

Особенности прохождения медико-социальной экспертизы при анкилозирующем спондилите и псориатическом артрите

Дубинина Т.В.¹, Коротаева Т.В.¹, Лиля А.М.^{1,2}

¹ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва;

²кафедра ревматологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва

¹Россия, 115522, Москва, Каширское шоссе, 34А; ²Россия, 125993, Москва, ул. Баррикадная, 2/1, стр.1

Анкилозирующий спондилит (АС) и псориатический артрит (ПсА) — два наиболее распространенных заболевания из группы спондилоартритов (SpA), которые нередко сопровождаются стойкой потерей трудоспособности. Сохранение приемлемого качества жизни, предотвращение развития и прогрессирования структурных изменений опорно-двигательного аппарата, поддержание/нормализация функциональной и социальной активности являются основными целями их терапии. За последние десятилетия внедрение генно-инженерных биологических препаратов позволило достичь значительного успеха в устойчивом контроле активности АС и ПсА. Однако высокая стоимость лечения существенно ограничивает доступ к инновационным препаратам. Особенности лекарственного обеспечения предусматривают назначение этих лекарственных средств при наличии статуса «инвалид», который присваивается на основании результатов медико-социальной экспертизы (МСЭ). Оформление необходимой медицинской документации для осуществления МСЭ — одна из функций врача-ревматолога.

В лекции проанализированы основные нормативные правовые акты Российской Федерации, регулирующие вопросы установления инвалидности, и обсуждены особенности оформления медицинских заключений при направлении пациентов с АС и ПсА на МСЭ.

Ключевые слова: анкилозирующий спондилит; псориатический артрит; инвалидность; медико-социальная экспертиза.

Контакты: Татьяна Васильевна Дубинина; tatiana-dubinina@mail.ru

Для ссылки: Дубинина ТВ, Коротаева ТВ, Лиля АМ. Особенности прохождения медико-социальной экспертизы при анкилозирующем спондилите и псориатическом артрите. Современная ревматология. 2023;17(1):16–23. DOI: 10.14412/1996-7012-2023-1-16-23

Features of medical and social expertise in ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis

Dubinina T.V.¹, Korotayeva T.V.¹, Lila A.M.^{1,2}

¹V.A. Nasonova Research Institute of Rheumatology, Moscow;

²Department of Rheumatology Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, Moscow

¹34A, Kashirskoe Shosse, Moscow 115522, Russia; ²2/1, Barrikadnaya Street, Build. 1, Moscow 125993, Russia

Ankylosing spondylitis (AS) and psoriatic arthritis (PsA) are the two most common diseases from the group of spondyloarthritis (SpA), which are often accompanied by permanent disability. Maintaining an acceptable quality of life, preventing the development and progression of structural changes in the musculoskeletal system, maintaining/normalizing functional and social activity are the main goals of their therapy. Over the past decades, the introduction of biological disease modifying antirheumatic drugs has made it possible to achieve significant success in the sustainable control of AS and PsA activity. However, the high cost of treatment significantly limits access to innovative drugs. Specifics of drug supply call for prescription of these drugs in the presence of the status of "disabled", which is assigned on the basis of the results of the medical and social examination (MSE). Execution of the necessary medical documentation for the implementation of the MSE is one of the functions of a rheumatologist.

The lecture analyzes the main regulatory legal acts of the Russian Federation regulating the issues of establishing disability and discusses peculiarities of medical reports processing when referring patients with AS and PsA to the MSE.

Keywords: ankylosing spondylitis; psoriatic arthritis; disability; medical and social expertise.

Contact: Tatyana Vasilievna Dubinina; tatiana-dubinina@mail.ru

For reference: Dubinina TV, Korotayeva TV, Lila AM. Features of medical and social expertise in ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis. Sovremennaya Revmatologiya=Modern Rheumatology Journal. 2023;17(1):16–23. DOI: 10.14412/1996-7012-2023-1-16-23

