки перестают быть различимыми. Часто поражаются ногти, суставы, иногда почки. Нарушается общее состояние больного: отмечается повышение температуры, недомогание, общая слабость. После прекращения появления высыпаний состояние больных улучшается, температура снижается. Иногда процесс принимает затяжной характер с периодическими повторениями обострений с интервалами от нескольких дней до месяцев.

Пустулезный псориаз ладоней и подошв. (Пустулезный псориаз Барбера, ладонно-подошвенный пустулезный псориаз)

Встречается чаще, чем генерализованная форма. Заболевание носит хронический рецидивирующий характер. Провоцирующие факторы не установлены. Чаще возникает в возрасте 40-50 лет. На ладонях и подошвах возникает одна или несколько резко очерченных бляшек, в пределах которых имеются многочисленные пустулы 2-5 мм в диаметре. Свежие пустулы желтого цвета со стерильным содержимым, некоторые из них сливаются, образуя «гноиные озера». Не вскрываясь они постепенно подсыхают с образованием коричневых корок, другие появляются им на смену. В дальнейшем на их месте образуются красно-бурые пятна.

Список необходимых документов и обследований

В направлении на медико-социальную экспертизу медицинской организацией указываются данные о состоянии здоровья гражданина, отражающие степень нарушения функций органов и систем, состояние компенсаторных возможностей организма, сведения о результатах медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы, и проведенных реабилитационных или абилитационных мероприятий.

При направлении гражданина на МСЭ в соответствии с п. 16 Постановления Правительства РФ № 95 от 20 февраля 2006 года лечащему врачу необходимо подробно в анамнезе указывать:

- время начала заболевания;
- характер течения заболевания (хроническое рецидивирующее либо прогрессирующее);
- сезонность обострений и факторы, провоцирующие обострения дерматозов;
- сведения о получаемом лечении, а именно какие лекарственные препараты назначались с указанием доз, продолжительность курса лечения;
- достигнута ли ремиссия в процессе лечения длительность последней ремиссии;
- указывать профессию гражданина и связано ли заболевание с каким-либо производственным фактором;

- к каким осложнениям привело заболевание.

- для детей характеристика из сада или школы в которой необходимо указать как ребенок учится имеются ли у него из-за заболевания какие-то ограничения.

- для взрослого работающего гражданина необходима характеристика с места работы с описанием рабочего процесса и ограничениями в труде в связи с заболеванием, возможен ли на производстве перевод на труд в более щадящие условия.

Необходимо отражать динамику лабораторных показателей (общий анализ крови; исследование уровня общего иммуноглобулина Е в крови при необходимости, биохимический анализ крови (мочевая кислота, почечные пробы, повышение титров ревматоидного фактора, белковые фракции). При сочетании atopического дерматита или псориаза с поражением внутренних органов, с заболеваниями нервной системы и отклонением в психическом развитии, с заболеваниями ЖКТ, печени и желчевыводящих путей с нарушением процессов пищеварения и всасывания, с иммунодефицитными состояниями необходимы те исследования в динамике которые позволяют судить о нарушенных функциях организма. При псориатическом поражении суставов необходимо описать суставы, не только пораженные, но и симметричные, обязательно отразить окружность конечностей (предплечий, плеч, голеней и бёдер), в градусах описать объём движений. Предоставить рентгенологические снимки поражённых суставов и для сравнения симметричных. При поражении висцеральных органов необходимо предоставить обследования, позволяющие судить о функции поражённых

органов, а также динамики лечения. Описать возможности схвата кистями (дефицит схвата, какая степень).

Также при обследовании больных псориазом для оценки активности, тяжести, распространенности заболевания используются: индекс PASI, NAPSI, BSA. Обследование больных с атопическим дерматитом включает оценку индекса SCORAD, ДИШС.

В статусах необходимо подробным образом отразить характер кожных проявлений, площадь поражения в процентах (используя правило ладони).

При проведении медико-социальной экспертизы пациенту с псориазом и атопическим дерматитом желательно предоставлять характеристику с места учебы, с 3-х лет заключение центральной медико-педагогической комиссии (для пациентов от 3 до 18 лет), где указываются рекомендации к организации образовательного процесса (программа обучения, специальные условия, при необходимости разрабатывается образовательный маршрут).

ВАЖНО! Важность оценки психологического состояния пациента с псориазом и атопическим дерматитом диктуется социальным аспектом кожной патологии. Для оценки этого состояния применяется дерматологический индекс качества жизни с адаптированными вопросниками для различных кожных заболеваний, категорий граждан и возрастов.

Имеется Приказ Минтруда России N 52н, Минздрава России N 35н от 31.01.2019 «Об утверждении перечня медицинских обследований, необходимых для получения клини-

ко-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы» (Зарегистрировано в Минюсте России 15.03.2019 N 54059), но к сожалению в данном приказе отсутствуют заболевания кожи, но имеются болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани и им можно пользоваться при псориатическом поражении суставов.

