

УДК 614.29

<http://dx.doi.org/10.22328/2077-9828-2022-14-2-98-105>

О ПОРЯДКЕ НАПРАВЛЕНИЯ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ ГРАЖДАН 18 ЛЕТ И СТАРШЕ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ-СПИДОМ (В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ)

© Е. М. Углева*, Т. Ю. Ямщикова

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

В статье рассмотрены основные пункты формы 088/у «Направление на медико-социальную экспертизу (МСЭ) медицинской организацией», оформляемой специалистами медицинских организаций (МО) при направлении граждан на медико-социальную экспертизу, вызывающих сложности при заполнении у специалистов МО и содержащих наибольшую информативность для МСЭ.

Ключевые слова: медико-социальная экспертиза, ВИЧ-инфекция, СПИД, инвалидность, инвалид, ограничения жизнедеятельности

*Контакт: Углева Елена Михайловна, uglevaem@mail.ru

ABOUT THE ORDER OF REFERENCE FOR MEDICAL AND SOCIAL EXAMINATION CITIZENS 18 AND OVER WITH HIV/AIDS (TO ASSIST THE PRACTITIONER)

© E. M. Ugleva*, T. Yu. Yamschikova

St. Petersburg Institute for Postgraduate Medical Experts, St. Petersburg, Russia

The article discusses the main points of the form 088/u «Referral for medical and social examination (MSE) by a medical organization: drawn up by specialists of medical organizations (MO), when sending citizens for medical and social examination, causing difficulties in filling out for specialists of the MO and containing the greatest informative for MSE.

Key words: medical and social expertise, HIV infection, AIDS, disability, invalid, disability

*Contact: Elena M. Ugleva, uglevaem@mail.ru

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Углева Е.М., Ямщикова Т.Ю. О порядке направления на медико-социальную экспертизу граждан 18 лет и старше с ВИЧ-инфекцией-СПИДОМ (в помощь практикующему врачу) // *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии*. 2022. Т. 14, № 2. С. 98–105, doi: <http://dx.doi.org/10.22328/2077-9828-2022-14-2-98-105>.

Conflict of interest: the authors stated that there is no potential conflict of interest.

For citation: Ugleva E.M., Iamshchikova T.Yu. On the procedure for referring citizens 18 years and older with HIV-AIDS for medical and social examination (to help a practicing doctor) // *HIV Infection and Immunosuppressive Disorders*. 2022. Vol. 14, No. 2. P. 98–105, doi: <http://dx.doi.org/10.22328/2077-9828-2022-14-2-98-105>.

В Российской Федерации согласно Конституции каждому гражданину гарантируется социальное обеспечение в случае инвалидности (статья 39 Конституции РФ). Одной из целей признания лица

инвалидом является определение необходимых мер социальной защиты и предоставление их в полном объеме^{1,2}. Установление инвалидности возлагается на федеральные учреждения медико-социальной

¹ Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 № 181-ФЗ (с изм. от 24.04.2020 № 147-ФЗ). <https://base.garant.ru/10164504/> (дата обращения: 29.03.2021).

² Правила признания лица инвалидом, утв. Постановлением Правительства РФ от 20.02.2006 № 95 (ред. от 26.11.2020). <https://base.garant.ru/12145177/> (дата обращения: 29.03.2021).

экспертизы (МСЭ). Процесс освидетельствования больных в бюро МСЭ осуществляется в соответствии с положениями, изложенными в ряде нормативных документов Российской Федерации^{1,2,3,4}.

Гражданин направляется на медико-социальную экспертизу медицинской организацией (МО) независимо от ее организационно-правовой формы. МО должна направлять пациента в бюро МСЭ при наличии стойких нарушений функций организма, которые сохраняются, несмотря на проведение адекватного и в полном объеме комплекса лечебных и реабилитационных мероприятий².