Анкилозирующий спондилит (АС) и псориатический артрит (ПсА) — два наиболее распространенных заболевания из группы спондилоартритов (СпА), которые характеризуются общими клиническими, рентгенологическими и генетическими особенностями [1]. Обе нозологии рассматриваются как потенциально тяжелые [2, 3] вследствие развития выраженных структурных изменений в позвоночнике и суставах, наличия внескелетных проявлений (увеит, псориаз, воспалительные заболевания кишечника), высокой частоты коморбидных состояний, в частности сердечно-сосудистой патологии, метаболического синдрома, депрессии, фибромиалгии и др. [4, 5], а также сокращения продолжительности жизни. Потеря трудоспособности является одним из негативных последствий как АС, так и ПсА. По данным М.В. Подрядновой и соавт. [6], 32% больных АС, средний возраст которых составлял $35,4 \pm 10,1$ года, были вынуждены оставить работу из-за болезни, различные группы инвалидности имели 56,4%. При этом средний возраст выхода на инвалидность у этих пациентов равнялся $36,7 \pm 9,7$ года. По данным Общероссийского регистра пациентов с ПсА, общее снижение производительности труда отмечено у 60,8% больных, а стойкое снижение трудоспособности — более чем у трети из них [7]. Наибольший вклад в потерю трудоспособности вносили активность заболевания и выраженность функциональных ограничений [6, 7].

Основной целью лечения аксиального СпА, в том числе АС, и ПсА является максимально долгое сохранение приемлемого качества жизни путем достижения контроля основных симптомов заболевания, предотвращения развития и прогрессирования структурных изменений опорно-двигательного аппарата, поддержания/нормализации функциональной и социальной активности [2, 3]. За последние два десятилетия благодаря новым подходам к диагностике и ведению СпА, внедрению в реальную практику генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП), а затем и таргетных синтетических базисных противовоспалительных препаратов был достигнут значительный успех в устойчивом контроле активности АС и ПсА. Накоплено большое количество доказательств, свидетельствующих о пользе очень раннего назначения ГИБП при этих заболеваниях с целью предотвращения структурных повреждений суставов/позвоночника и инвалидности [8, 9]. Однако высокая стоимость лечения существенно ограничивает доступ к инновационным препаратам во многих странах [10], в том числе в Российской Федерации. В ранее проведенных исследованиях было продемонстрировано, что в нашей стране ГИБП получают в среднем лишь 50–60% пациентов, нуждающихся в такой терапии [11].

Сегодня возмещение затрат на ГИБП обеспечивается из средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования и регламентируется рядом нормативных правовых актов, в частности Федеральным законом (ФЗ) №178-ФЗ [12], а также постановлением Правительства (ПП) Российской Федерации №890 [13], предусматривающими назначение этих лекарственных средств при наличии статуса «инвалид». Признание лица инвалидом и определение его потребности в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, осуществляется на основании результатов медико-социальной экспертизы (МСЭ) [14]. В соответствии с приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 29 января 2019 г. № 50н «Об утверждении профессио-

нального стандарта «Врач-ревматолог» одной из функций врача-ревматолога является проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с ревматическими заболеваниями, в том числе оформление медицинской документации для осуществления МСЭ [15].

В лекции проанализированы основные нормативные правовые акты Российской Федерации, регулирующие вопросы установления инвалидности, и обсуждены особенности оформления медицинских заключений при направлении пациентов с АС и ПсА на МСЭ.

Статья 7 ФЗ №181 «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [14] определяет, что МСЭ «осуществляется исходя из комплексной оценки состояния организма на основе анализа клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических данных освидетельствуемого лица с использованием классификаций и критериев, разрабатываемых и утверждаемых в порядке, определяемом федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере социальной защиты населения». При этом, в отличие от врачей других специальностей, трудовые функции врача-специалиста по МСЭ ограничены [16]. Так, врач-специалист по МСЭ не уполномочен устанавливать клинический диагноз, назначать обследование больному с целью уточнения диагноза или определения тактики терапии, давать рекомендации по лечебным мероприятиям. Кроме того, план медицинской реабилитации формируется в полном соответствии с рекомендациями лечащего врача, указанными в направлении на МСЭ.

На сегодняшний день МСЭ может проводиться в бюро (главное бюро, Федеральное бюро) без личного присутствия гражданина, с личным присутствием гражданина, в том числе с выездом к гражданину по месту его нахождения или дистанционно с применением информационно-коммуникационных технологий [17]. В связи с этим значительно повышаются роль и ответственность медицинских организаций (МО) при установлении и формулировании клинического диагноза, который должен учитывать клинико-функциональное состояние пациента, осложнения и сопутствующую патологию в строгом соответствии с Международной классификацией болезней (МКБ), а также при сообщении сведений о компенсаторных возможностях организма, результатах проведенных реабилитационных или абилитационных мероприятий [18].

