



ОБЩИЕ ВОПРОСЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА

Методические рекомендации

**Межрегиональная благотворительная общественная организация
«Кожные и аллергические болезни»**

УДК 614

ББК 51.13

Авторы:

профессор кафедры кожных и венерических болезней военно-медицинской академии
им. С. М. Кирова, д. м. н., А. В. Сухарев

научный сотрудник ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, Э. Р. Низамова

к. м. н., врач дерматовенеролог, О. С. Мишина

Рецензент:

доцент кафедры терапии, МСЭ и реабилитации ФГБУ СПБИУВЭК Минтруда России, О. В.
Макарова

Методические рекомендации предназначены для врачей дерматовенерологов, терапевтов, педиатров, врачей общей практики, студентов медицинских вузов.



Содержание

Введение	4
1. Основы медико-социальной экспертизы	6
1.1. Порядок направления гражданина на медико-социальную экспертизу	6
1.2. Порядок проведения медико-социальной экспертизы гражданина	7
1.3. Порядок переосвидетельствования инвалида	9
1.4. Порядок обжалования решений бюро медико-социальной экспертизы	11
2. Правила заполнения «Направления на медико-социальную экспертизу» (формы № 88/у)	12
3. Классификации и критерии в медико-социальной экспертизе	20
3.1. Оценка стойких расстройств функций организма человека и степени их выраженности	21
3.2. Классификации основных категорий жизнедеятельности человека и степени выраженности ограничений этих категорий	22
3.3. Критерий для установления инвалидности	25
Заключение	25
Список литературы	26
Приложения	28

Использованные сокращения

МСЭ	—	Медико-социальная экспертиза
PASI	—	Индекс тяжести поражения псориазом
NAPSI	—	Индекс тяжести псориазического поражения ногтей
BSA	—	Индекс расчета площади тела
SCORAD	—	Система оценки проявлений и тяжести атопического дерматита
ДИШС	—	Дерматологический индекс шкалы симптомов
ИБС	—	Ишемическая болезнь сердца
ПИК	—	Постинфарктный кардиосклероз
ДИКЖ	—	Дерматологический индекс качества жизни
МАБ	—	Моноклональные антитела (Monoclonal Antibodies)
ВК	—	Врачебная комиссия

Введение

Инвалидность, обусловленная заболеваниями кожи, является одним из наименее изученных вопросов дерматологии. Среди пациентов с впервые установленной инвалидностью, наибольший удельный вес составляют дети 0-14 лет — 54,5%, доля взрослых — 34,7%, подростков — 8,1%. При оценке причин инвалидности наиболее частой причиной стал псориаз (51,6%), Т-клеточные лимфомы (29,3%), атопический дерматит (6,7%), пузырчатка (4,1%), врожденных аномалий — ихтиоз и эпидермолиз — (1,9%). Такие заболевания как волчанка, васкулит, гипертрофические поражения кожи, склеродермия и др. имели удельный вес менее 1%, однако, в сумме составили 6,4%. Среди первично освидетельствованных взрослых лиц с заболеваниями кожи, 71,0% составили лица трудоспособного возраста, из них 35,4% — находились в наиболее активном молодом возрасте (18-44 года). (Малишевская Н.П., Пазина М.В., 2011)

Анализ инвалидности по классу «Болезни кожи и подкожной клетчатки» свидетельствует о преобладании в ее структуре псориаза. У взрослых псориаз протекает на фоне соматической патологии. У детей основной причиной инвалидизации наряду с псориазом является атопический дерматит. (Мухаметгалеева Е.Д., 2017)

Псориаз — хронический эритематозно-сквамозный дерматоз мультифакториальной природы, характеризуется доброкачественной гиперпролиферацией эпителиоцитов, нарушением их дифференциации и процесса кератинизации, а также воспалительной реакцией в дерме. В России уровень заболеваемости псориазом составляет 1,5%, при этом частота тяжелых форм, связанных с поражением суставов составляет по различным данным от 5-7% до 30-40%. Обострение патологического процесса: поражение мелких суставов, кожи лица, ладоней и подошв может приводить к временной нетрудоспособности. При обострении псориазической эритродермии (универсальная форма), отсутствии эффекта от проводимого лечения, если временная нетрудоспособность составляет непрерывно 4 месяца и более, оформляется направление на медико-социальную экспертизу (МСЭ). При освидетельствовании может быть рекомендовано долечивание или установлена группа инвалидности сроком на 1 год.

Ухудшение качества жизни, снижение социальной активности и работоспособности вплоть до ее утраты у больных псориазом определяют значимость медико-социальной экспертизы у пациентов с данным заболеванием. Грамотное и полноценное заполнение всех пунктов направления на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь (форма № 088/у), гарантирует вынесение максимально точного решения в отношении заявителя. В анамнестической части, например, необходимо отразить длительность патологического процесса, частоту и продолжительность обострений с указанием применяемых лекарственных препаратов и оценкой их эффективности. Максимально подробно должен быть описан объективный статус пациента. (Кубанов А.А., Сабирова Э.Р., 2018)

При освидетельствовании пациента учитывается степень выраженности стойких нарушений организма (в %): к первой степени относят стойкие незначительные нарушения (10-30%), ко второй степени — стойкие умеренные нарушения (40-60%), к третьей степени — стойкие выраженные нарушения (70-80%), к четвертой степени — стойкие значительно выраженные нарушения (90-100%).

Из практики дерматовенеролога

Например, псориаз сгибательных поверхностей, или инверсный псориаз легкой степени тяжести, относят к незначительным нарушениям функций организма в пределах 10%. Бляшечный псориаз, или обыкновенный псориаз средней и тяжелой степеней, но без генерализации, — к нарушениям в диапазоне 20–30%, в редких случаях — генерализованный псориаз с осложнениями — к нарушениям в пределах 40%. Экспертная оценка при псориатическом артрите учитывает выраженность нарушений функций пораженных суставов, тяжесть сопутствующей патологии, что требует полного отражения в документах при направлении на МСЭ (правильный диагноз в соответствии с принятыми классификациями, результаты обследования пациента, проводимое лечение и его эффективность, заключение специалистов по показаниям — ревматолога, кардиолога, невролога и др.), т.к. выраженность нарушения функций организма оценивается с шагом в 10% и определяет окончательное заключение. Неправильное или неполное оформление медицинской документации может привести к ошибкам при проведении медико-социальной экспертизы.

Детская инвалидность продолжает оставаться важнейшей медико-социальной проблемой общества ввиду увеличения экономической нагрузки на работающее население и является важнейшим интегральным показателем регионального здоровья населения. Среди дерматозов основными заболеваниями, приводящими к инвалидности в детском возрасте, являются атопический дерматит, псориаз, врожденные аномалии, такие как врожденный ихтиоз, буллезный эпидермолиз, эктодермальная дисплазия (ангидротическая); обширные гемангиомы лица и туловища. Дети с атопическим дерматитом, псориазом нуждаются в медицинской реабилитации в рамках восстановительной терапии и социальной реабилитации. Комплекс мероприятий, направленных на реабилитацию, восстановление и компенсацию утраченных функций оформляется в индивидуальной программе реабилитации и абилитации инвалида по итогам проведения медико-социальной экспертизы (Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации / под ред. В.Г. Помникова, М.В. Коробова. — 4-е изд., перераб. и доп. — СПб.: Гиппократ, 2017.-1152 с.).

К тяжелым формам заболеваний кожи у детей можно отнести атопический дерматит. Атопический дерматит за последние десятилетия имеет тенденцию к распространению. Переход от острых форм заболевания к хроническим часто сопровождается поражением внутренних органов, нервной системы, нарушениями иммунной системы. Тяжелые формы атопического дерматита обычно сопровождаются поражением более чем 50% кожи, вертебро-неврологическими дисфункциями, нарушениями эмоционально-волевой и поведенческой сферы, что может привести к социальной дезадаптации и признанию ребенка инвалидом (Торопова Н. П., Синявская О. А., Градинаров А. М., 2010).

Необходимость проведения комплексной своевременной реабилитации и абилитации, включающей медицинскую реабилитацию (восстановительную терапию с предоставлением необходимого медикаментозного лечения, санаторно-курортного лечения и др.), а также социальную и психологическую реабилитацию взрослых, психолого-педагогическую

реабилитацию/абилитацию ребенка-инвалида, для пациентов с заболеваниями кожи и подкожной клетчатки является актуальной на современном этапе. В нашей стране организация медицинской реабилитации определена Приказом Минздрава России «О порядке организации медицинской реабилитации» от 29 декабря 2012 г. № 1705н. В соответствии с этим приказом медицинская реабилитация осуществляется в медицинских организациях и включает комплексное применение природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов.