Перечень необходимых документов

Для определения группы инвалидности (в том числе категории «ребенок-инвалид»)

1. Согласие гражданина (или его законного представителя) на проведение МСЭ.
2. Паспорт или другой документ, удостоверяющий личность; гражданам с 14 лет паспорт (для лиц до 14 лет: свидетельство о рождении и паспорт одного из родителей или опекуна).
3. Направление на медико-социальную экспертизу лечебного учреждения (Форма [088/у](#)); или Направление гражданина на МСЭ, выдаваемое органом социальной защиты.
4. Медицинские документы (амбулаторная карта, выписки из стационаров, R-снимки и т.д.).
5. Копия трудовой книжки, заверенная отделом кадров для работающих (оригинал трудовой книжки для неработающих) граждан. (для граждан до 18 летнего возраста не надо)
6. Документы об образовании.
7. Сведения о характере и условиях труда (для работающих)

– *производственная характеристика.*

8. Педагогическая характеристика ребенка, посещающего детское дошкольное учреждение.

9. Педагогическая *характеристика на учащегося.*

10. Справка об инвалидности при повторном освидетельствовании.

11. При повторном освидетельствовании (в случае установления раннееинвалидности или категории ребёнок инвалид) - индивидуальная программа реабилитации и абилитации инвалида (ИПРА).

Порядок обжалования решения бюро медико-социальной экспертизы

Гражданин (его законный или уполномоченный представитель) может обжаловать решение бюро в главное бюро в месячный срок на основании письменного заявления, подаваемого в бюро, проводившее медико-социальную экспертизу, либо в главное бюро, либо через портал Госуслуг.

Бюро, проводившее медико-социальную экспертизу гражданина, в 3-дневный срок со дня получения заявления направляет его со всеми имеющимися документами в главное бюро.

Главное бюро не позднее 1 месяца со дня поступления заявления гражданина проводит его медико-социальную экспертизу и на основании полученных результатов выносит соответствующее решение.

В случае обжалования гражданином решения главного бюро главный эксперт по медико-социальной экспертизе по соответствующему субъекту Российской Федерации с согласия гражданина может поручить проведение его медико-социальной экспертизы другому составу специалистов главного бюро.

Решение главного бюро может быть обжаловано в месячный срок в Федеральное бюро на основании заявления, подаваемого гражданином (его законным представителем) в главное бюро, проводившее медико-социальную экспертизу, либо в Федеральное бюро.

Федеральное бюро не позднее 1 месяца со дня поступления заявления гражданина проводит его медико-социальную экспертизу и на основании полученных результатов выносит соответствующее решение.

Решения бюро, главного бюро, Федерального бюро могут быть обжалованы в суд гражданином (его законным представителем) в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Что нужно знать врачу при направлении пациента на получение инвалидности

В первую очередь необходимо проверить правильность оформления документации, которая будет представлена на экспертизу. Направление на медико-социальную экспертизу (ваш основной документ), оформляемый в лечебно-профилактическом учреждении (ЛПУ) по месту наблюдения и лечения, должен быть заверен печатью этого учреждения и не менее чем 3-мя подписями врачей (включая подпись председателя врачебной комиссии или главного врача).

Выписки из стационаров должны быть заверены печатями учреждения (наличие только уголовного штампа и личной печати врача – недостаточно). Проверьте правильность паспортных данных в вышеуказанных документах, поскольку ошибка даже в одной букве приведет к их недействительности.

Сделайте ксерокопии всех выписок из стационара и приложите их к направлению на МСЭ, желательно в хронологическом порядке. Важное значение в экспертизе имеют результаты вашего наблюдения и лечения в поликлинических условиях, поэтому желательно предоставить и амбулаторную карту.

При наличии патологии опорно-двигательного аппарата следует предоставить рентгеновские снимки – желательно свежие (не более 1 месяца до даты освидетельствования). В направлении на МСЭ в этом случае должно быть их описание. Если снимков много (берите все, что есть – важно оценить динамику заболевания) – желательно сложить их в хронологическом порядке.

Если за последний год были больничные листы – желательно выписать на отдельном листе – с какого и по какое число, с указанием диагноза и длительности в днях. К сожалению, врачи ЛПУ не всегда подробно и качественно заполняют этот пункт в направлении на МСЭ.

Если имеются заключения узких специалистов (консультации: кардиолога, пульмонолога, нефролога, гастроэнтеролога, ортопеда-травматолога, нейрохирурга и т.д.) – по

лученные в других лечебных учреждениях - они также должны быть заверены печатью этих ЛПУ (а не только личной печатью врача-консультанта).