Согласно ПП Российской Федерации от 05.04.2022 № 588 «О признании лица инвалидом», МО, независимо от ее организационно-правовой формы, может направить гражданина на МСЭ в соответствии с решением врачебной комиссии при наличии данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, после проведения всех необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий. При этом необходимо письменное согласие гражданина (его законного или уполномоченного представителя) на направление на МСЭ и ее проведение. Вместе с тем на МО возлагается гражданско-правовая ответственность за достоверность и полноту сведений, указанных в направлении на МСЭ в порядке, установленном законодательством Российской Федерации [17].

ЛЕКЦИИ / LECTURES

Таблица 1. Критерии для установления групп инвалидности
Table 1. Criteria for disability degrees

Группа инвалидности	Степень выраженности стойких нарушений функций организма	Количественная оценка, %
Нет	I – стойкие незначительные нарушения	10–30
III	II – стойкие умеренные нарушения	40–60
II	III – стойкие выраженные нарушения	70–80
I	IV – стойкие значительно выраженные нарушения	90–100

Таблица 2. Количественная система оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма, обусловленных АС, у лиц в возрасте 18 лет и старше [19]
Table 2. Quantitative system for assessing the severity of persistent bodily functions damage caused by AS in persons aged 18 years and older [19]

Виды стойких нарушений функций организма	Клинико-функциональная характеристика стойких нарушений функций организма, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами	Количественная оценка, %
Нарушения нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций, сенсорных функций, функций пищеварительной, дыхательной, сердечно-сосудистой систем, системы крови и иммунной системы, эндокринной системы и метаболизма, мочевыделительной функции, функций кожи и связанных с ней систем	Незначительное нарушение функций организма, незначительное нарушение функции позвоночника и/или суставов, отсутствие или низкая степень активности заболевания, ФК I, отсутствие внескелетных проявлений заболевания, отсутствие осложнений заболевания и/или проводимой терапии	10–30
	Умеренное нарушение функции позвоночника и/или суставов при сохраняющейся умеренной или высокой степени активности заболевания, ФК II, наличие внескелетных проявлений заболевания с умеренными нарушениями функций организма, отсутствие осложнений заболевания и/или проводимой терапии	40–60
	Выраженное нарушение функции позвоночника и/или суставов при сохраняющейся умеренной или высокой активности заболевания, ФК III, наличие внескелетных проявлений заболевания, наличие осложнений заболевания и/или проводимой терапии, приводящие к выраженным нарушениям функций организма	70–80
	Значительно выраженные нарушения функций организма, значительно выраженные нарушения функции позвоночника/суставов, ФК IV, наличие внескелетных проявлений заболевания, наличие осложнений заболевания и/или проводимой терапии, приводящие к значительно выраженным нарушениям функций организма	90–100

Примечание. ФК – функциональный класс.

Таблица 3. Количественная система оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма, обусловленных ПсА, у лиц в возрасте 18 лет и старше [19]
Table 3. Quantitative system for assessing the severity of persistent bodily functions damage caused by PsA in persons aged 18 years and older [19]

Виды стойких нарушений функций организма	Клинико-функциональная характеристика стойких нарушений функций организма, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами	Количественная оценка, %
Нарушения нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций, сенсорных функций, функций пищеварительной, дыхательной, сердечно-сосудистой систем, системы крови и иммунной системы, эндокринной системы и метаболизма, мочевыделительной функции, функций кожи и связанных с ней систем	Отсутствие или незначительное нарушение функций организма, отсутствие или незначительное нарушение функции суставов, и/или энтезисов, и/или позвоночника, отсутствие или низкая активность заболевания, отсутствие осложнений заболевания и/или проводимой терапии	10–30
	Умеренное нарушение функции суставов, и/или энтезисов, и/или позвоночника, умеренная активность заболевания, наличие осложнений заболевания и/или проводимой терапии, приводящие к умеренным нарушениям функций организма	40–60
	Выраженное нарушение функции суставов, и/или энтезисов, и/или позвоночника, умеренная или высокая активность заболевания, наличие осложнений заболевания и/или проводимой терапии, приводящие к выраженным нарушениям функций организма	70–80
	Значительно выраженное нарушение функции суставов, и/или энтезисов, и/или позвоночника, независимо от активности заболевания на фоне терапии, множественные эрозии суставов (>5), остеонекрозы крупных суставов при наличии осложнений заболевания и/или проводимой терапии, приводящие к значительно выраженным нарушениям функций организма. Отсутствие ответа на терапию	90–100

ЛЕКЦИИ / LECTURES

Таблица 4. Медицинские обследования, необходимые для получения клиничко-функциональных данных о пациентах с АС и ПсА в целях проведения МСЭ [20]

Table 4. Medical examinations required to obtain clinical and functional data on patients with AS and PsA for the purpose of MSE [20]

