



МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРИ КОЖНЫХ БОЛЕЗНЯХ

*Методические рекомендации для врачей медицинских
организаций лечебного профиля*



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

УДК: 614

ББК: 51.13

Авторы:

заместитель руководителя Федерального центра научно-методического и методологического обеспечения развития системы комплексной реабилитации и абилитации ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России, врач по медико-социальной экспертизе, **А. А. Ярков**

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

Рецензент:

ректор ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России, д. м. н., доцент, **О. Н. Владимирова**

Оформление:

М. А. Гольцов

Методические рекомендации адресованы врачам дерматовенерологам, терапевтам, педиатрам, врачам общей практики, студентам медицинских вузов, а также пациентскому сообществу и широкому кругу лиц, заинтересованных в изучении проблемы медико-социальных аспектов болезней кожи и подкожной клетчатки.

Содержание

Введение	5
1. Основы медико-социальной экспертизы	6
1.1. Инвалидность и МСЭ: общие понятия	6
Инвалидность с правовой и научной точки зрения	6
Федеральные учреждения МСЭ	8
Основные нормативные правовые акты, применяемые при проведении МСЭ	8
1.2. Направление пациента на медико-социальную экспертизу	9
Кто направляет пациента на МСЭ	9
Как пациент направляется на МСЭ	10
В каких случаях форма направления на МСЭ может быть возвращена в медицинскую организацию	11
Какие еще документы необходимы для получения услуги по МСЭ	12
1.3. Проведение медико-социальной экспертизы	13
Как проводится МСЭ	13
Сроки принятия решений бюро МСЭ	14
1.4. Общие критерии установления инвалидности, групп инвалидности, категории «ребенок-инвалид», причины и сроки установления инвалидности	15
Основные виды стойких расстройств функций организма человека	15
Основные категории жизнедеятельности человека и их ограничения	17
Критерии установления инвалидности, групп инвалидности и категории «ребенок-инвалид»	18
Причины инвалидности	19
Сроки установления инвалидности	19
1.5. Переосвидетельствование граждан, признанных инвалидами	21
1.6. Обжалование решений федеральных учреждений медико-социальной экспертизы	21
2. Медико-социальная экспертиза при основных инвалидизирующих кожных болезнях	22
2.1. Особенности заполнения формы направления на медико-социальную экспертизу медицинской организацией при кожных болезнях	22
2.2. Перечень обследований при направлении на медико-социальную экспертизу пациентов с кожными болезнями	24
Общие обследования при всех болезнях кожи	24
Обследования при atopическом дерматите	26
Обследования при псориазе	26
2.3. Критерии установления инвалидности при основных инвалидизирующих кожных болезнях	27
Критерии установления инвалидности при atopическом дерматите	27
Критерии установления инвалидности при псориазе	28

Использованные сокращения

АТД	— атопический дерматит
ВК	— врачебная комиссия (медицинской организации)
ЕГИСЗ	— Единая государственная информационная система здравоохранения
МСЭ	— медико-социальная экспертиза
ЕПГУ	— Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)
ИС	— иммуносупрессивная (терапия)
ИПРА	— индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида)
НФС	— показатель нарушения функции суставов
МКФ	— Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья
ОЖД	— ограничения жизнедеятельности
ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России, Федеральное бюро МСЭ	— Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации
BASDAI	— показатель активности при анкилозирующем спондилите
PASI	— индекс тяжести поражения псориазом
SCOPAD	— система оценки проявлений и тяжести атопического дерматита

Введение

Вопросы инвалидности вследствие болезней кожи и подкожной клетчатки являются одними из наиболее сложных в практике врачей лечебного профиля.

Это связано с тем, что инвалидность, ее группа, сроки, причины устанавливаются в результате проведения особого вида медицинской экспертизы — медико-социальной экспертизы (МСЭ), которую уполномочены проводить только федеральные учреждения МСЭ, подведомственные Минтруду России (в отдельных случаях — Федеральному медико-биологическому агентству России).

В отличие от других видов медицинских экспертиз вопросы МСЭ регулируются специальным федеральным законом — «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»¹ и большим количеством нормативных правовых актов, принятых в развитие его положений.