При освидетельствовании в бюро МСЭ врачи-эксперты руководствуются нормативными документами: Правила признания лица инвалидом, утвержденные Постановлением Правительства РФ от 20.02.2006 № 95 (редакция от 22 октября 2020 г.)²; Классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, утв. Приказом Минтруда России от 27.08.2019 № 585н¹ (зарегистрирован Минюстом России 18 ноября 2019 г., регистрационный № 56528). К Приказу Минтруда России № 585 разработаны Приложения. В Приложении № 1 (освидетельствование граждан в возрасте 18 лет и старше) в подпунктах 1.4.1–1.4.4 рассматриваются нозологические формы «Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека» (в соответствии с классификацией МКБ X B20–B24) и «Бессимптомный инфекционный статус» (Z21). При освидетельствовании граждан в бюро МСЭ оценивается степень

стойких нарушений функций организма: иммунной и системы крови, сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочевыделительной, эндокринной системы и метаболизма, нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) и психических функций. Кроме стойких нарушений указанных выше функций организма, учитываются стадия и фаза болезни, наличие антиретровирусной терапии, количество CD4⁺ кл/мкл.

Известно, что врачи МО испытывают затруднения при направлении больного на МСЭ. Результаты изучения первичной инвалидности показали, что в 10–20% случаев направления больных в учреждение МСЭ были безосновательны, так как не имели признаков инвалидности⁶. При социологическом опросе специалистов МО 25,2% респондентов указали на трудности в определении показаний к направлению на МСЭ, 63,8% отметили проблемы при обследовании больного в соответствии со стандартами, 11,7% — при формулировке диагноза⁶.

Обязательный документ в процессе освидетельствования — «Направление на медико-социальную экспертизу медицинской организацией» (форма 088/у)⁷. Крайне важным и ответственным моментом является заполнение Формы 088/у специалистов МО, так как при решении вопроса об инвалидности врачи МСЭ во многом полагаются на зафиксированные в данном документе сведения.

Считаем нужным обратить внимание на оформление некоторых пунктов Формы 088/у, одновременно вызывающих проблемы у специалистов МО и содержащих наибольшую информативность для МСЭ.

¹ Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 № 181-ФЗ (с изм. от 24.04.2020 № 147-ФЗ). <https://base.garant.ru/10164504/> (дата обращения: 29.03.2021).

² Правила признания лица инвалидом, утв. Постановлением Правительства РФ от 20.02.2006 № 95 (ред. от 26.11.2020). <https://base.garant.ru/12145177/> (дата обращения: 29.03.2021).

³ Приказ Министерства труда и социального развития РФ от 27.08.2019 г. № 585н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы». <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72921006/> (дата обращения: 29.03.2021).

⁴ Порядок организации и деятельности Федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы. Утв. Приказом Минтруда России от 11.10.2012 № 310н (ред. от 28.06.2018). <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70191128/> (дата обращения: 29.03.2021).

⁵ Правила признания лица инвалидом, утв. Постановлением Правительства РФ от 20.02.2006 № 95 (ред. от 26.11.2020). <https://base.garant.ru/12145177/> (дата обращения: 29.03.2021).

⁶ Владимирова О.Н. Система комплексной реабилитации инвалидов с ограничением мобильности: автореф. дис.... д-ра мед. наук. М., 2020. https://rusneb.ru/catalog/000199_000009_010248690/ (дата обращения: 29.03.2021).

⁷ Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ и Министерства здравоохранения РФ от 06.09.2018 г. № 578н/606н «Об утверждении формы направления на медико-социальную экспертизу медицинской организацией» (с изменениями и дополнениями <https://base.garant.ru/72113818/> (дата обращения: 29.03.2021)).

В Пункте 5 (Цель направления гражданина на медико-социальную экспертизу) у гражданина 18 лет и старше с ВИЧ-инфекцией-СПИДом (как правило) из 14 возможных нужно отметить: установление группы инвалидности, установление причины инвалидности, установление времени наступления инвалидности, установление срока инвалидности, разработка индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида.

Пункт 28 (Состояние здоровья гражданина при направлении на медико-социальную экспертизу) должен содержать полноценные осмотры терапевта, инфекциониста, фтизиатра, невролога, хирурга, онколога, окулиста и других специалистов (по медицинским показаниям, в соответствии с выявленной патологией).