Медицинские обследования	Наименование медицинской услуги	Код медицинской услуги	Срок действия
Основные медицинские обследования, общие для пациентов с АС и ПсА	Прием (осмотр, консультация) врача-ревматолога первичный для определения степени нарушения функции суставов	B01.040.001	90 календарных дней
	Общий (клинический) анализ крови развернутый	B03.016.003	60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней при повторном направлении
	Анализ крови биохимический общетерапевтический	B03.016.004	
	Общий (клинический) анализ мочи	B03.016.006	
	Измерение роста	A02.03.005	1 год
	Измерение массы тела	A02.01.001	180 календарных дней
Дополнительные медицинские обследования, общие для пациентов с АС и ПсА	Прием (осмотр, консультация) врача травматолога-ортопеда первичный — при нарушении функции суставов	B01.050.001	60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней при повторном направлении
	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога первичный — при наличии сердечно-сосудистых заболеваний	B01.015.001	
	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный — при поражении внутренних органов	B01.047.001	
Основные медицинские обследования для пациентов с АС	Прием (осмотр, консультация) врача-ревматолога первичный с указанием значений индексов активности (BASDAI и/или ASDAS-CPB), функционального состояния (BASFI, BASMI), числа пораженных энтезисов (MASES)	B01.040.001	90 календарных дней
	Рентгенография позвоночника, специальные исследования и проекции	A06.03.018	2 года
	Исследование уровня СРБ в сыворотке крови	A09.05.009	60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней при повторном направлении
	Рентгенография таза	A06.03.041	2 года
	Прием (осмотр, консультация) врача-нефролога первичный — при патологии почек	B01.025.001	
Дополнительные медицинские обследования для пациентов с АС	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога первичный — при поражении сердечно-сосудистой системы	B01.015.001	
	Эхокардиография — для пациентов, имеющих поражение сердца и аорты в рамках основного заболевания	A04.10.002	60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней при повторном направлении
	Определение количества белка в суточной моче при поражении почек	A09.28.003.002	
	Исследование функции нефронов по клиренсу креатинина (проба Реберга) — при наличии амилоидоза	A12.28.002	
	Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога первичный — при наличии воспалительного заболевания кишечника	B01.004.001	
	Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный — при наличии увеита	B01.029.001	
	Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога первичный	B01.008.001	90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней при повторном направлении
Дополнительные медицинские обследования для пациентов с ПсА	Рентгенография кисти	A06.03.032	180 календарных дней при первичном направлении, 1 год при повторном направлении
	Рентгенография позвоночника с функциональными пробами — при наличии функциональных нарушений позвоночника	A06.03.019	180 календарных дней при первичном направлении, 1 год при повторном направлении
	Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный — при эписклерите/увеите/иридоциклите	B01.029.001	90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней при повторном направлении
	Биомикроскопия глаза — при эписклерите, увеите/иридоциклите	A03.26.001	
	Эзофагогастродуоденоскопия — при наличии эрозивно-язвенного поражения желудочно-кишечного тракта вследствие проводимой терапии	A03.16.001	80 календарных дней при первичном направлении, 1 год при повторном направлении
	Рентгенография таза — при поражении костей таза	A06.03.041	2 года

Примечание. BASDAI — Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index; ASDAS-CPB — Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score по уровню СРБ; BASFI — Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index; BASMI — Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index; MASES — Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesitis Score.

ЛЕКЦИИ / LECTURES

Таблица 5. Положения, которые должны быть отражены при оформлении медицинской документации для проведения МСЭ при АС и ПсА
Table 5. Provisions that should be reflected in medical documentation for MSE in AS and PsA