Современный врач лечебного профиля, работая в правовом поле федерального законодательства об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации², к сожалению, нередко обладает недостаточными теоретическими и практическими знаниями в вопросах экспертной оценки социальной недостаточности пациента, вызванной заболеваниями, последствиями травм, дефектами.

Как показывает мониторинг, проведенный Федеральным бюро МСЭ, настоящее время основы МСЭ в медицинских вузах в рамках освоения программ специалитета преподаются в недостаточном объеме или не преподаются вовсе, а в рамках освоения программ ординатуры эти вопросы изучаются достаточно фрагментарно и, как правило, без привлечения к образовательному процессу компетентных специалистов в области МСЭ.

Настоящие методические рекомендации разработаны в целях устранения пробелов знаний у врачей лечебного профиля в вопросах медико-социальной экспертизы и медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие болезней кожи и подкожной клетчатки.

Следует отметить, что болезни кожи и подкожной клетчатки (класс L00-L99 по МКБ-10 или класс 14 по МКБ-11) являются не самыми частыми причинами наступления инвалидности у взрослого и детского населения Российской Федерации, что, тем не менее, не снимает остроты проблемы.

По данным Федерального бюро МСЭ, к полномочиям которого относится мониторинг и статистический учет вопросов инвалидности в стране, из 10,2 млн. взрослых инвалидов, проживающих в Российской Федерации, только 16,7 тыс. человек (0,2%) являются инвалидами вследствие кожных болезней или врожденных аномалий развития кожи. Среди этих болезней лидирует псориаз (68%), атопический дерматит (11,6%), другие болезни (в первую очередь ихтиоз) суммарно — 20,4%.

Что касается детей-инвалидов, то из 728 тыс. человек в целом по Российской Федерации инвалидами вследствие кожных болезней или врожденных аномалий развития кожи является всего 0,5% человек. Преобладают дети-инвалиды

1 Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»

2 Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

вследствие атопического дерматита — 59,5%. На втором месте в качестве причины инвалидности — псориаз — 23,5%. Остальные болезни (в первую очередь, ихтиоз и буллезный эпидермолиз) суммарно — 17%³.

Такая структура взрослой и детской инвалидности в Российской Федерации обусловила содержание настоящих методических рекомендаций, последовательно рассматривающих связь клинических проявлений кожных болезней с потенциальной или развившейся социальной недостаточностью у пациентов разных возрастов с псориазом и атопическим дерматитом.

В первом разделе настоящих методических рекомендаций описаны общие вопросы методологии МСЭ при кожных болезнях.

Во втором разделе освещены практические вопросы направления на МСЭ медицинскими организациями пациентов дерматологического профиля, критериев, применяемых в бюро МСЭ при проведении экспертизы таких пациентов, нормативной правовой и научно-методической базы для решений, принимаемых федеральными учреждениями МСЭ при освидетельствовании пациентов, страдающих указанными выше патологиями.

Коллектив авторов выражает надежду на то, что методические рекомендации станут удобным и надежным навигатором для практикующего врача дерматовенеролога, врача терапевта, врача педиатра, врача общей практики, заинтересованных в повышении социальной защищенности и качества жизни своих пациентов.

1. Основы медико-социальной экспертизы

Приведенная ниже краткая справочная информация позволит врачу лечебного профиля ближе познакомиться с правовыми и методическими основами современной медико-социальной экспертизы.

1.1. Инвалидность и МСЭ: общие понятия

Инвалидность с правовой и научной точки зрения

Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (**далее — Закон**) определяет понятие «инвалид» следующим образом:

«Инвалид — лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты» (статья 1 Закона).

Другими словами, инвалид — это особый юридический статус человека, который связан не просто с нарушениями его здоровья, но и со стойкими затруднениями в осуществлении привычной жизнедеятельности, что вызывает необходимость социальной защиты такого человека.

³ Состояние и динамика инвалидности, комплексная реабилитация и абилитация инвалидов в Российской Федерации: ежегодный доклад / под ред. М. А. Дымочки. — М.: ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России, 2022. — 436 с.

Статьей 1 Закона вводится еще одно ключевое для понимания вопросов инвалидности понятие — «ограничения жизнедеятельности» (ОЖД):

«Ограничение жизнедеятельности — полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью» (статья 1 Закона).