Целью нашей работы является обобщение накопленного опыта оформления медицинской документации при направлении пациента на медико-социальную экспертизу.

1. Основы медико-социальной экспертизы

Медико-социальная экспертиза (МСЭ) — признание лица инвалидом и определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма («О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ. Ст.7).

В процессе МСЭ оценивается состояние организма в комплексе с учетом клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических данных освидетельствуемого лица.

МСЭ осуществляется федеральными учреждениями медико-социальной защиты, к которым относятся Федеральное бюро медико-социальной экспертизы, главные бюро МСЭ по соответствующему субъекту РФ, имеющие филиалы — бюро МСЭ в городах и районах, и главное бюро, осуществляющее МСЭ работников организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда и населения отдельных территорий.

Решение учреждения МСЭ является обязательным для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями независимо от организационно-правовой формы и формы собственности.

1.1. Порядок направления гражданина на медико-социальную экспертизу

Порядок направления гражданина на медико-социальную экспертизу определен «Правилами признания лица инвалидом», утвержденными Постановлением Правительства РФ от 20 февраля 2006 г. № 95. Гражданин направляется на МСЭ организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь (далее — медицинская организация), независимо от ее организационно-правовой формы, а также органом, осуществляющим пенсионное обеспечение, или органом социальной защиты населения.

На практике, чаще всего пациенты с заболеваниями кожи и подкожной клетчатки могут быть направлены на медико-социальную экспертизу кожно-венерологическим диспансером, поликлиническими медицинскими организациями (детские и взрослые поликлиники).

Медицинская организация направляет гражданина на МСЭ после проведения необходимых диагностических, лечебных, в том числе реабилитационных мероприятий при наличии результатов исследований, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами.

Основанием для направления на МСЭ является: наличие признаков инвалидности, нарушения функций организма от умеренных до значительно выраженных, ограничения различных категорий жизнедеятельности (способности к трудовой деятельности, самостоятельному передвижению, самообслуживанию, обучению и др.), необходимость разработки индивидуальной программы реабилитации, абилитации инвалида, окончания срока инвалидности, досрочное переосвидетельствование.

В направлении на медико-социальную экспертизу (форма № 88/у) 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, а также результаты проведенных реабилитационных или абилитационных мероприятий.

Перечень медицинских обследований, утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 января 2019 г. № 52н/35, не содержит объем необходимых исследований по классу «Болезни кожи и подкожной клетчатки». В связи с чем, врачу-специалисту при обследовании пациента следует опираться на существующие стандарты, клинические протоколы и методические рекомендации, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.

В случае если медицинская организация, орган, осуществляющий пенсионное обеспечение, либо орган социальной защиты населения отказали гражданину в направлении на медико-социальную экспертизу, ему выдается справка, на основании которой гражданин (его законный или уполномоченный представитель) имеет право обратиться в бюро МСЭ самостоятельно.

Из практики дерматовенеролога

Например, 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.

1.2. Порядок проведения медико-социальной экспертизы гражданина

Медико-социальная экспертиза гражданина проводится в бюро по месту жительства (по месту пребывания, по месту нахождения пенсионного дела инвалида, выехавшего на постоянное жительство за пределы Российской Федерации).

Медико-социальная экспертиза может проводиться на дому в случае, если гражданин не может явиться в бюро (главное бюро, Федеральное бюро) по состоянию здоровья, что подтверждается заключением медицинской организации, или в стационаре, где гражданин находится на лечении, или заочно по решению соответствующего бюро.

Из практики дерматовенеролога

В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 29 марта 2018 г. № 339 «О внесении изменений в Правила признания лица инвалидом», раздел IV, инвалидность при заочном освидетельствовании устанавливается в следующих случаях:

п.57. Тяжелые формы псориаза со стойкими выраженными, значительно выраженными нарушениями функций организма, не контролируемые иммуносупрессивными препаратами;

п.58. Врожденные формы ихтиоза и ихтиоассоциированные синдромы с выраженным, значительно выраженным нарушением функции кожи и связанных с ней систем.

При решении бюро (главного бюро, Федерального бюро) о заочном освидетельствовании гражданина учитываются следующие условия: проживание гражданина в отдаленной и (или) труднодоступной местности, или в местности со сложной транспортной инфраструктурой, или при отсутствии регулярного транспортного сообщения; тяжелое общее состояние гражданина, препятствующее его транспортировке.

Медико-социальная экспертиза проводится по заявлению гражданина (его законного или уполномоченного представителя).

Медико-социальная экспертиза проводится врачами-специалистами бюро МСЭ (главного бюро, Федерального бюро) путем освидетельствования гражданина, изучения представленных им документов, анализа социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических и других данных гражданина.

В проведении медико-социальной экспертизы гражданина по приглашению руководителя бюро (главного бюро, Федерального бюро) могут участвовать с правом совещательного голоса представители государственных внебюджетных фондов, Федеральной службы по труду и занятости, а также специалисты соответствующего профиля (далее — консультанты).

Гражданин (его законный или уполномоченный представитель) имеет право пригласить любого специалиста с его согласия для участия в проведении медико-социальной экспертизы с правом совещательного голоса.

По результатам медико-социальной экспертизы гражданина составляется акт медико-социальной экспертизы гражданина по форме, утвержденной Министерством здравоохранения и социального развития РФ, к которому приобщают представленные гражданином документы («Об утверждении формы акта медико-социальной экспертизы гражданина и порядка его составления». Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17 апреля 2012г. № 373н), который подписывается руководителем соответствующего бюро МСЭ (главного бюро, Федерального бюро) и специалистами, принимавшими решение, а затем заверяется печатью. Для этого гражданину необходимо написать заявление в бюро МСЭ не менее чем за 3 дня до даты проведения экспертизы.

Заключения консультантов, привлекаемых к проведению медико-социальной экспертизы, перечень документов и основные сведения, послужившие основанием для принятия решения, заносятся в акт медико-социальной экспертизы гражданина или приобщаются к нему.

В случаях, требующих специальных видов обследования гражданина для получения дополнительных сведений, может составляться программа дополнительного обследования, которая утверждается руководителем соответствующего бюро (главного бюро, Федерального бюро). Указанная программа доводится до сведения гражданина, проходящего МСЭ, в доступной для него форме.

Программа дополнительного обследования может предусматривать проведение необходимого дополнительного обследования в медицинской организации, организации, осуществляющей деятельность по реабилитации, абилитации инвалидов, получение заключения главного бюро или Федерального бюро, запрос необходимых сведений, проведение обследования условий и характера профессиональной деятельности, социально-бытового положения гражданина и другие мероприятия.

В случае отказа гражданина (его законного или уполномоченного представителя) от дополнительного обследования и предоставления необходимых документов, решение о признании гражданина инвалидом либо об отказе в признании его инвалидом принимают на основании имеющихся данных, о чем делается соответствующая отметка в Протоколе проведения медико-социальной экспертизы гражданина.

Гражданину, признанному инвалидом, выдаются справка, подтверждающая факт установления инвалидности, с указанием группы инвалидности, а также индивидуальная программа реабилитации или абилитации.

1.3. Порядок переосвидетельствования инвалида

В плановом порядке переосвидетельствование инвалидов I группы проводится 1 раз в 2 года, инвалидов II и III групп — 1 раз в год, а детей-инвалидов — 1 раз в течение срока, на который ребенку установлена категория «ребенок-инвалид» (Постановление Правительства Российской Федерации № 95 от 20.02.2006).

Переосвидетельствование гражданина, инвалидность которому установлена без указания срока переосвидетельствования, может проводиться по его личному заявлению (заявлению его законного или уполномоченного представителя), либо по направлению медицинской организации в связи с изменением состояния здоровья, либо при осуществлении главным бюро, Федеральным бюро контроля за решениями, принятыми соответственно бюро, главным бюро МСЭ.

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

Переосвидетельствование инвалида ранее установленного срока проводится по его личному заявлению (заявлению его законного или уполномоченного представителя), либо по направлению медицинской организации в связи с изменением состояния здоровья, либо при осуществлении главным бюро, Федеральным бюро МСЭ контроля за решениями, принятыми соответственно бюро, главным бюро МСЭ.