В Пункт 29 формы 088/у (Сведения о медицинских обследованиях, необходимых для получения клиничко-функциональных данных в зависимости от заболевания при проведении медико-социальной экспертизы) вносятся результаты лабораторных и инструментальных исследований. Вступил в силу совместный Приказ Минтруда и Минздрава России, который утверждает необходимый перечень обследований при определенных заболеваниях для направления на МСЭ¹. Приведен перечень основных и дополнительных медицинских обследований при кодах МКБ10 B20–B24 Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), и Z21 Бессимптомный инфекционный статус.

Основные медицинские обследования. Консультация врача-инфекциониста, клинический анализ крови развернутый (эритроциты, лейкоциты, лейкоцитарная формула, тромбоциты, ретикулоциты, гемоглобин, среднее содержание и средняя концентрация гемоглобина в эритроцитах, СОЭ), биохимический общетерапевтический анализ крови (общий белок, альбумин, креатинин, АСТ, АЛТ), общий анализ мочи, ЭКГ с расшифровкой, количественное определение РНК вируса иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV-1)

в плазме крови методом ПЦР, исследование CD4⁺-лимфоцитов, исследование CD8⁺-лимфоцитов.

Дополнительные медицинские обследования. Консультация врача-терапевта при сопутствующих хронических заболеваниях внутренних органов, осложняющих течение основного заболевания. Консультация врача-дерматовенеролога, врача-оториноларинголога, врача-стоматолога, врача-невролога, врача-офтальмолога, врача-фтизиатра, врача-психиатра, врача-акушера-гинеколога при наличии органического поражения и оппортунистических инфекций, и инвазий. Консультация врача-гастроэнтеролога при поражении пищеварительной системы. Консультация врача-кардиолога при поражении сердечно-сосудистой системы и наличии оппортунистических инфекций и инвазий. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) — при поражении органов брюшной полости. Ультразвуковое исследование почек при поражении почек. Рентгенография легких — при необходимости уточнения характера поражения органов дыхания. Магнитно-резонансная томография головного мозга при поражении ЦНС.

Заполнение пункта 30 (Диагноз при направлении на медико-социальную экспертизу) предполагает грамотную и квалифицированную формулировку диагноза в соответствии с принятой в Российской Федерации классификацией.

ВИЧ-инфекция характеризуется длительной персистенцией в организме человека, через много лет проявляющейся вторичными поражениями различных органов и систем в результате нарушения иммунной защиты. Развитие оппортунистических и/или онкологических процессов обусловлено снижением количества CD4⁺-клеток [1]. Согласно действующей в России классификации ВИЧ-инфекции (2006 г.) при наличии вторичных заболеваний устанавливается 4 стадия с подразделением в зависимости от тяжести на 4А, 4Б, 4В и указанием фазы: прогрессирования (на фоне отсутствия АРТ или на фоне АРТ при ее недостаточной эффективности) и ремиссии (спонтанной, после ранее проводимой АРТ, на фоне АРТ)².

¹ Приказ Минтруда России № 402н, Минздрава России № 631н от 10.06.2021. Перечень медицинских обследований, необходимых для получения клиничко-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы. Утв. Приказом Минтруда России и Минздрава России от 10.06.2021 г. № 402н/631н. Зарегистр. в Минюсте РФ 29 июля 2021 г. Регистр. № 64450. <https://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=LAW&n=320444&dst=1000000001%2C0#06327540741860369> (дата обращения: 29.03.2021).

² ВИЧ-инфекция у взрослых. Клинические рекомендации. Национальная ассоциация специалистов по профилактике, диагностике и лечению ВИЧ-инфекции. Национальная вирусологическая ассоциация. Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ, 2020 <http://cr.rosminzdrav.ru/schema/79> (дата обращения: 29.03.2021).