Если стойкие нарушения функций организма человека, вызванные заболеванием, являются медицинским критерием инвалидности, то ОЖД — это именно социальный критерий, характеризующий последствия болезни для базового социального функционирования человека.

Такой подход соответствует общемировому пониманию инвалидности, нашедшему свое отражение в **Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья ВОЗ (МКФ)**⁴.

В настоящее время **МКФ** является универсальным языком специалистов в области инвалидности и реабилитации. Она активно используется не только в социальной сфере, но и в здравоохранении, когда речь идет о медицинской реабилитации пациентов.

Инструменты **МКФ** позволяют сформулировать клинический (нозологический) диагноз с точки зрения затруднений, которые человек с данным диагнозом испытывает в повседневной жизни.

Современная медико-социальная экспертиза основана на адаптированных для использования в Российской Федерации положениях **МКФ**.



Федеральные учреждения МСЭ

В соответствии со **статьями 7 и 8 Закона** инвалидность гражданам устанавливается по итогам проведения МСЭ, которую уполномочены проводить только федеральные учреждения МСЭ.

Это главные бюро МСЭ по субъектам Российской Федерации, находящиеся в прямом подчинении Минтруда России, и их филиалы в городах и районах. Кроме того, на отдельных территориях осуществляет свою деятельность главное бюро МСЭ Федерального медико-биологического агентства, также имеющее филиалы в городах страны, где расположены особые производства.

Все главные бюро МСЭ работают в едином правовом и методическом поле.

Контроль за решениями главных бюро в регионах осуществляет Федеральное бюро МСЭ, расположенное по адресу: г. Москва, ул. Ивана Сусанина, д. 3.

В полномочия федеральных учреждений МСЭ входит:

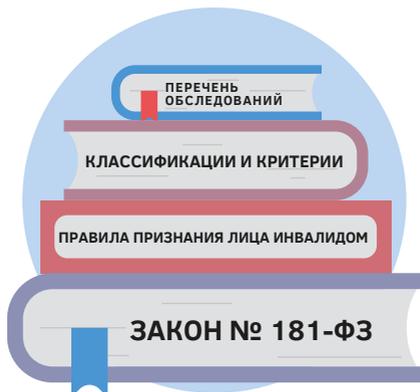
- *установление инвалидности, ее причин, сроков, времени наступления инвалидности, потребности инвалида в различных видах социальной защиты, разработка индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов (ИПРА);*
- *определение степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах вследствие профессиональных заболеваний и несчастных случаев на производстве, разработка программ реабилитации пострадавших и др.*

Основные нормативные правовые акты, применяемые при проведении МСЭ

В рамках реализации различных положений **Закона** утверждены и действуют десятки нормативных правовых актов — это постановления и распоряжения Правительства РФ, приказы Минтруда и Минздрава России, в том числе совместные.

При этом три нормативных правовых акта являются ключевыми для принятия бюро МСЭ решения об установлении инвалидности:

- *постановление Правительства РФ от 5 апреля 2022 г. № 588 «О признании лица инвалидом» (вместе с «Правилами признания лица инвалидом») (далее — **Правила**), которое детализирует процедуру проведения МСЭ;*
- *приказ Минтруда России № 402н, Минздрава России № 631н от 10 июня 2021 г. «Об утверждении перечня медицинских обследований, необходимых для получения клиничко-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы» (далее — **Перечень обследований**), регламентирующий медицинские обследования, которые нужно провести в медицинской организации перед направлением пациента на МСЭ;*
- *приказ Минтруда России от 27 августа 2019 г. № 585н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» (далее — **Классификации и критерии**), которым утверждены основания для установления той или иной группы инвалидности при различных инвалидизирующих заболеваниях, включая болезни кожи и подкожной клетчатки.*



В дальнейшем наиболее часто в настоящих методических рекомендациях будут приведены ссылки именно на эти документы.

1.2. Направление пациента на МСЭ

Кто направляет пациента на МСЭ



Новая редакция Правил существенно отличается от редакции, действовавшей до 1 июля 2022 года (утв. постановлением Правительства РФ от 20 февраля 2006 г. № 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом»).