Медико-социальной экспертиза может проводиться в следующих случаях:

1. Определение причины смерти инвалида, а также лица, пострадавшего в результате несчастного случая на производстве, профессионального заболевания, катастрофы на Чернобыльской АЭС и других радиационных или техногенных катастроф либо в результате ранения, контузии, увечья или заболевания, полученных в период прохождения военной службы, в случаях, когда законодательством Российской Федерации предусматривается предоставление семье умершего мер социальной поддержки.
2. Выдача дубликата справки, подтверждающей факт установления инвалидности, степени утраты профессиональной трудоспособности в %.
3. Выдача новой справки, подтверждающей факт установления инвалидности, в случае изменения фамилии, имени, отчества, даты рождения гражданина.

При этом направление медицинской организации не требуется. (Письмо ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России от 28.11.2018 N 42905/2018).

В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 24.01.2018 № 60 «О внесении изменений в правила признания лица инвалидом», гражданин может обращаться в бюро МСЭ без оформления нового направления на МСЭ:

- **при необходимости внесения исправлений в индивидуальную программу реабилитации или абилитации** в связи с изменением персональных, антропометрических данных инвалида (ребенка-инвалида), необходимостью уточнения характеристик ранее рекомендованных видов реабилитационных и (или) абилитационных мероприятий, а также в целях устранения технических ошибок (описка, опечатка, грамматическая или арифметическая ошибка либо подобная ошибка) инвалиду (ребенку-инвалиду) по его заявлению либо по заявлению законного или уполномоченного представителя инвалида (ребенка-инвалида) взамен ранее выданной составляется новая индивидуальная программа реабилитации или абилитации без оформления нового направления на медико-социальную экспертизу инвалида (ребенка-инвалида);
- **при необходимости включения в индивидуальную программу реабилитации или абилитации ребенка-инвалида рекомендаций** о товарах и услугах, предназначенных для социальной адаптации и интеграции в общество детей-инвалидов, на приобретение которых направляются средства (часть средств) материнского (семейного) капитала (далее — товары и услуги), ребенку-инвалиду по его заявлению либо по заявлению законного или уполномоченного представителя ребенка-инвалида взамен ранее выданной составляется новая индивидуальная программа реабилитации или абилитации ребенка-инвалида без оформления нового направления на медико-социальную экспертизу;
- **в случае если в индивидуальную программу реабилитации или абилитации ребенка-инвалида вносятся рекомендации** о товарах и услугах, относящихся к медицинским изделиям, ребенок-инвалид (его законный или уполномоченный представитель) представляет в бюро (главное бюро, Федеральное бюро) выданную медицинской организацией справку, содержащую информацию об основном диагнозе, осложнениях и

сопутствующем диагнозе (диагнозах) ребенка (далее — справка), и решение о нуждаемости ребенка-инвалида в приобретении товаров и услуг, относящихся к медицинским изделиям, которое принимается на основании справки;

- **представление справки не требуется, если заявление о включении товаров и услуг, относящихся к медицинским изделиям, в индивидуальную программу реабилитации или абилитации ребенка-инвалида** поступило в течение 1 года с даты выдачи указанной программы бюро (главным бюро, Федеральным бюро). В данном случае решение о нуждаемости в приобретении товаров и услуг, относящихся к медицинским изделиям, выносится по имеющимся в бюро (главном бюро, Федеральном бюро) сведениям предыдущих освидетельствований ребенка-инвалида, находящихся в распоряжении бюро (главного бюро, Федерального бюро).

1.4. Порядок обжалования решений 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. 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 или уполномоченным 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 суде гражданином (его законным или уполномоченным представителем) в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

2. Правила заполнения «направления на медико-социальную экспертизу» (формы № 88/у)

Форма № 088/у «Направление на медико-социальную экспертизу медицинской организацией» утверждена приказом Министерства труда и социальной защиты РФ и Министерства здравоохранения РФ от 6 сентября 2018 г. № 578н/606н «Об утверждении формы направления на медико-социальную экспертизу медицинской организацией».

Постановлением Правительства РФ от 16.05.2019 № 607 внесены некоторые изменения в Правила признания лица инвалидом:

- 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;
- медицинские организации формируют направление на медико-социальную экспертизу в форме электронного документа в медицинских информационных системах медицинских организаций или государственных информационных системах в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации, а при отсутствии у медицинской организации информационной системы либо доступа к указанным государственным информационным системам — на бумажном носителе;
- направление на медико-социальную экспертизу, оформленное медицинской организацией, и сведения о результатах медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы, в течение 3 рабочих дней со дня оформления направления на медико-социальную экспертизу передаются медицинской организацией в бюро в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью, с использованием информационных систем «Единая автоматизированная вертикально-интегрированная информационно-аналитическая система по проведению медико-социальной экспертизы», предусмотренных пунктом 193 настоящих Правил, а при отсутствии доступа к таким информационным системам — на бумажном носителе.

Вводная часть (ПУНКТЫ 1-5) содержит информацию о причинах направления, сроках на медико-социальную экспертизу и состоянии пациента.

ПУНКТ 1 содержит информацию о дате проведения заседания врачебной комиссии медицинской организации, на которой принято решение о необходимости направления пациента на медико-социальную экспертизу.

ПУНКТЫ 2 и 3 заполняются при необходимости проведения медико-социальной экспертизы на дому или нуждаемости в паллиативной медицинской помощи, соответственно.

ПУНКТ 4 дата выдачи направления на медико-социальную экспертизы.

Направление на медико-социальную экспертизу в течение 3 рабочих дней со дня выдачи направляется медицинской организацией в бюро в форме электронного документа с использованием единой системы межведомственного электронного взаимодействия и подключаемых к ней региональных систем межведомственного электронного взаимодействия, а при отсутствии доступа к этой системе — на бумажном носителе с соблюдением требований законодательства Российской Федерации в области персональных данных.

ПУНКТ 5 отражает цель направления на медико-социальную экспертизу.

В случае, если пациент направляется на освидетельствование впервые или для продления инвалидности, отмечаются пункты 5.1 — установление группы инвалидности или для детей 5.2. установление категории «Ребенок-инвалид», а также 5.10 разработка индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалиды (ребенка-инвалида). Иные категории отмечаются при необходимости в каждом конкретном случае.

РАЗДЕЛ I (ПУНКТЫ 6-19) содержит так называемую «паспортную часть» о пациенте и обязательны для заполнения: фамилия имя отчество, дата рождения, возраст, пол, гражданство, отношение к воинской обязанности, адрес места жительства, местонахождение гражданина, контактные данные, страховой номер индивидуального лицевого счета, паспортные данные, а также сведения об официальном представителе гражданина, направляемого на экспертизу (фамилия имя отчество, дата рождения, паспортные данные, контактная информация, страховой номер индивидуального лицевого счета), при возложении опеки над гражданином, сведения об организации, на которую возложена функция опеки (попечительства).

ПУНКТ 18 необходимо отметить **первично или повторно** направляется пациент на медико-социальную экспертизу.

ПУНКТ 19 заполняется в случае направления пациента на повторную медико-социальную экспертизу, содержит информацию о группе инвалидности, период нахождения на инвалидности, срок, до которого установлена инвалидность, сведения о причине имеющейся инвалидности.

ПУНКТ 20 содержит информацию о получении образования: при этом важно отмечать, посещает ли пациент образовательное учреждение, указывать класс, курс, группу, какое профессиональное обучение проводится.

ПУНКТ 21 содержит подробную информацию о трудовом анамнезе пациента: месте трудоустройства, выполняемой работе, профессии, квалификационных категориях, стаже, условиях и характере труда, с представлением характеристики условий труда с места работы.

На заметку

При проведении медико-социальной экспертизы пациент предоставляет 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).

РАЗДЕЛ II (ПУНКТЫ 22-37) клинико-функциональные данные гражданина

Наиболее важная часть заполняется лечащим врачом (дерматовенерологом), а также врачами-специалистами после обследования и лечения пациента!

ПУНКТ 22 с какого года наблюдается пациент

В случае, если пациент наблюдается в медицинской организации недавно, в анамнезе следует указывать предыдущее место наблюдения.