Признак	Основные положения, которые необходимо учитывать при оформлении медицинской документации для МСЭ
Жалобы	Следует четко описать все жалобы пациента, включая наличие ограничений функций суставов (наличие контрактур, анкилозов, деформаций), и/или позвоночника, и/или энтезисов с указанием степени субъективной оценки выраженности нарушений их функции (незначительная, умеренная, выраженная, значительно выраженная), влияния на самообслуживание, самостоятельное передвижение, профессиональную деятельность и другие категории жизнедеятельности, а также симптомы поражения органов и систем
Анамнез заболевания	Должен содержать информацию обо всех этапах развития и диагностики заболевания, тяжести его течения (выраженность и частота обострений), проведенных диагностических, лечебных, реабилитационных и абилитационных мероприятиях с указанием их эффективности и переносимости, наличии осложнений. Более подробно следует описать состояние пациента в последние 12 мес перед направлением на МСЭ
Анамнез жизни	Должен включать все сопутствующие заболевания и их осложнения в строгом соответствии с действующей МКБ. При наличии ранее установленной инвалидности следует указать год признания пациента инвалидом и группу инвалидности. Важно обозначить профессию пациента (лучше ориентироваться на запись в трудовой книжке), перечислить общее количество дней временной нетрудоспособности за прошедший год, в том числе по причине обострения АС или ПсА, или полную потерю трудоспособности. В этом разделе можно отметить семейное положение пациента, характеристику семьи (полная/неполная/многодетная) и жилья (не имеет жилья / отдельная квартира / комната в коммунальной квартире и т. д.), наличие в жилье удобств, этаж проживания
Объективный осмотр	Должен включать: оценку активности заболевания и функциональных возможностей пациента с применением валидированных методов, используемых при АС [21] и ПсА [22], а также данные о наличии контрактур, анкилозов, деформаций суставов и/или позвоночника; объеме активных и пассивных движений в суставах; характеристику мышечной силы и мышечного тонуса; при отклонениях от нормы — измерение длины и окружности конечностей; использование пациентом основных (кресла-, вело-, мотоцикла и автомобили) и вспомогательных (ходунки, ортезы, трости, костыли) медико-технических средств компенсации нарушений передвижения или посторонней помощи; описание характера походки (нормальная/измененная); данные о нарушении функции сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, эндокринной, мочевыделительной и других систем организма, в том числе если они возникли вследствие осложнений ревматического заболевания или проводимой терапии
Обследования, необходимые для получения клинично-функциональных данных	Должны быть проведены в соответствии с приказом Минтруда России № 402н, Минздрава России № 631н от 10.06.2021 «Об утверждении перечня медицинских обследований, необходимых для получения клинично-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы» (см. табл. 4) [20]
Формулирование клинического диагноза	Диагноз должен соответствовать клиническим рекомендациям, быть развернутым, обязательно отражать стадию и активность заболевания (с указанием значений валидированных индексов), его осложнения, ФК, а также все сопутствующие заболевания с их полной характеристикой и кодом МКБ
Клинический прогноз	При хронических заболеваниях чаще <i>относительно благоприятный</i> — замедление прогрессирования заболевания, удлинение периодов ремиссии и т. п.; <i>сомнительный</i> — неясное течение заболевания; <i>неблагоприятный</i> — невозможность стабилизации состояния здоровья, сдерживания прогрессирования патологического процесса и уменьшения степени нарушения функций организма, приводящих к ограничению жизнедеятельности
Реабилитационный потенциал [23, 24]	Выделяют три уровня: <i>высокий</i> — полное восстановление или высокая степень восстановления конкретного вида жизнедеятельности в процессе реабилитации; <i>удовлетворительный</i> — частичное восстановления конкретного вида жизнедеятельности в процессе реабилитации; <i>низкий</i> — отсутствие или незначительная степень восстановления конкретного вида жизнедеятельности в процессе реабилитации
Реабилитационный прогноз	Различают четыре уровня: <i>благоприятный</i> — возможность полного восстановления нарушенных функций организма и категорий ограничения жизнедеятельности; <i>относительно благоприятный</i> — возможность частичного восстановления нарушенных функций организма и категорий ограничения жизнедеятельности; <i>сомнительный</i> — неясный прогноз; <i>неблагоприятный</i> — невозможность восстановления или компенсации нарушенных функций организма и категорий ограничения жизнедеятельности
Рекомендации по медицинской реабилитации	Необходимо перечислить медикаментозную терапию, подчеркнув постоянную потребность в противовоспалительной и иммуносупрессивной терапии (сочетание препаратов нескольких фармакотерапевтических групп), наличие обострений при ее отмене; указать нуждаемость в физиотерапии, психотерапии, трудотерапии, лечебной физкультуре и т. д., протезировании, ортезировании, санаторно-курортном лечении, обеспечении медико-техническими средствами

К основным категориям жизнедеятельности человека относятся [19]:

- *способность к самообслуживанию* — способность самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе использовать навыки личной гигиены;
- *способность к самостоятельному передвижению* — спо-

собность самостоятельно перемещаться в пространстве, сохранять равновесие тела при передвижении, в покое и при перемене положения тела, пользоваться общественным транспортом;

- *способность к ориентации* — способность к адекватному восприятию личности и окружающей обстановки, оценке ситуации, к определению времени и места нахождения;

• *способность к общению* — способность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки, хранения, воспроизведения и передачи информации;

• *способность контролировать свое поведение* — способность к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально-правовых и морально-этических норм;

• *способность к обучению* — способность к целенаправленному процессу организации деятельности по овладению знаниями, умениями, навыками и компетенциями, приобретению опыта деятельности (в том числе профессионального, социального, культурного, бытового характера), развитию способностей, приобретению опыта применения знаний в повседневной жизни и формированию мотивации к получению образования в течение всей жизни;

• *способность к трудовой деятельности* — способность осуществлять трудовую деятельность в соответствии с требованиями к содержанию, объему, качеству и условиям выполнения работы.