В соответствии с **пунктом 17 действующей редакции Правил** гражданина на МСЭ направляет только медицинская организация независимо от ее организационно-правовой формы в соответствии с решением врачебной комиссии (ВК) медицинской организации при наличии данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, после проведения всех необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий с письменного согласия гражданина (его законного или уполномоченного представителя) на направление и проведение МСЭ.

То есть в медицинской организации, в которой наблюдается и получает лечение пациент, ему должен быть проведен определенный объем диагностических и лечебных процедур, необходимый как для верификации диагноза основного заболевания и его осложнений, так и подтверждающих стойкость нарушений функций организма.

Этот объем обследований определяется клиническими рекомендациями для каждой нозологической формы заболевания.

Лечащий врач представляет медицинские документы пациента на ВК, которая принимает решение о возможности направления гражданина на МСЭ, а также о необходимости его дообследования в соответствии с требованиями **Перечня обследований**.

Вместе с тем, **Перечень обследований** по своему содержанию соотнесен с клиническими рекомендациями для соответствующих заболеваний, поэтому если врач в своей лечебной и диагностической тактике следовал клиническим рекомендациям, то проведение дополнительных обследований, скорее всего, не потребуется.



Согласно требованиям пункта 17 Правил между заседанием ВК и оформлением направления пациента на МСЭ должно пройти не более 30 дней.

Как пациент направляется на МСЭ

Форма направления МСЭ медицинской организацией и порядок ее заполнения регламентированы приказом **Минтруда России № 488н, Минздрава России № 551н от 12 августа 2022 г.** В соответствии с номенклатурой данная форма имеет **№ 088/у**.

Форма № 088/у формируется в информационной системе медицинской организации и направляется в бюро МСЭ в электронном виде с использованием функционала Единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ).



С 1 июня 2023 г. возможность направления формы № 088/у на бумажном носителе полностью исключается.

Действующей редакцией **Правил** не предусмотрена подача пациентом заявления на проведение МСЭ в целях установления группы инвалидности, категории «ребенок-инвалид», разработки ИПРА и других основных причин обращения граждан в бюро МСЭ.

Вместо этого в медицинской организации оформляется **форма согласия гражданина (его законного или уполномоченного представителя) на направление и проведение МСЭ** (утв. приказом Минздрава России от 7 июня 2022 г. № 385н).



В согласии на направление и проведение МСЭ гражданин (его законный или уполномоченный представитель) указывает предпочтительную форму проведения МСЭ (с его личным присутствием или без его личного присутствия) и информирует о предпочтительном способе получения уведомления о проведении МСЭ.

С 1 февраля 2023 г. предусмотрена возможность направления **формы согласия** в форме электронного документа через личный кабинет гражданина на Едином портале государственных и муниципальных услуг (функций) (ЕПГУ).

Если у гражданина нет личного кабинета на ЕПГУ или ему по каким-либо причинам неудобно его использовать, то **форма согласия** оформляется пациентом в медицинской организации и передается медицинской организацией в бюро МСЭ вместе с **формой № 088/у** в электронном виде через ЕГИСЗ.

Медицинская организация уведомляет пациента о передаче указанных выше документов в бюро МСЭ, которое, в свою очередь, уведомит пациента:

- о регистрации документов;
- о дате, времени и форме проведения МСЭ;
- в случае его возврата **формы № 088/у** в медицинскую организацию — о таком возврате и его причинах.