ПУНКТ 23 анамнез заболевания

Данный раздел подробно описывает врач-специалист по данному заболеванию (дерматовенеролог, ревматолог и т.д.). Указываются **сроки наступления заболевания** с подробным описанием развития заболевания, **этапы диагностики и лечения**, в том числе **результаты стационарного лечения**, предшествовавшие состояния, заболевания. **Прогрессирование заболевания (темпы), развитие осложнений.**

Особое внимание следует уделять описанию тяжести заболевания, распространенности процесса (поражение кожи в %), развитию заболевания, где необходимо описать используемые методы лечения с указанием лекарственной терапии (местное или системное лечение, дозировки, кратность и длительность применения), в том числе иммуносупрессивной терапии, моноклональных антител. Указывать результаты (эффективно/неэффективно) проводимой терапии.

При описании анамнеза заболевания необходимо описывать этапы стационарного лечения. Выписки из карты стационара с подробным описание результатов исследования, методов лечения и его эффективности должны быть представлены на медико-социальную экспертизу.

Из практики дерматовенеролога

При диагностике заболевания важно обратить внимание не только на распространенность заболевания, но и на локализацию. Например, локализация на открытых участках (руки, лицо — при этом % 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 МАБ-терапии необходимо указать начало терапии, обоснование назначения данной терапии (в связи с отсутствием положительного результата от других методов), описывать результат проводимой МАБ-терапии. Необходимо указывать сроки применения терапии.

ВАЖНО! В соответствии с приказом Минздрава России от 14.01.2019 № 4н «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения», п.6. при наличии медицинских показаний (индивидуальная непереносимость, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии медицинской организации осуществляется назначение и оформление

назначения лекарственных препаратов, не входящих в стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации, либо по торговым наименованиям. Решение врачебной комиссии медицинской организации фиксируется в медицинской документации пациента и в журнале врачебной комиссии.

Обоснование применения МАБ-терапии оформляется протоколом подкомиссии ВК медицинской организации, где она была назначена. Протокол ВК прикладывается к пакету документов на МСЭ.

ПУНКТ 24 анамнез жизни

Данный раздел заполняет врач-дерматовенеролог, который наблюдает пациента. Подробно описывается **история развития пациента, социально-бытовой** (условия проживания, достаток, необходимость в уходе, уровень социализации, способность к передвижению, ориентации), **образовательный и профессиональный** (следует указывать об изменениях в трудовой деятельности и образовании при развитии заболевания, характере работы, стаже, профессиональных вредностях, способность к обучению и общению), **семейный** (состав семьи, регистрация брака, дети), **генеалогический анамнез** (сведения о заболеваниях родственников, исходах заболеваний), **наличие вредных привычек, сопутствующих фоновых заболеваний и состояний**, которые имели место в жизни пациента (травмы, операции, перенесенные заболевания, аллергические реакции, психологическое состояние, стресс, дезадаптация).

Из практики дерматовенеролога

Важность оценки психологического состояния пациента диктуется социальным аспектом кожной патологии. Для оценки этого состояния применяется дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ) с адаптированными вопросниками для различных кожных заболеваний, категорий граждан и возрастов (Приложение 1, 5).

ПУНКТ 25 указывается **частота и длительность случаев временной нетрудоспособности за последние 12 месяцев**. Данные сведения характеризуют влияние заболевания на трудовую деятельность.

Важно отмечать периоды временной нетрудоспособности по заболеванию, в связи с которым пациент направляется на медико-социальную экспертизу, в том числе с плановые обследования и лечение в стационаре.

ПУНКТ 26 заполняется в случае, **если пациенту была установлена инвалидность ранее и имеется индивидуальная программа реабилитации и абилитации инвалида (ребенка-инвалида)**. Отмечаются результаты и эффективность проведенных мероприятий медицинской реабилитации, уровень восстановления нарушенных функций организма, достижение компенсации. В ходе проведения медико-социальной экспертизы уточняются степень восстановления нарушенных функций, а также достижение компенсации утраченных либо отсутствующих функций. В случае частичного восстановления и компенсации или отсутствия положительных результатов, инвалидность может быть продлена.

ПУНКТ 27 антропометрические данные и физиологические параметры. При оценке роста, массы тела, индекса массы тела оценивается физическое развитие пациента (в отношении детей в возрасте до 3 лет), состояние белково-энергетического дефицита, алиментарной дисфункции.

ПУНКТ 28 содержит непосредственную информацию о состоянии пациента на момент направления на медико-социальную экспертизу (сознание, тяжесть состояния, описание функций органов и систем, способность к передвижению, стабильность состояния, транспортабельность).

На заметку

Описание всегда носит произвольный характер и определяется нозологией.

Например: Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Телосложение. Температурата. Рост, вес, ИМТ. Кожные покровы бледно-розового цвета. Патологические высыпания носят распространенный характер, склонные к сливанию (диаметр до 6 см). Видимые слизистые бледные, без патологических высыпаний. Дегенеративные изменения на ногтях. Сила и тонус мышц сохранены. Обращает на себя болезненность по всем энтезиальным точкам. Физиологические изгибы позвоночника сглажены. Боли с ограничением движения в плечевых, и локтевых суставах. Грудная клетка равномерно участвует в акте дыхания, дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Перкуторный звук ясный, легочный. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, ЧСС/ударов в 1 минуту, шумы не выслушиваются. АД = мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Физиологические отправления в норме. Симптом «поколачивания» поясничной области отрицательный с обеих сторон. Сознание ясное. Грубых патологических неврологических знаков, менингеальных симптомов нет.

ПУНКТ 29 сведения о **медицинских обследованиях, необходимых для получения клинико-функциональных данных** в зависимости от заболевания при проведении медико-социальной экспертизы. В данном разделе содержится информация о проведенных лабораторных, инструментальных исследованиях, консультациях специалистов. Все результаты исследований указываются подробно, а для инструментальных исследований — подробное описание и заключение.

Заключения специалистов могут быть оформлены отдельно в дополнение к направлению на медико-социальную экспертизу.

Из практики дерматовенеролога

Диагноз заболевания и оценка степени тяжести заболевания кожных больных производится на основании разработанных критериев и индексов для соответствующих нозологических единиц.

Например, при пиодермиях.

Бактериологическое исследование гнойного отделяемого с определением чувствительности к антибактериальным препаратам; исследование уровня глюкозы в крови.

Например, при буллезных поражениях (пузырчатке (пемфигусе) и пемфигоиде).

Диагноз выставляется только на основании гистологического исследования — оценивается уровень начала образования полости: при пузырьчатках полость располагается в эпидермисе (над базальным слоем с наличием акантолитических клеток (низкий акантолиз) — истинная пузырьчатка; в зернистом слое с наличием акантолитических клеток (высокий акантолиз) — эритематозная пузырьчатка). Обнаружение пузыря под эпидермисом — субэпидермальный пузырь — свидетельствует о буллезном пемфигоиде.

Дополнительные методы диагностики: оцениваются следующие симптомы — симптом Никольского, краевой симптом Никольского, симптом Асбо-Хансена, симптом «груши». Цитологическое исследование на акантолитические клетки в мазках-отпечатках со дна свежих эрозий слизистых оболочек и/или кожи, непрямая иммунофлуоресценция, прямая иммунофлуоресценция.

При длительной терапии глюкокортикостероидами обязательно необходим контроль артериального давления, свертывающей системы крови, сахара крови, оцениваются другие побочные эффекты, возникающие от длительного приема глюкокортикостероидов.

Например, при атопическом дерматите.

Диагноз атопического дерматита выставляется на основании клинической картины и диагностических критериев. Оценка степени тяжести заболевания оценивается согласно SCORAD индексу (приложение 2).

Например, при папулосквамозных нарушениях (псориазе):

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) приложение 3).

ПУНКТ 30 является ключевым в направлении на медико-социальную экспертизу. Развернутый клинический диагноз формируется из основного заболевания, кода по классификации МКБ-10, осложнений основного заболевания, сопутствующих заболеваний, кодов сопутствующих заболеваний по МКБ-10, осложнений сопутствующего заболевания.

Из практики дерматовенеролога

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 (высокий).

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.

ПУНКТ 31 клинический прогноз может быть:

- благоприятным (возможность клинического излечения, стабилизации или улучшения состояния здоровья, уменьшения степени нарушений функций организма, приводящих к ограничению жизнедеятельности);
- неблагоприятным (невозможность стабилизации состояния здоровья, остановки прогрессирования патологического процесса и уменьшения степени нарушений функций организма, приводящих к ограничению жизнедеятельности);
- сомнительным (неопределенным).