Каждая категория жизнедеятельности имеет три степени выраженности ограничений — от незначительной до неспособности выполнять действие.

Степень выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами, оценивается в диапазоне от 10 до 100%. Выделяют четыре степени выраженности стойких нарушений функций организма, в зависимости от которых лицу, признанному инвалидом, устанавливается I, II или III группа инвалидности (табл. 1) [19]. Критерием для установления инвалидности является нарушение здоровья со II и более степенью выраженности стойких нарушений функций организма (от 40 до 100%), приводящее к ограничению II или III степени выраженности одной из основных категорий жизнедеятельности или I степени выраженности двух и более категорий жизнедеятельности в различных сочетаниях [18].

Количественная оценка степени выраженности стойких нарушений функций костно-мышечной системы при АС и ПсА включает: определение степени выраженности нарушений функций органов и систем организма, суставов (наличие и степень контрактуры, деформаций суставов) и позвоночника (степень ограничения подвижности); рентгенологических изменений в суставах и позвоночнике; клинико-лабораторных показателей активности заболевания с использованием валидированных методов их оценки; характеристику течения и тяжести болезни. Также необходимо учитывать постоянную потребность (объем и виды) в противовоспалительной и иммуносупрессивной терапии (сочетание препаратов нескольких

фармакотерапевтических групп), на фоне которой достигается и сохраняется ремиссия АС или ПсА (табл. 2, 3) [19].

Перечень медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных о больных АС и ПсА в целях проведения МСЭ, представлен в табл. 4 [20].

На основании анализа нормативно-правовых документов были сформулированы положения, которые необходимо отразить при оформлении медицинской документации для осуществления МСЭ при АС и ПсА (табл. 5).

Закключение

• При обсуждении с пациентами вопроса о направлении на МСЭ следует в корректной форме объяснять, что наличие хронического заболевания, его высокая активность, необходимость в дорогостоящем лечении не обязательно влекут за собой потребность в социальной защите и установлении инвалидности. Только стойкое расстройство функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности, является основанием для признания лица инвалидом.

• При наличии данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, пациент может быть направлен на МСЭ по решению врачебной комиссии МО, которая несет гражданско-правовую ответственность за достоверность и полноту сведений, указанных в направлении на МСЭ.

• Перед направлением на МСЭ пациент должен пройти медицинские обследования, необходимые для получения клинико-функциональных данных, которые регламентируются приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 июня 2021 г. № 402н/631н «Об утверждении перечня медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы».

• С введением новых форм прохождения МСЭ, включающих дистанционные методы с применением информационно-коммуникационных технологий, ответственность МО за оформление медицинской документации значительно повышается. В связи с этим форма направления на МСЭ или медицинские заключения, которые в дальнейшем могут использоваться для МСЭ, должны содержать объективную и полную информацию об активности заболевания и нарушении функции суставов и/или позвоночника с применением валидированных индексов, проводимой терапии, включая методы реабилитации и абилитации, ее эффективности и переносимости.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Эрдес ШФ, Бадюкин ВВ, Бочкова АГ и др. О терминологии спондилоартритов. Научно-практическая ревматология. 2015;53(6):657-60. [Erdes ShF, Badokin VV, Bochkova AG, et al. On the terminology of spondyloarthritis. *NauchnoPrakticheskaya Revmatologiya*. 2015;53(6):657-60 (In Russ.)].
2. Ramiro S, Nikiforou E, Sepiano A, et al. ASAS-EULAR recommendations for the management of axial spondyloarthritis: 2022 update. *Ann Rheum Dis*. 2023 Jan;82(1):19-34.