Стадия и фаза заболевания устанавливаются только на основании клинических проявлений. Уровень ВН и CD4⁺-лимфоцитов не являются критерием для определения клинической стадии или фазы заболевания, хотя этот показатель принимается во внимание¹. Для стадии 4А характерны бактериальные, грибковые и вирусные поражения слизистых оболочек и кожных покровов, воспалительные заболевания верхних дыхательных путей, потеря массы тела менее 10% от исходной. Чаще всего уровень CD4⁺-лимфоцитов около 350 кл/мкл. В 4Б стадии диагностируют более распространенные и длительные кожные изменения, поражения внутренних органов, периферической нервной системы, локализованную саркому Капоши; отмечается потеря массы тела более 10% от исходного уровня. Признаком перехода в стадию 4Б может быть туберкулез, ограниченный одной анатомической областью: например, туберкулез легких с поражением бронхиальных лимфоузлов или внелегочный с поражением одного органа. Уровень CD4⁺-лимфоцитов составляет 200–350 кл/мкл.

Стадия 4В характеризуется развитием генерализованных вирусных, бактериальных, микобактериальных, грибковых, протозойных, паразитарных заболеваний (в том числе кандидоза пищевода, бронхов, трахеи, легких, пневмоцистной пневмонии), злокачественных опухолей, поражением центральной нервной системы (энцефалопатия, атаксия, очаговые нарушения, деменция), кахексией. Чаще всего стадия 4В развивается у пациентов с уровнем CD4⁺ < 200 кл/мкл.

Диагноз ВИЧ-инфекции должен быть обоснован с привлечением эпидемиологических, клинических и лабораторных данных. При формулировке диагноза указывают стадию и фазу заболевания: прогрессирования (при отсутствии АРТ или на фоне АРТ при ее недостаточной эффективности) и ремиссии (спонтанной, после ранее проводимой АРТ, на фоне АРТ)¹. Необходимо полностью отражать в диагнозе патологический процесс, включать все поражения организма, обусловленные ВИЧ, которые когда-либо диагностировались у пациента; при этом стадия заболевания определяется по наиболее тяжелому состоянию.

Особенностью освидетельствования больных с ВИЧ-инфекцией является то, что степень стойких нарушений функций организма оценивается с учетом стадии заболевания. Согласно Приложению № 1 к Приказу Минтруда России от 27.08.2019 г. № 585 оценка нарушений функций в диапазоне 40% и более, дающая возможность установления инвалидности, начинается с 4А стадии в фазе прогрессирования². Бессимптомный ВИЧ-инфекционный статус, 3 стадия (субклиническая), стадия 4А в фазе ремиссии при количестве CD4⁺ 350 кл/мкл и более рассматриваются как отсутствие или незначительные нарушения функций организма, не дающие оснований для установления инвалидности.

Таким образом, показаниями для направления больных в бюро МСЭ являются: стадия 4А в фазе прогрессирования на фоне АРТ, 4Б, 4В, 5 с умеренными, выраженными и значительно выраженными стойкими нарушениями функций различных органов и систем, обусловленными вторичными заболеваниями: туберкулез, онкологические процессы, саркома Капоши, энцефалопатия, астеноорганический синдром, деменция, кахексия и др.

Грамотно сформулированный диагноз, отражающий всю полноту течения и поражение различных систем организма, дает возможность вынести обоснованное решение в бюро МСЭ.

Несоответствие оформленного диагноза состоянию больного в направлении на МСЭ затрудняет процесс освидетельствования, может привести к неверным заключениям.

Нами выполнен ретроспективный анализ 100 протоколов проведения медико-социальной экспертизы граждан с ВИЧ-инфекцией-СПИДом в учреждениях МСЭ Санкт-Петербурга и других регионов России в период с 2019 по 2020 г. В 27 направлениях на МСЭ (27,0% случаев) стадии ВИЧ-инфекции не соответствовали анамнестическим данным, клинической картине, течению заболевания, результатам лабораторного и инструментального исследования.

У 18 из 27 больных (в 66,7% случаев) не были учтены все обусловленные ВИЧ-инфекцией патологические процессы организма, которые указывались

¹ ВИЧ-инфекция у взрослых. Клинические рекомендации. Национальная ассоциация специалистов по профилактике, диагностике и лечению ВИЧ-инфекции. Национальная вирусологическая ассоциация. Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ, 2020 <http://cr.rosminzdrav.ru/schema/79> (дата обращения: 29.03.2021).