Наличие неблагоприятного или сомнительного (с тенденцией к неблагоприятному) клинического прогноза даже на фоне временно сохранных функций организма и состояния жизнедеятельности может явиться основанием для определения инвалидности.

Из практики дерматовенеролога

Оценка клинического прогноза определяется конкретным заболеванием тяжестью состояния, течением данного заболевания у пациента на фоне сопутствующей патологии и особенностей организма:

- при буллезных нарушениях: пузырчатка (абсолютно смертельное заболевание без лечения), поэтому эти пациенты находятся на постоянном (пожизненном) контроле у дерматовенеролога, прогноз — сомнительный;
- 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 противовоспалительной терапии прогноз сомнительный или неблагоприятный;

- при других болезнях кожи и подкожной клетчатки: при склеродермиях восстановление нормального кожного покрова из склероза маловероятно. Основная задача дерматовенеролога — исключить системную склеродермию (вероятность системной склеродермии при наличии кожных форм склеродермии составляет 10-15%) и контроль за возможным возникновением признаков системной склеродермии (диффузной и акросклероза). Прогноз сомнительный, может быть и неблагоприятный;
- при врожденных аномалиях и пороках развития кожи: врожденный буллезный эпидермолиз — в настоящий момент эффективных средств лечения не существует — при этом заболевании добиться стойкой ремиссии — маловероятно. Прогноз неблагоприятный.

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

ПУНКТ 32 реабилитационный потенциал оценивается лечащим врачом: высокий — при хорошем ответе на терапию, стойкой ремиссии и т.п.; низкий — отсутствие заметного положительного ответа на проводимое лечение, присоединение системных осложнений.

Из практики дерматовенеролога

Например, при псориазе оценивают такие показатели как PASI. При атопическом дерматите и хронической экземе скорость уменьшения индексов SCORAD и EASI (приложение 4). При буллезных дерматозах скорость ответа кожного процесса (не на поражение слизистых) на глюкокортикостероидную терапию.

ПУНКТ 33 реабилитационный прогноз характеризует возможность восстановления нарушенных функций в зависимости от характера и степени выраженности нарушений, наличия осложнений, сопутствующих заболеваний, проводимой терапии, времени начала реабилитационных мероприятий, качества ухода за больным.

Из практики дерматовенеролога

Реабилитационный прогноз коррелирует с реабилитационным потенциалом и характеризует наступление стойкой ремиссии при пиодермиях, отсутствие обострения при длительной кортикостероидной терапии пемфигусов и пемфигоидов, уменьшением частоты обострений и тяжести атопического дерматита и псориаза, своевременным назначением МАБ и иной системной терапии.

ПУНКТ 34-36 рекомендуемые мероприятия

Врач-специалист указывает необходимое **медикаментозное лечение**, реконструктивные операции, ортезирование, протезирование, иную заместительной терапию, обеспечение техническими средствами реабилитации (называет конкретные виды), медицинскими изделиями, **показания к санаторно-курортному лечению, восстановительному лечению в условиях амбулаторно-поликлинической сети, стационара.**

Из практики дерматовенеролога

Высокотехнологическая помощь больным дерматологического профиля заключается в проведении ПУВА-терапии; назначении препаратов биологической терапии, таргетных синтетических противовоспалительных препаратов, ингибиторов янус-киназ (применяются для лечения псориаза, атопического дерматита, гнойного гидраденита и др.)

В случае применения МАБ или иной высокотехнологичной медицинской помощи желательно указывать, что пациент нуждается в длительном лечении в связи с эффективностью проводимой ранее терапии. Препараты назначены по жизненным показаниям, замене не подлежат.

ВАЖНО! Направление на медико-социальную экспертизу должно быть подписано всеми членами врачебной комиссии (не менее 4 членов и председатель комиссии), заверено круглой печатью учреждения. К направлению на медико-социальную экспертизу (форма № 88/у) дополнительно прилагаются пакет документов (приложение 6).

На заметку

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.

3. Классификации и критерии в медико-социальной экспертизе

Основным документом, определяющим критерии установления инвалидности, является приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 17 декабря 2015 г. № 1024н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» (далее — приказ № 1024н).

Приказом № 1024н определены классификации, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, определяются основные виды стойких расстройств функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами, и степени их выраженности, а также основные категории жизнедеятельности человека и степени выраженности ограничений этих категорий. Критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, определяют основания установления групп инвалидности (категории «ребенок-инвалид»).

3.1. Оценка стойких расстройств функций организма человека и степени их выраженности

Одной из стойких расстройств функций организма человека являются нарушения функции кожи и связанных с ней систем.

Степень выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами, оценивается в % и устанавливается в диапазоне 10-100, с шагом в 10% (таблица 1).

I степень	стойкие незначительные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в диапазоне 10-30%
II степень	стойкие умеренные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в диапазоне 40-60%
III степень	стойкие выраженные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в диапазоне 70-80%
IV степень	стойкие значительно выраженные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в диапазоне 90-100%

Таблица 1. 4 степени выраженности стойких нарушений функций организма человека.

Степень выраженности стойких нарушений функций организма человека устанавливается в соответствии с количественной системой оценки, предусмотренной приложением к приказу № 1024н. Если приложением к настоящим классификациям и критериям не предусмотрена количественная оценка степени выраженности стойких нарушений той или иной функции организма человека, то степень выраженности стойких нарушений функций организма человека в процентном выражении устанавливается федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы исходя из клинико-функциональной характеристики заболеваний, последствий травм или дефектов, обусловивших вышеуказанные нарушения, характера и тяжести осложнений, стадии, течения и прогноза патологического процесса.

При наличии нескольких стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами, отдельно оценивается и устанавливается степень выраженности каждого из таких нарушений в %. Сначала устанавливается максимально выраженное в % нарушение той или иной функции организма человека, после чего определяется наличие (отсутствие) влияния всех других имеющихся стойких нарушений функций организма человека на максимально выраженное нарушение функции организма человека. При наличии указанного влияния суммарная оценка степени нарушения функции организма человека в процентном выражении может быть выше максимально выраженного нарушения функций организма, но не более чем на 10%.

3.2. Классификации основных категорий жизнедеятельности человека и степени выраженности ограничений этих категорий

К основным категориям жизнедеятельности человека относятся:

- а) способность к самообслуживанию;
- б) способность к самостоятельному передвижению;
- в) способность к ориентации;
- г) способность к общению;
- д) способность контролировать свое поведение;
- е) способность к обучению;
- ж) способность к трудовой деятельности.

Выделяются 3 степени выраженности ограничений каждой из основных категорий жизнедеятельности человека:

а) *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.

б) *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.

в) 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 и (или) надзоре других лиц.

г) 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.

д) 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.

е) 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 организациях, осуществляющих образовательную деятельность, с созданием специальных условий (при необходимости)

для получения образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья, в том числе обучение с применением (при необходимости) специальных технических средств обучения, определяемая с учетом заключения психолого-медико-педагогической комиссии;

2 степень — способность к обучению и получению образования в рамках федеральных государственных образовательных стандартов в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, с созданием специальных условий для получения образования только по адаптированным образовательным программам при необходимости обучение на дому и/или с использованием дистанционных образовательных технологий с применением (при необходимости) специальных технических средств обучения, 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.

ж) 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.

Степень ограничения основных категорий жизнедеятельности человека определяется исходя из оценки их отклонения от нормы, соответствующей определенному периоду (возрасту) биологического развития человека.

3.3. Сроки установления инвалидности

Инвалидность I группы устанавливается на 2 года, II и III групп — на 1 год.

Категория «ребенок-инвалид» устанавливается сроком на 1 год, 2 года, 5 лет, до достижения гражданином возраста 14 лет либо 18 лет.

Постановлением Правительства РФ от 16.05.2019 № 607 внесены изменения в Правила признания лица инвалидом:

- В случае признания гражданина инвалидом датой установления инвалидности считается дата поступления в бюро направления на медико-социальную экспертизу (заявления гражданина о проведении медико-социальной экспертизы).
- Гражданин (его законный или уполномоченный представитель) может обжаловать решение бюро в главное бюро в месячный срок на основании заявления, поданного в бюро, проводившее медико-социальную экспертизу, либо в главное бюро в письменной форме на бумажном носителе или в электронном виде с использованием федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)».