Проверяйте даты выдачи заключений и паспортные данные в них. Лечащим врачам не следует «настраивать» больного на определенное конкретное решение. Они не несут абсолютно никакой ответственности за свое высказанное в устной форме мнение о том, какая группа положена тому или иному больному. В отличие от них, врачи эксперты оформляют на каждого больного экспертно-медицинское дело, где в письменном виде обосновывают свое решение со ссылкой на соответствующие нормативно-правовые акты, заверяют его своими подписями и печатью учреждения МСЭ и несут за него полную юридическую ответственность. Этот важный момент следует очень хорошо понимать.

При диагностике заболевания важно обратить внимание не только на распространенность заболевания, но и на локализацию на открытых участках (руки, лицо – при этом процент поражения кожи может составлять менее 5). Например, ладонно-подошвенный псориаз. Поражение ладоней – 2% поверхности тела, но это состояние следует отнести к тяжелому псориазу. При получении пациентом терапии моноклональными антителами или иными системными препаратами необходимо указать начало терапии, обоснование назначения данной терапии (в связи с отсутствием положительного результата от других методов), описывать результат проводимой терапии. Необходимо указывать сроки применения терапии.

Диагноз заболевания и оценка степени тяжести забо-

лечения кожных больных необходимо проводить на основании разработанных критериев и индексов для соответствующих нозологических единиц.

Диагноз atopического дерматита выставляется на основании клинической картины и диагностических критериев. Оценка степени тяжести заболевания оценивается согласно SCORAD индексу (система оценки проявлений и тяжести atopического дерматита).

Диагноз псориаза устанавливается на основании клинической картины заболевания, наличия псориатической «триады», характерных поражений складок, ногтевых пластинок, при необходимости проводится биопсия кожи. Оценка степени тяжести заболевания происходит согласно различным псориатическим индексам: Индекс площади и тяжести псориатических поражений (Psoriasis Area and Severity Index (PASI))

Пример: Генерализованный пустулезный псориаз (L40.1), псориаз ногтей, прогрессирующая стадия, непрерывно-рецидивирующее течение при площади поражения более 50 % с преимущественным поражением складок, ладоней и подошв (PASI=18), с резистентностью к терапии.

Сопутствующие: Ожирение III ст.(абдоминальный тип). Дислипидемия. Нарушение толерантности к глюкозе. Гиперурикемия. Артериальная гипертензия 1 степени, риск 3 (высо-

Пример: Атопический дерматит, экссудативная форма, стадия обострения, распространенный процесс с площадью поражения более 60 %, тяжелого течения, обострение более 2 раз в год (SCORAD - 52) . Осложнение в виде присоединения вторичной бактериальной инфекции, рецидивирующих конъюнктивитов. Резистентное к проводимой терапии.

Пример: Псориаз ладонно-подошвенный (L40.3), площадь поражения более 3 % от поверхности тела, прогрессирующая стадия. Псориатический артрит (L40.5), развернутая стадия, активность высокая (BASDAI – 8,6), рентген-стадия 1 - 2, спондилоартрит грудного, поясничного отделов позвоночника, НФС 2 ст. Резистентность к проводимой терапии.

Сопутствующие: ИБС: ПИК 22.05.2017 (Q – нижний инфаркт миокарда). Гипертоническая болезнь III стадия, АГ 2 ст., достигнутая степень АГ 1 степень, риск 4, ХСН 1. Сахарный диабет 2 типа. Субкомпенсация.

Крайне важно отразить оценку клинического прогноза, который определяется конкретным заболеванием тяжестью состояния, течение данного заболевания у пациента на фоне сопутствующей патологии и особенностей организма:

- при дерматитах и экземе: атопический дерматит – хроническое рецидивирующее заболевание, обострения более 2 раз в год, с площадью поражения более 50% у взрослых при резистентности к терапии. Прогноз сомнительный, может быть и неблагоприятный.

- при папулосквамозных нарушениях: псориаз – хроническое рецидивирующее заболевание, требующее постоянного наблюдения у дерматовенеролога. Прогноз определяется частотой обострения, формой псориатического поражения кожи, эффективностью проводимой терапии. При тяжелом неконтролируемом течении псориаза без назначения иммуносупрессивной или системной противосполительной терапии. Прогноз сомнительный.

ВАЖНО! В случае применения терапии моноклональными антителами или иной высокотехнологичной медицинской помощи важно указать, что на фоне проводимой терапии достигнута частичная медикоментозная или нестойкая ремиссия, при отмене которой прогноз сомнительный или неблагоприятный.

По приглашению руководителя бюро (главного бюро, Федерального бюро) или уполномоченного заместителя руководителя главного бюро (Федерального бюро), инвалида (ребенка-инвалида), законного или уполномоченного представителя инвалида (ребенка-инвалида) в формировании ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида) могут принимать участие с правом совещательного голоса специалисты медицинских организаций, государственных внебюджетных фондов, государственной службы занятости населения, работодатели, педагоги и другие специалисты.



Контактная информация

<http://кожа-аллергия.рф>
<http://псориазрегион.рф>

oppsor@yandex.ru