- doi: 10.1136/ard-2022-223296. Epub 2022 Oct 21.
3. Coates LC, Soriano ER, Corp N, et al. Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis (GRAPPA): updated treatment recommendations for psoriatic arthritis 2021. *Nat Rev Rheumatol*. 2022 Aug;18(8):465-79. doi: 10.1038/s41584-022-00798-0. Epub 2022 Jun 27.
4. Fernandez-Carballido C, Martin-Martinez MA, Garcia-Gomez C, et al. Impact of Comorbidity on Physical Function in Patients

- With Ankylosing Spondylitis and Psoriatic Arthritis Attending Rheumatology Clinics: Results From a Cross-Sectional Study. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2020 Jun;72(6):822-8. doi: 10.1002/acr.23910. Epub 2020 May 14.
5. Корсакова ЮЛ, Коротаева ТВ, Логинова ЕЮ и др. Распространенность коморбидных и сопутствующих заболеваний при псориатическом артрите по данным Общероссийского регистра больных псориатическим артритом. Научно-практическая ревматология. 2021;59(3):275-81.

- [Korsakova YuL, Korotaeva TV, Loginova EYu, et al. The prevalence of comorbid and concomitant diseases in psoriatic arthritis patients, data from Russian register. *Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya*. 2021;59(3):275-81 (In Russ.)].
6. Подряднова МВ, Балабанова РМ, Урумова ММ, Эрдес ШФ. Взаимосвязь клинических характеристик анкилозирующего спондилита с трудоспособностью и производительностью труда. *Научно-практическая ревматология*. 2014;52(5):513-9.
- [Podryadnova MV, Balabanova RM, Urumova MM, Erdes ShF. Correlation between clinical characteristics of ankylosing spondylitis and work capacity and productivity. *Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya*. 2014;52(5):513-9. (In Russ.)].
7. Логина ЕЮ, Коротаева ТВ, Корсакова ЮЛ и др. Клинический статус и трудоспособность пациентов, включенных в Общероссийский регистр пациентов с псориатическим артритом. *Современная ревматология*. 2020;14(3):19-26.
- [Loginova EYu, Korotaeva TV, Korsakova YuL, et al. The clinical status and working capacity in patients included in the All-Russian Psoriatic Arthritis Registry. *Sovremennaya Revmatologiya = Modern Rheumatology Journal*. 2020;14(3):19-26. (In Russ.)]. doi:10/14412/1996-7012-2020-3-19-26
8. Combe B, Landewe R, Daien CI, et al. 2016 update of the EULAR recommendations for the management of early arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2017 Jun;76(6):948-59. doi: 10.1136/annrheumdis-2016-210602. Epub 2016 Dec 15.
9. Fragoulis GE, Siebert S. Treatment strategies in axial spondyloarthritis: what, when and how? *Rheumatology (Oxford)*. 2020 Oct 1;59 (Suppl 4):iv79-iv89. doi: 10.1093/rheumatology/keaa435
10. Nikiphorou E, van der Heijde D, Norton S, et al. Inequity in biological DMARD prescription for spondyloarthritis across the globe: results from the ASAS-COMOSPA study. *Ann Rheum Dis*. 2018 Mar;77(3):405-11. doi: 10.1136/annrheumdis-2017-212457. Epub 2017 Dec 8
11. Лиля АМ, Древал РО, Шипицын ВВ. Оценка организации медицинской помощи и лекарственного обеспечения при ревматических заболеваниях и социально-экономического бремени этих болезней в Российской Федерации. *Современная ревматология*. 2018;12(3):112-9.
- [Lila AM, Dreval RO, Shipitsyn VV. Assessment of organization of medical care and drug provision for patients with rheumatic diseases, and the socioeconomic burden of these diseases in the Russian Federation. *Sovremennaya Revmatologiya = Modern Rheumatology Journal*. 2018;12(3):112-9. (In Russ.)]. doi: 10.14412/1996-7012-2018-3-112-119
12. Федеральный закон №178-ФЗ «О государственной социальной помощи».
- [Federal Law No. 178-FZ "On State Social Assistance"]. <http://www.kremlin.ru/acts/bank/14146>
13. Постановление Правительства Российской Федерации №890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения».
- [Decree of the Government of the Russian Federation №890 "On State support for the Development of the Medical industry and improving the Provision of medicines and medical products to the Population and healthcare institutions"]. <http://government.ru/docs/all/11699>
14. Федеральный закон №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».
- [Federal Law №181-FZ "On Social protection of Disabled persons in the Russian Federation"]. <http://www.kremlin.ru/acts/bank/8523>
15. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации №50н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-ревматолог».
- [Order of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation №50n "On approval of the professional standard "Rheumatologist"]. <https://profstandart.rosmintrud.ru/>
16. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации №715н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист по медико-социальной экспертизе».
- [Order of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation №715n "On approval of the professional standard "Specialist in medical and social expertise"]. <https://profstandart.rosmintrud.ru/>
17. Постановление Правительства Российской Федерации №588 «О признании лица инвалидом».
- [Resolution of the Government of the Russian Federation №588 "On recognition of a person as a disabled person"]. <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202204080035>
18. Пузин СН, Меметов СС, Шургая МА, Балека ЛЮ. Особенности организации государственной службы медико-социальной экспертизы на современном этапе. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2016;19(3):159-63.
- [Puzin SN, Memetov SS, Shurgaya MA, Baleka LYU. Features of the organization of public service of medical and social expertise at the present stage. *Mediko-sotsial'naya ekspertiza i reabilitatsiya*. 2016;19(3):1590-63. (In Russ.)].
19. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации №585н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы».
- [Order of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation and the Ministry of Health of the Russian Federation №402n/631n "On approval of the list of medical examinations necessary to obtain clinical and functional data depending on the disease for the purpose of medical and social expertise"]. <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202107290026>
20. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации №402н/631н «Об утверждении перечня медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы».
- [Order of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation and the Ministry of Health of the Russian Federation №402n/631n "On approval of the list of medical examinations necessary to obtain clinical and functional data depending on the disease for the purpose of medical and social expertise"]. <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202107290026>
21. Дубинина ТВ, Гайдукова ИЗ, Годзенко АА и др. Рекомендации по оценке активности болезни и функционального состояния больных анкилозирующим спондилитом в клинической практике. *Научно-практическая ревматология*. 2017;55(4):344-50.
- [Dubinina TV, Gaidukova IZ, Godzenko AA, et al. Guidelines for the assessment of disease activity and functional status in patients with ankylosing spondylitis in clinical practice. *Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya*. 2017;55(4):344-50. (In Russ.)].
22. Коротаева ТВ, Корсакова ЮЛ, Логина ЕЮ и др. Псориатический артрит. Клинические рекомендации по диагностике и лечению. *Современная ревматология*. 2018;12(2):22-35.
- [Korotaeva TV, Korsakova YuL, Loginova EYu, et al. Psoriatic arthritis. Clinical guidelines for diagnosis and treatment. *Sovremennaya Revmatologiya = Modern Rheumatology Journal*. 2018;12(2):22-35. (In Russ.)]. doi: 10/14412/1996-7012-2018-2-22-35
23. Клемешева ЮН, Воскресенская ОН. Реабилитационный потенциал и его оценка при заболеваниях нервной системы. *Саратовский научно-медицинский журнал*. 2009;(1):120-3.
- [Klemesheva YuN, Voskresenskaya ON. Rehabilitation potential and its assessment in diseases of the nervous system. *Saratovskii nauchno-meditsinskii zhurnal*. 2009;(1):120-3. (In Russ.)].
24. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации №27н/36н «Об утверждении формы направления на медико-социальную экспертизу граждан».