² Приказ Министерства труда и социального развития РФ от 27.08.2019 г. № 585н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы». <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72921006/> (дата обращения: 29.03.2021).

в анамнезе заболевания, в том числе в выписных эпикризах. 12 из этих больных были направлены с 4А (3 человека) или 4Б стадией, хотя имели патологию, характерную для 4В стадии: рак (легких, полости рта), поражения центральной нервной системы (деменция, ВИЧ-эпилепсия, инсульт, энцефалополлинейропатия, менингоэнцефалит) с когнитивными или двигательными нарушениями. У 6 больных в диагнозах были указаны туберкулез легких, генерализованная цитомегаловирусная инфекция и папилломавирус, рецидивирующий гнойный коксит, являющиеся признаками перехода в 4Б стадию, но это расценивалось как 4А стадия ВИЧ-инфекции.

В 9 направлениях из 27 (в 33,3% случаев) наблюдалось безосновательное утяжеление стадии ВИЧ-инфекции с указанием 4В стадии. Наличие лихорадки, орофарингеального кандидоза, анемии, гепатита, цитомегаловирусной инфекции, эритродермального псориаза, туберкулеза одной области поражения, отсутствие онкологических процессов и вовлечения в процесс центральной нервной системы соответствует 4Б стадии ВИЧ-инфекции¹.

Изучен уровень CD4⁺ кл/мкл у 27 рассматриваемых больных. Совпадение выраженности иммунодефицита с указанной в направлении на МСЭ стадией ВИЧ-инфекции отмечено в 44,4% случаев. Это может свидетельствовать о том, что чаще всего уровень CD4⁺ кл/мкл не был определяющим при трактовке стадии ВИЧ-инфекции специалистами МО.

После нашей корректировки клинической стадии с учетом всех проявлений ВИЧ-инфекции оказалось, что совпадение с уровнем иммунодефицита отмечено в 37,0% случаев. Полученные данные согласуются с мнением специалистов Национальной ассоциации по профилактике, диагностике и лечению ВИЧ-инфекции и Национальной вирусологической ассоциации, что уровень вирусной нагрузки и CD4⁺-лимфоцитов не являются критерием для определения клинической стадии или фазы заболевания, хотя этот показатель принимается во внимание².

Приводим примеры оформления направления на МСЭ, иллюстрирующие несоответствие пред-

ставленных анамнестических данных, результатов обследования, осмотров специалистов клиническим диагнозам.

Пример № 1. Больная 34 лет. Освидетельствование в бюро МСЭ 21.12.2020 г. Состоит на учете у врача-инфекциониста с 2010 года. Диагноз направления МО (форма № 088/у): «ВИЧ-инфекция, 4А стадия, фаза прогрессирования на фоне нерегулярного приема АРТ. Орофарингеальный кандидоз. Ангулярный хейлит. Иммуносупрессия CD4⁺-лимфоцитов 110 от 17.11.2020 г. ВИЧ-ассоциированная энцефалопатия. Синдром когнитивных нарушений, поведенческих расстройств. Алкоголизм 2 ст., запойная форма потребления». С 13.02.2020 по 28.02.2020 г. находилась на лечении в инфекционном отделении с диагнозом Острый психоз, который сопровождался бредом и галлюцинациями. После выписки из стационара алкоголь не употребляет. Выраженные когнитивные нарушения. Ходит в сопровождении мужа или сестры. Не понимает обращенную речь. АРТ длительно не принимала. Препарат выдан мужу, который контролирует прием препарата.

Осмотр врача-инфекциониста 17.11.2020 г.: «На приеме с мужем. В сознании. Ориентирована в собственной личности. На вопросы отвечает невпопад. Не следит за временем, эйфорична». Осмотр психиатра 02.11.2020 г.: «За временем не следит, в месте и личности дезориентирована. Беседует неохотно. Мышление в замедленном темпе. Испытывает слуховые и зрительные галлюцинации неприятного характера».