Заключение

В заключении необходимо отметить, что в данных методических рекомендациях рассмотрены основные положения и правила оформления медицинской документации при направлении на медико-социальную экспертизу больных с кожными заболеваниями, изложены основные законодательные документы, в соответствии с которыми проводится освидетельствование граждан в бюро МСЭ. Данный документ направлен на улучшение понимания врачом и облегчение правильного оформления документации при направлении в бюро МСЭ, расширение знаний врачей-дерматовенерологов в области медико-социальной экспертизы.

Список литературы

1. Торопова Н.П., Синявская О.А., Градинаров А.М. Тяжелые (инвалидизирующие) формы атопического дерматита у детей. Методы медико-социальной реабилитации //URL: https://www.rmj.ru/articles/pediatriya/TYaGhELYE_INVALIDIZIRUYuSchIE_FORMY_ATOPICHESKOGO_DERMATITA_U_DETEY_METHODY_MEDIKO-SOCIALYNOY_REABILITACII/#ixzz5lqrLXyAj (Дата обращения 22.04.2019).
2. Лапина Е.Ю. Медико-социальная экспертиза и инвалидность вследствие хронического распространенного псориаза //Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. — 2014.- № 2 — с.113-116.
3. VII конференция дерматовенерологов и косметологов Приволжского федерального округа. Обсуждение вопросов и критериев инвалидности пациентов с псориазом: барьеры или возможности? //Эффективная фармакотерапия. 2018. — № 34.- с. 54-56.
4. Мухаметгалеева Е.Д. Случаи инвалидности по классу болезни кожи в Удмуртской республике за 2016 год. //Вестник постдипломного медицинского образования. 2017. -№ 3 — с. 84-85.
5. Малишевская Н.П., Пазина М.В. Эпидемиологические и медико-социальные аспекты заболеваемости хроническими дерматозами. //Уральский медицинский журнал. 2011.- № 08 (86). — с. 20-26.
6. Иванова М.А., Мухаметгалеева Е.Д., Соколовская Т.А. Детская инвалидность и медицинская реабилитация при заболеваниях кожи в Удмуртской Республике в период 2014—2016 гг. // Клиническая дерматология и венерология. 2018.- № 1. — с. 5-8.
7. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ и Министерства здравоохранения РФ от 6 сентября 2018 г. № 578н/606н «Об утверждении формы направления на медико-социальную экспертизу медицинской организацией» //Официальная публикация www.pravo.gov.ru 27 ноября 2018 г.
8. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 17.12. 2015 № 1024н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» URL: <https://base.garant.ru/71309914/> (Последнее обращение 02.05.2019).
9. Постановление Правительства Российской Федерации от 20.02.2006 № 95 (ред. от 22.03.2019) «О порядке и условиях признания лица инвалидом» URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_58610/ (Последнее обращение 02.05.2019).
10. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 20.09.2013 № 1082 «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии» URL: <https://base.garant.ru/70485996/> (Последнее обращение 02.05.2019).
11. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5.05.2012 № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации».
12. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 14.01.2019 № 4н «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения» URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_321140/ (Последнее обращение 02.05.2019).

13. Диагностические индексы в дерматологии. В.П.Адаскевич. Москва — 2014.
14. Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации / под ред. В.Г. Помникова, М.В. Коробова.- 4-е изд., перераб. и доп. — СПб.: Гиппократ, 2017. -1152 с.
15. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. — 5-е изд., перераб. и доп. — М.: Деловой экспресс, 2016. — 768 с.

Приложения

Приложение № 1. Дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ)

№	Вопрос	Ответы
1	Беспокоили ли Вас зуд, боль, жжение, болезненность кожи за последнюю неделю?	Очень сильно
		Сильно
		Немного
		Не беспокоят
2	Испытывали ли Вы неловкость или стыд из-за состояния своей кожи за последнюю неделю?	Очень сильно
		Сильно
		Немного
		Совсем не было
3	Мешало ли Вам состояние кожи при совершении покупок, работе по дому или на даче за последнюю неделю?	Очень сильно
		Сильно
		Немного
		Не мешало
		Нет ответа
4	Повлияло ли состояние Вашей кожи на выбор одежды за последнюю неделю?	Очень сильно
		Сильно
		Немного
		Не мешало
		Нет ответа
5	Мешало ли состояние Вашей кожи контактам с окружающими или активному отдыху за последнюю неделю?	Очень сильно
		Сильно
		Немного
		Не мешало
		Нет ответа
6	Помешало ли состояние Вашей кожи занятиям физкультурой или спортом за последнюю неделю?	Очень сильно
		Сильно
		Немного
		Не помешало
		Нет ответа
7	Повлияло ли состояние Вашей кожи на посещение работы или учебы за последнюю неделю?	Да
		Нет
		Нет ответа
	Если «нет», мешала ли проблема, возникшая у Вас с кожей, работе или учебе за последнюю неделю?	Сильно
Немного		
Не мешала		

8	Мешало ли состояние Вашей кожи общению с близкими друзьями, родственниками, сексуальным партнером за последнюю неделю?	Очень часто	
		Часто	
		Редко	
		Не мешало	
		Нет ответа	
9	Затрудняло ли состояние Вашей кожи интимные отношения, выбор полового партнера за последнюю неделю?	Очень сильно	
		Сильно	
		Немного	
		Не затрудняло	
		Нет ответа	
10	Изменило ли лечение кожного заболевания порядок Вашей жизни (например, Вы потеряли много времени, уделяли меньше внимания дому) за последнюю неделю?	Очень сильно	
		Сильно	
		Немного	
		Не изменило	
		Нет ответа	

Для каждого из ответов на вопрос предусмотрены следующие баллы:

Очень сильно/очень часто	3 балла
Сильно/часто	2 балла
Несильно/немного	1 балл
Совсем нет/не мешало/не затрудняло	0 баллов
Нет ответа	0 баллов
Вопрос пропущен	0 баллов
Вопрос 7 (первая часть)	3 балла

Интерпретация индекса:

- индекс DLQI вычисляется простым суммированием баллов, начисленных за каждый ответ;
- минимальное значение индекса равно 0;
- максимальное значение индекса – 30 баллов;
- чем больше число баллов, тем более отрицательное влияние заболевание кожи оказывает на качество жизни.

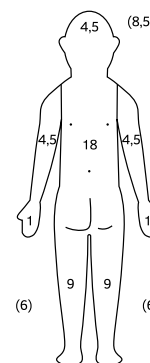
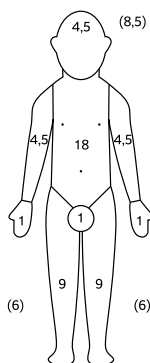
Сумма баллов	Значение
0-1	Не оказывает эффекта на жизнь пациента
2-5	Небольшой эффект на жизнь пациента
6-10	Умеренный эффект на жизнь пациента
11-20	Очень сильный эффект на жизнь пациента
21-30	Чрезвычайно сильный эффект на жизнь пациента

Приложение № 2. SCORAD-индекс

Для оценки степени тяжести АД используют полуколичественные шкалы, из которых наиболее широкое применение получила шкала SCORAD (Scoring of Atopic Dermatitis). SCORAD предусматривает балльную оценку шести объективных симптомов: эритема, отек/папулезные элементы, корки/мокнутые, экскориации, лихенификация/шелушение, сухость кожи. Интенсивность каждого признака оценивается по 4-уровневой шкале: 0 — отсутствие, 1 — слабая, 2 — умеренная, 3 — сильная. При оценке площади поражения кожного покрова следует использовать «правило девятки», в котором за единицу измерения принята площадь поверхности ладони больного, эквивалентная 1% всей поверхности кожи. Цифрами указано значение площади для больных в возрасте старше 2 лет, а в скобках — для детей в возрасте до 2 лет. Оценку субъективных симптомов (ощущение зуда, нарушение сна) проводят у детей в возрасте старше 7 лет и взрослых; у детей младшего возраста оценку субъективных симптомов проводят с помощью родителей, которым предварительно объясняют принцип оценки. Расчет индекса SCORAD производится по формуле: $SCORAD = A/5 + 7B/2 + C$, где: А — распространенность поражения кожи, В — сумма уровней интенсивности клинических симптомов АД, С — сумма оценок субъективных нарушений по визуальной аналоговой шкале. Значения индекса могут варьировать в пределах от 0 (нет заболевания) до 103 (максимально тяжелое течение АД).