альную экспертизу медицинской организации и порядка ее заполнения». [Order of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation and the

Ministry of Health of the Russian Federation №27n/36n "On approval of the referral form for medical and social examination by a medical organization and the procedure for filling

it out"]. <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202211100014>

Поступила/отрецензирована/принята к печати
Received/Reviewed/Accepted
04.10.2022/11.12.2022/15.12.2022

Заявление о конфликте интересов/Conflict of Interest Statement

Исследование проводилось в рамках научной темы №1021051503111-9 «Совершенствование диагностики и фармакотерапии спондилоартритов на основании сравнительных результатов изучения прогностических (в том числе молекулярно-биологических, молекулярно-генетических, клинико-визуализационных) факторов прогрессирования заболевания и уровня качества жизни больных».

Исследование не имело спонсорской поддержки. Конфликт интересов отсутствует. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.

The study was conducted within scientific topic No. 1021051503111-9 "Improving the diagnosis and pharmacotherapy of spondyloarthritis based on comparative results of prognostic (including molecular biological, molecular genetic, clinical imaging) factors of disease progression studying and the level of quality of life of patients."

The investigation has not been sponsored. There are no conflicts of interest. The authors are solely responsible for submitting the final version of the manuscript for publication. All the authors have participated in developing the concept of the article and in writing the manuscript. The final version of the manuscript has been approved by all the authors.

Дубинина Т.В. <https://orcid.org/0000-0002-1771-6246>
Коротаяева Т.В. <https://orcid.org/0000-0003-0579-1131>
Лила А.М. <https://orcid.org/0000-0002-6068-3080>