В данном примере диссонансом является диагностированная «стадия 4А» и признаки поражения центральной нервной системы («ВИЧ-ассоциированная энцефалопатия. Синдром когнитивных нарушений, поведенческих расстройств»). Тяжелые заболевания с генерализацией процесса, поражением центральной нервной системы (энцефалопатия, атаксия, очаговые нарушения, деменция) дают основание установить 4В стадию ВИЧ-инфекции². Согласно Приложению № 1 (пп. 1.4.4) Приказа Минтруда России от 27.08.2019 г. № 585 данная стадия с учетом низкого уровня CD4⁺ —

1 ВИЧ-инфекция у взрослых. Клинические рекомендации. Национальная ассоциация специалистов по профилактике, диагностике и лечению ВИЧ-инфекции. Национальная вирусологическая ассоциация. Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ, 2020 <http://cr.rosminzdrav.ru/schema/79> (дата обращения: 29.03.2021).

2 ВИЧ-инфекция у взрослых. Клинические рекомендации. Национальная ассоциация специалистов по профилактике, диагностике и лечению ВИЧ-инфекции. Национальная вирусологическая ассоциация. Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ, 2020 <http://cr.rosminzdrav.ru/schema/79> (дата обращения: 29.03.2021).

лимфоцитов имеет количественную оценку в диапазоне 90–100%. Стойкие значительно выраженные нарушения функций крови и иммунной системы, психических функций вызвали у освидетельствуемой ограничение таких категорий жизнедеятельности, как способность к самостоятельному передвижению, самообслуживанию, общению, ориентации, контролю за своим поведением, трудовой деятельности 3 степени. Эти условия, а также необходимость мер социальной защиты, являются основанием для установления первой группы инвалидности. При 4А стадии ВИЧ-инфекции в фазе прогрессирования стойкое нарушение функций крови и иммунной системы может оцениваться в диапазоне 40–60% (пп. 1.4.2 Приложения № 1), что является одним из условий для определения третьей группы инвалидности. Меры социальной защиты, в том числе финансового характера, зависят от установленной группы инвалидности и степени выраженности ограничений жизнедеятельности. Неверное решение при освидетельствовании ущемляет права инвалида, ограничивая его в получении необходимых социальных услуг. В данном случае требуется дополнительное обследование и консультативные заключения врача-инфекциониста, врача-нарколога, врача-психиатра с уточнением причины когнитивных нарушений, поведенческих расстройств — ВИЧ-ассоциированный синдром, как сформулировано в диагнозе направления, либо он обусловлен алкоголизмом.

Пример № 2. Больной 41 года. Освидетельствование проводилось 18.12.2020 г. заочно согласно Постановлению Правительства РФ от 16.10.2020 № 1697 «О Временном порядке признания лица инвалидом»¹. Все данные взяты из формы № 088/у. Из анамнеза известно, что диагноз ВИЧ-инфекции установлен в 2000 г., хронический вирусный гепатит С — с 2018 г. Наблюдению и лечению привержен не был: центр СПИД не посещал, препараты не получал. Обратился в августе 2020 г. в связи с появившейся одышкой, слабостью, головокружением при привычных физических нагрузках. Трижды стационарное лечение в августе-сентябре, сентябре-октябре, декабре 2020 г. в инфекционной больнице. В Центре лечения СПИД начата АРВТ. Диагноз

направления (из формы 088/у): «Основной: ВИЧ-инфекция, стадия 4А, становление ремиссии на фоне АРВТ. Осложнения: Орофарингеальный кандидоз. Анемия легкой степени. Тромбоцитопения. Энцефалопатия смешанного генеза (ВИЧ, токсическая, метаболическая) 2 ст. с легкой вестибулоатаксией. Полинейропатия смешанного генеза. Сопутствующий: Вирусный гепатит С. Себорейный дерматит. Частичная атрофия зрительного нерва».

Осмотр психолога: «Изменение психических процессов по органическому типу от легкой до умеренной степени, вариант астеноамнестический, уровень реагирования личности выходит за рамки психологического, депрессивность».