SCORAD European task force on atopic dermatitis

Фамилия	Имя	Лечебное учреждение
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Дата рождения	<input type="text"/>	ФИО врача
Дата обследования	<input type="text"/>	



А: Распространенность
укажите площадь поражения

В: Интенсивность

Критерий	Выраженность	Способ расчета
Эритема		Выраженность признака 0 — отсутствует 1 — слабая 2 — умеренная 3 — сильная
Отек/папулезные элементы		
Корки/мокнутые		
Экскориации		
Лихенификация		
Сухость кожи		

С: Субъективные симптомы
зуд + нарушение сна

С: Субъективная оценка симптомов
 $A/5 + 7B/2$

SCORAD
 $A/5 + 7B/2$

Визуальная аналоговая шкала (средний показатель за последние 3 дня и/или ночи)

Зуд (от 0 до 10) 0 10

Нарушение сна (от 0 до 10) 0 10

Бланк для расчета значения SCORAD

Приложение № 3. Индекс площади и тяжести псориатических поражений (PASI)

Индекс распространенности и тяжести псориаза PASI (Psoriasis Area and Severity Index) является основным инструментом для определения тяжести течения псориаза.

- Использование индекса позволяет объективно оценить эффективность проводимой терапии и в идеале должен быть посчитан до, во время и после окончания курса терапии.
- Индекс PASI представлен целым числом от 0 (отсутствие болезни) до 72 (самое тяжелое течение) и отражает площадь поражения с учетом интенсивности проявлений клинических признаков, таких как эритема, интенсивность шелушения и инфильтрации. Есть несколько модификаций подсчета индекса PASI, однако, по мнению большинства авторов, шкалу, которая учитывает три вышеуказанных клинических признака, принято считать классической.

Голова							Верхние конечности						
Площадь поражения:							Площадь поражения:						
0%	<10%	10-29%	30-49%	50-69%	70-89%	>89%	0%	<10%	10-29%	30-49%	50-69%	70-89%	>89%
Эритема	0	1	2	3	4		Эритема	0	1	2	3	4	
Инфильтрация	0	1	2	3	4		Инфильтрация	0	1	2	3	4	
Шелушение	0	1	2	3	4		Шелушение	0	1	2	3	4	

Туловище							Нижние конечности						
Площадь поражения:							Площадь поражения:						
0%	<10%	10-29%	30-49%	50-69%	70-89%	>89%	0%	<10%	10-29%	30-49%	50-69%	70-89%	>89%
Эритема	0	1	2	3	4		Эритема	0	1	2	3	4	
Инфильтрация	0	1	2	3	4		Инфильтрация	0	1	2	3	4	
Шелушение	0	1	2	3	4		Шелушение	0	1	2	3	4	

Область	Эритема	Шелушение	Инфильтрация	Площадь поражения	Весовой коэффициент	PASI
Голова					0,1	
Руки					0,2	
Туловище					0,3	
Ноги					0,4	
Общий PASI						

Подсчет.

Для определения индекса PASI тело пациента условно разделяется на четыре области (ноги — 40% от общей поверхности кожи человека, туловище (грудь, живот, спина) — 30% поверхности кожи, руки — 20% и голова — 10%).

Каждая из этих четырех областей оценивается отдельно — от 0 до 6 баллов в зависимости от степени поражения.

Далее для каждой области оценивают интенсивность каждого из трех клинических признаков — эритемы, интенсивности шелушения и инфильтрации.

Интенсивность оценивается от 0 (отсутствие признака) до 4 (максимальная степень проявления).

После этого для каждой области определяют свой индекс по формуле: (эритема + шелушение + инфильтрация) x степень поражения x весовой коэффициент области.

Весовой коэффициент области соответствует площади поверхности кожи: 0,4 — ноги, 0,3 — туловище, 0,2 — руки, 0,1 — голова.

После подсчета индекса для каждой из четырех областей суммируют полученные показатели и получают общий суммарный индекс PASI.

Приложение № 4. Индекс тяжести заболевания и площади поражения (EASI)

Индекс тяжести заболевания и площади поражения при экземе/атопическом дерматите (Eczema Area and Severity Index) используется для оценки степени тяжести атопического дерматита. Оцениваются четыре области:

- голова и шея (Г);
- верхние конечности (ВК);
- туловище (Т);
- нижние конечности (НК).

У пациентов в возрасте 8 лет и старше голова и шея, верхние конечности, туловище и нижние конечности оцениваются пропорционально занимаемой ими поверхности тела соответственно в 10% (Г), 20% (ВК), 30% (Т), 40% (НК), что приблизительно совпадает с «правилом девяток». Для маленьких детей до семи лет пропорции этих участков тела оцениваются соответственно в 20% (Г), 20% (ВК), 30% (Т), 30% (НК). В пределах каждой из указанных областей оценивается площадь участка с ключевыми признаками воспаления в процентном отношении ко всей площади данной области. Симптомы (например, зуд) вместе с вторичными признаками (например, ксерозом, шелушением) из оценки данного участка исключаются. Процент пораженной площади в пределах каждой из четырех областей тела оценивается в баллах следующим образом: 0 — поражение отсутствует, 1 — поражено менее 10%, 2 — поражено 10-29%, 3 — поражено 30-49%, 4 — поражено 50-69%, 5 — поражено 70-89%, 6 — поражено 90-100%.

Затем каждая из четырех областей тела оценивается отдельно по следующим ключевым признакам:

- эритема (Эр);
- инфильтрация/папулы/отек (И);
- экскориации (Эк);
- лихенификация (Л).

Степень тяжести признака в пределах указанных областей тела оценивается в баллах от нуля до трех (0 — признак отсутствует, 1 — слабая степень, 2 — умеренная степень и 3 — тяжелая степень), причем допускаются половинные оценки. Следует отметить, что ягодичы и подошвы считаются частью нижних конечностей, внутренняя поверхность подмышечных впадин и паховая область считаются частью туловища, а наружная поверхность подмышечных впадин и ладони считаются частью верхних конечностей.

Общее количество баллов для каждой области тела получают, умножая сумму баллов для каждого отдельного из четырех ключевых признаков на постоянную величину для каждой из данных областей тела, а затем результат умножают на количество баллов, полученных для площади поражения. Сумма этих баллов и является полным индексом EASI который может варьировать от нуля до 72.

Индекс тяжести заболевания и площади поражения при экземе/атопическом дерматите EASI

Оценка площади поражения областей тела у больных восьми лет и старше (в баллах)					Расчет в баллах пораженной площади в пределах каждой из четырех областей тела					
Голова и шея (Г) 10%					0 — нет высыпаний;					
Верхние конечности (ВК) 20%					1 балл	<10%	2 балла	10-29%		
Туловище (Т) 30%					3 балла	30-49%	4 балла	50-69%		
Нижние конечности 40%					5 баллов	70-89%	6 баллов	90-100%		
Голова/шея (Г)					Верхние конечности (ВК)					
Эритема (Эр)	0	1	2	3	Эритема (Эр)	0	1	2	3	
Инфильтрация (И)	0	1	2	3	Инфильтрация (И)	0	1	2	3	
Экскориации (Эк)	0	1	2	3	Экскориации (Эк)	0	1	2	3	
Лихенификация (Л)	0	1	2	3	Лихенификация (Л)	0	1	2	3	
Туловище (Т)					Нижние конечности (НК)					
Эритема (Эр)	0	1	2	3	Эритема (Эр)	0	1	2	3	
Инфильтрация (И)	0	1	2	3	Инфильтрация (И)	0	1	2	3	
Экскориации (Эк)	0	1	2	3	Экскориации (Эк)	0	1	2	3	
Лихенификация (Л)	0	1	2	3	Лихенификация (Л)	0	1	2	3	

Пример расчета индекса тяжести заболевания и площади поражения при экземе/атопическом дерматите у больных восьми лет и старше

Область тела	EASI (баллы)
Голова/шея (Г)	$(\text{Эр} + \text{И} + \text{Эк} + \text{Л}) \times 0,1 =$
Верхние конечности (ВК)	$(\text{Эр} + \text{И} + \text{Эк} + \text{Л}) \times 0,2 =$
Туловище (Т)	$(\text{Эр} + \text{И} + \text{Эк} + \text{Л}) \times 0,3 =$
Нижние конечности (НК)	$(\text{Эр} + \text{И} + \text{Эк} + \text{Л}) \times 0,4 =$
EASI = Г + ВК + Т + НК	Сумма баллов 4 областей тела

Для детей в возрасте 0-7 лет пропорции следующие: голова/шея — 20%; верхние конечности — 20%; туловище — 30%; нижние конечности — 30%.

Площадь каждой из четырех областей тела определяется по семибальной шкале: 0 — высыпания отсутствуют, 1 — <10%, 2 — 10-29%, 3 — 30-49%, 4 — 50-69%, 5 — 70-89%, 6 — 90-100%.

У трехлетнего ребенка обострение атопического дерматита. Поражены сгибательные поверхности конечностей, кожа туловища у ребенка розовая и сухая.

1. В начале рассчитываем степень тяжести поражения на четырех участках (А):

- голова и шея не поражены, степень тяжести равна 0 ($A_1 = 0$);
- локтевые сгибы: эритема (Эр) — умеренно красная (2), инфильтрация (И) — слабая (1), степень эксфолиации (Эк) — умеренная (2), лихенификация (Л) — отсутствует (0) ($A_2 = 2 + 1 + 2 + 0 = 5$);
- туловище: краснота (Эр) слабая (1), инфильтрация (И) слабая (1), эксфолиации (Эк) и лихенификация (Л) отсутствуют ($A_3 = 1 + 1 + 0 + 0 = 2$);
- подколенные сгибы: краснота (Эр) интенсивная (3), тяжелая степень инфильтрации (И) (3), сильно выражены расчесы (Эк) (3), слабая степень лихенификации (Л) (1) ($A_4 = 3 + 3 + 3 + 1 = 10$).

2. Полученные результаты умножаем на постоянную процентную величину для данных четырех областей тела, учитывая пропорции детей в возрасте 0–7 лет и получаем:

$$B_1 = A_1 \times 0,2 = 0$$

$$B_2 = A_2 \times 0,2 = 1,0$$

$$B_3 = A_3 \times 0,3 = 0,6$$

$$B_4 = A_4 \times 0,3 = 3,0$$

3. Определяем в баллах процент поражения в каждой из четырех областей:

- голова и шея не поражены (0 баллов);
- верхние конечности: поражено менее 10% (1 балл);
- туловище: поражено примерно 60% (4 балла);
- нижние конечности: поражены в пределах 10–29% (2 балла).

Умножаем данное количество баллов на величины B_1 – B_4 соответственно:

$$C_1 = B_1 \times 0 = 0$$

$$C_2 = B_2 \times 1 = 1,0$$

$$C_3 = B_3 \times 4 = 2,4$$

$$C_4 = B_4 \times 2 = 6,0$$

$$EASI = C_1 + C_2 + C_3 + C_4 = 0 + 1 + 2,4 + 6 = 9,4$$

Приложение № 5. Детский дерматологический индекс качества жизни

Детский дерматологический индекс качества жизни (Children Dermatology Life Quality Index (CDLQI)) предназначен для больных дерматозами детей в возрасте 5-16 лет. Анкета вручается каждому пациенту с просьбой заполнить ее с помощью родителей или опекунов.

Цель анкеты — измерить насколько проблемы, возникшие у ребенка с кожей, повлияли на качество его жизни за последнюю неделю.

№	Вопрос	Ответы
1	Зудела ли, чесалась или болела твоя кожа за последнюю неделю?	Очень сильно
		Сильно
		Немного
		Совсем нет
2	Испытывал ли ты стыд, смущение, расстройство или огорчение из-за состояния своей кожи за последнюю неделю?	Очень сильно
		Сильно
		Немного
		Не испытывал
3	Повлияло ли состояние твоей кожи на отношения с друзьями за последнюю неделю?	Очень сильно
		Сильно
		Немного
		Не повлияло
4	Приходилось ли тебе из-за кожного заболевания надевать другую/особую одежду или обувь за последнюю неделю?	Очень часто
		Часто
		Иногда
		Не приходилось
5	Приходилось ли тебе из-за кожного заболевания отказываться от прогулок, игр, любимого занятия за последнюю неделю?	Очень часто
		Часто
		Иногда
		Не приходилось
6	Мешало ли состояние твоей кожи занятиями плаванием, физкультурой или другими видами спорта?	Очень часто
		Часто
		Иногда
		Не мешало
7	<i>В учебное время за последнюю неделю:</i> а) повлияли ли проблемы, возникшие у тебя с кожей, на учебу в школе за последнюю неделю?	Не посещал школу
		Очень сильно
		Сильно
		Немного
	<i>На каникулах</i> б) повлияли ли проблемы, возникшие у тебя с кожей, на отдых во время каникул за последнюю неделю?	Не повлияли
		Очень сильно
		Сильно
		Немного
		Не повлияли

8	Возникали ли у тебя какие-либо неприятности из-за кожного заболевания за последнюю неделю, например, тебя обзывали, дразнили, тебе задавали неприятные вопросы или избегали тебя?	Очень сильные	
		Сильные	
		Незначительные	
		Не возникали	
9	Мешало ли кожное заболевание твоему сну за последнюю неделю?	Очень сильно	
		Сильно	
		Немного	
		Не мешало	
10	Повлияло ли лечение кожного заболевания на твою жизнь за последнюю неделю?	Очень сильно	
		Сильно	
		Немного	
		Не повлияло	

Для каждого из ответов на вопрос предусмотрены следующие баллы:

- очень сильно/очень часто — 3 балла;
- сильно/часто — 2 балла;
- немного/иногда — 1 балл;
- совсем нет/не мешало/не повлияло/не приходилось — 0 баллов;
- вопрос пропущен — 0 баллов;
- вопрос 7 (не посещал школу) — 3 балла.

Интерпретация индекса:

- индекс CDLQI вычисляется простым суммированием баллов, начисленных за каждый ответ;
- минимальное значение индекса равно 0;
- максимальное значение индекса — 30 баллов;
- чем больше число баллов, тем более отрицательное влияние заболевание кожи оказывает на качество жизни.

Интерпретация неверно заполненных анкет:

- если один из вопросов пропущен и оставлен без ответа, засчитывается ноль баллов, а все остальные баллы суммируются и подсчитываются как обычно, исходя из максимума 30 баллов;
- если без ответа оставлено два вопроса и более, анкета не засчитывается;
- если заполнены ответы 7а и 7б, учитываются тот, у которого выше цена в баллах.

Приложение № 6. К направлению на медико-социальную экспертизу (форма № 88/у) дополнительно прилагаются:

Для пациентов от 18 лет:		Для пациентов (0-18 лет):	
1	Паспорт + копия;	1	Свидетельство о рождении пациента (с 14 лет – паспорта) + копия;
2	СНИЛС + копия;	2	СНИЛС + копия;
3	Справка МСЭ + копия (при повторном обращении);	4	Справка МСЭ + копия (при повторном обращении);
4	Заверенные медицинской организацией копии выписных эпикризов из стационарной истории болезни, заключений специалистов, результатов обследования, проведенных в иных организациях;	5	Заверенные медицинской организацией копии выписных эпикризов из стационарной истории болезни, заключений специалистов, результатов обследования, проведенных в иных организациях;
5	Заверенная в отделе кадров копия трудовой книжки;	6	Паспорт родителя (официального представителя, опекуна), который будет сопровождать ребенка на МСЭ + копия;
6	Справка с места работы об условиях труда;	7	СНИЛС родителя + копия;
7	Справка с места учебы (характеристика);	8	Заключение центральной медико-педагогической комиссии;
8	Выписной эпикриз врача-терапевта по месту наблюдения пациента;	9	Характеристика из школы;
9	Выписной эпикриз ведущего врача-специалиста;	10	Выписной эпикриз врача-педиатра по месту наблюдения пациента;
11	Заключения врачей-специалистов (офтальмолога, оториноларинголога, хирурга, кардиолога, невролога, гинеколога, уролога и т.д.), особенно при наличии осложнений и сопутствующей патологии со стороны органов и систем организма.	11	Выписной эпикриз ведущего врача-специалиста;
		12	Заключения врачей-специалистов (офтальмолога, оториноларинголога, хирурга детского, кардиолога детского, невролога, гинеколога, уролога-андролога и т.д.), особенно при наличии осложнений и сопутствующей патологии со стороны органов и систем организма.

ПРИ ПОДДЕРЖКЕ



ФОНД
ПРЕЗИДЕНТСКИХ
ГРАНТОВ



Москва, 2019

email: oppsor@yandex.ru