Данный пример иллюстрирует неполный объем необходимых исследований при направлении больного в бюро МСЭ. Нет осмотра врача-инфекциониста, невролога, психиатра. При указанных в направлении синдромах поражения периферической нервной системы (полинейропатия смешанного генеза) и головного мозга (энцефалопатия, вестибулоатаксия) стадия 4А ВИЧ-инфекции вызывает сомнение.

Несомненно, в случае отсутствия полного объема необходимых клиничко-функциональных данных учреждение МСЭ имеет право вернуть Форму 088/у в МО для устранения выявленных недостатков и получить ответ не позднее 14 рабочих дней². Однако обременительные для больного дополнительные посещения врачей и вынужденная отсрочка вынесения решения вызывает негативную реакцию и непонимание у освидетельствуемого.

Пример № 3. Больной 59 лет. Освидетельствование 20.03.2020 г. Диагноз в направлении (форма 088/у): «ВИЧ-инфекция, стадия 4А, прогрессирования вторичных заболеваний». Жалобы на выраженную общую слабость, утомляемость, головные боли, головокружение, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, одышку при минимальной физической нагрузке, кашель с незначительным количеством мокроты. Курит в течение 40 лет по пачке сигарет в день.

В 2015 г. впервые выявлена ВИЧ-инфекция, был консультирован в Центре по профилактике и борьбе со СПИД, назначена АРВП, но назначенные препараты больной не принимал. Ухудшение состояния

¹ Постановление Правительства РФ от 16.10.2020 № 1697 «О Временном порядке признания лица инвалидом» (с изменениями и дополнениями). <https://base.garant.ru/74771228/> (дата обращения: 19.11.2021).

² Правила признания лица инвалидом, утв. Постановлением Правительства РФ от 20.02.2006 № 95 (ред. от 26.11.2020) <https://base.garant.ru/12145177/> (дата обращения: 29.03.2021).

отмечает в течение последнего года, когда стала повышаться температура тела до субфебрильных цифр, появился кашель с трудноотделяемой мокротой, стала беспокоить одышка, утомляемость, появление сыпи на коже. С 3.11.2019 г. по 15.11.2019 г. лечился в ЦРБ с диагнозом: Нижнедолевая левосторонняя пневмония. Хронический обструктивный бронхит, обострение. 14.11.2019 г. консультирован в Центре по профилактике и борьбе со СПИД, установлен диагноз: ВИЧ-инфекция, стадия 4А. Назначена АРВТ. При осмотре в бюро МСЭ: Общее состояние удовлетворительное. Индекс массы тела 26,0 кг/м². Контактен, ориентирован в месте, времени, собственной личности. Телосложение правильное. Передвигается самостоятельно, походка не нарушена. Кожные покровы гиперемированы, имеются единичные эрозивные дефекты диаметром около 0,5 см, узелки, корки. Видимые слизистые чистые, влажные, розового цвета. Отеков нет. Лимфатические узлы не пальпируются, кожа над ними не изменена. Щитовидная железа не пальпируется. Язык розовый, влажный. Костно-мышечная система без особенностей. Конфигурация суставов обычная, кожа над ними не изменена. Форма грудной клетки правильная, обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Частота дыхания 20 в минуту. При перкуссии легких над всей поверхностью определяется легочный звук. При аускультации дыхание жесткое, единичные сухие рассеянные хрипы. Границы относительной тупости сердца не расширены. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс на лучевых артериях обеих рук симметричный, ритмичный. ЧСС 82 уд. в минуту, АД 130/80 мм рт.ст. Живот при пальпации безболезненный. Печень определяется по краю реберной дуги, край ее ровный, гладкий. Почки не пальпируются, поколачивание по поясничной области безболезненное.

Результаты лабораторных исследований. Вирусная нагрузка от 11.02.2020 г. менее 250 копий/мл. Уровень CD4⁺-лимфоцитов 123 кл/мкл. Клинический анализ крови от 13.03.2020 г.: гемоглобин 137 г/л, лейкоциты 4,09×10⁹/л, тромбоциты 208×10⁹/л, СОЭ 18 мм/ч. Биохимический анализ крови от 13.03.2020 г.: билирубин 8,6 мкмоль/л, АСТ 56, АЛТ 40, креатинин 79 мкмоль/л. Анализ мокроты на микобактерии туберкулеза от 4.11.2019 г. отрицательный.

Бактериальный посев мокроты на кислотоустойчивые микобактерии от 4.11.2019 г. отриц.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 88 в минуту, ЭОС отклонена влево, снижение восстановительных процессов в миокарде. Рентгенограмма органов грудной клетки — без патологических изменений.

При освидетельствовании данного пациента у специалистов бюро МСЭ возникли следующие вопросы. В чём выражалось «прогрессирование заболевания» и какие «вторичные заболевания» обнаружены у данного больного? Чем подтверждена 4А стадия, для которой характерны бактериальные, грибковые и вирусные поражения слизистых оболочек и кожных покровов, воспалительные заболевания верхних дыхательных путей, потеря массы тела менее 10% от исходной. Данные анамнеза и осмотра показали, что больной не худел, масса тела избыточная (26,0 кг/м²). Кашель, выделение мокроты, сухие хрипы в легких при объективном исследовании, вероятнее всего, являются признаками ХОБЛ на фоне длительного курения, что требует уточнения (функция внешнего дыхания, пульсоксиметрия, ЭхоКГ). Другой патологии в диагнозе и в анамнезе заболевания не отмечено. Нет консультации дерматолога (при осмотре «единичные эрозивные дефекты диаметром около 0,5 см, узелки, корки»). Заключение врача-инфекциониста датировано 2019 годом. Появившиеся вопросы возникли из-за того, что не были выполнены в полном объеме диагностические мероприятия, необходимые для получения клинико-функциональных данных относительно ВИЧ-инфекции и сопутствующих заболеваний у освидетельствуемого. Невозможность оценки характера и степени выраженности нарушения функций организма в силу недостаточной информации потребовало возврата направления в МО с письменным обоснованием устранения выявленных недостатков. МО в течение 14 рабочих дней должна провести необходимые медицинские обследования, дополнить направление и обратно передать в бюро с уведомлением гражданина¹.

Заключение. Таким образом, в соблюдении надлежащего порядка и сроков освидетельствования граждан при установлении инвалидности важная роль принадлежит специалистам МО (инфекционистам, терапевтам, неврологам, психиатрам). Ответственное и профессиональное оформление

¹ Правила признания лица инвалидом, утв. Постановлением Правительства РФ от 20.02.2006 № 95 (ред. от 26.11.2020) <https://base.garant.ru/12145177/> (дата обращения: 29.03.2021).

направления на МСЭ (формы № 088/у) способствует качественному проведению медико-социальной экспертизы и получению гражданином мер социальной защиты в полном объеме.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. ВИЧ-инфекция и СПИД / под ред. В. В. Покровского. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. 696 с. (Серия «Национальные руководства»). [*HIV infection and AIDS* / ed. V. V. Pokrovsky. Moscow: Publishing house GEOTAR-Media, 2020. 696 p. (National Guidelines Series) (In Russ.)]

Поступила в редакцию/Received by the Editor: 30.09.2021 г.

Авторство:

Вклад в концепцию и план исследования — Е. М. Углева, Т. Ю. Ямицкова. Вклад в сбор данных — Е. М. Углева, Т. Ю. Ямицкова. Вклад в анализ данных и выводы — Е. М. Углева, Т. Ю. Ямицкова. Вклад в подготовку рукописи — Е. М. Углева, Т. Ю. Ямицкова.

Сведения об авторах:

Углева Елена Михайловна — к.м.н., доцент кафедры терапии, МСЭ и реабилитации № 1 ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации; 194044, Санкт-Петербург, Большой Сампсониевский пр., д. 11/12; e-mail: uglevaem@mail.ru; SPIN-код: 8589–8371; Author ID: 220013; ORCID 0000–0002–1130–5913;

Ямицкова Татьяна Юрьевна — к.м.н., доцент кафедры терапии, МСЭ и реабилитации № 1 ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации; 194044, Санкт-Петербург, Большой Сампсониевский пр., д. 11/12; e-mail: tania@tim.spb.ru; SPIN-код: 4985–2190; Author ID: 704069.