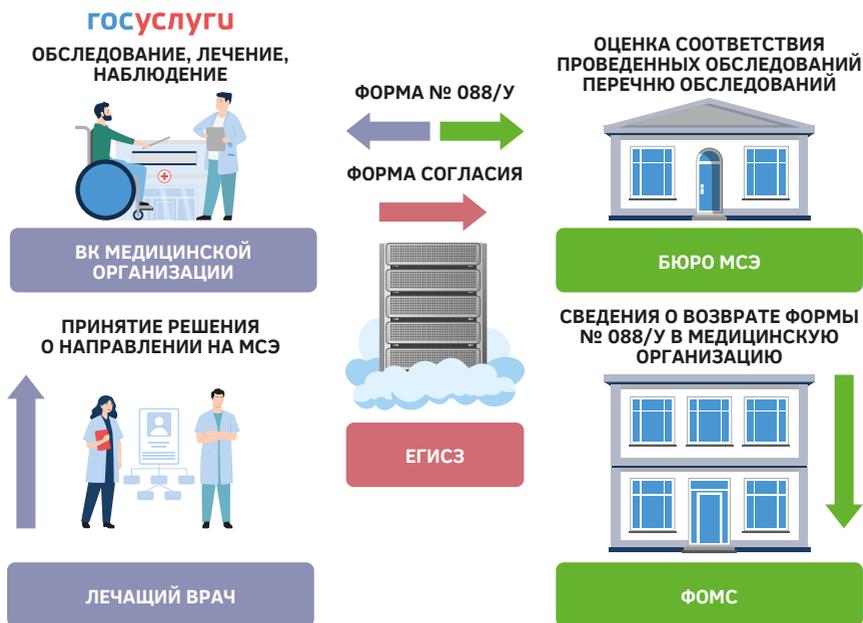
В каких случаях форма направления на МСЭ может быть возвращена в медицинскую организацию

Действующими нормативными правовыми актами предусмотрено лишь одно основание для возврата формы 088/у в медицинскую организацию — несоответствие объема фактически проведенных пациенту обследований требованиям **Перечня обследований (приказ Минтруда России от 20 июня 2022 г. № 360н «Об утверждении формы и состава сведений уведомления о причинах возврата направления на медико-социальную экспертизу в медицинскую организацию»)**.

Соблюдение медицинской организацией требований **Перечня обследований** в условиях ежегодного увеличения доли экспертиз, проводимых заочно (без личного присутствия гражданина), является принципиально важным для принятия бюро МСЭ объективного решения об установлении гражданину инвалидности.



Сведения о возврате формы № 088/у в медицинскую организацию направляются бюро МСЭ в территориальный фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС) региона, который предпринимает в отношении медицинской организации соответствующие меры в рамках своих полномочий.



Какие еще документы необходимы для получения услуги по МСЭ

При проведении МСЭ с личным присутствием гражданина (очно) в целях установления группы инвалидности, категории «ребенок-инвалид», разработки ИПРА — необходимы только документы, удостоверяющие личность пациента, и по желанию — страховой номер его индивидуального лицевого счета (СНИЛС).

Если при проведении очной МСЭ присутствует законный или уполномоченный представитель пациента — также нужны документы, удостоверяющие его личность и право представления интересов освидетельствуемого лица (для родителей несовершеннолетних детей этот документ не нужен, для опекунов и попечителей несовершеннолетних или недееспособных совершеннолетних необходим соответствующий документ из органа опеки и попечительства, для дееспособных совершеннолетних — нотариальная доверенность на право представления интересов).

При других целях проведения МСЭ могут потребоваться другие документы.



Во всех случаях полис обязательного медицинского страхования гражданина (полис ОМС) при получении услуги по МСЭ не требуется.

Более детально данные вопросы раскрыты в приказе Минтруда России от 30 декабря 2020 г. № 979н «Об утверждении Порядка организации и деятельности федеральных учреждений медико-социальной экспертизы» (далее — Порядок организации и деятельности бюро МСЭ).

1.3. Проведение медико-социальной экспертизы

Как проводится МСЭ

В условиях возрастающего числа заочных экспертиз (без личного присутствия пациента) МСЭ проводится преимущественно путем изучения врачами-экспертами представленных медицинской организацией документов.



Начиная с 1 января 2024 г. в целях повышения объективности принимаемых решений Правилами вводится обезличенный характер заочных экспертиз — без доступа специалистов бюро МСЭ к персональным данным пациента и его законного (уполномоченного) представителя.

Вместе с тем, по желанию пациента или в особых случаях, предусмотренных **Правилами**, МСЭ проводится очно. Например, очно МСЭ проводится всегда, если целью экспертизы является разработка новой ИПРА инвалида или если пациент является получателем социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания.

Очная форма освидетельствования подразумевает как явку пациента в бюро МСЭ, так и (в случае, если по тяжести состояния или иным объективным причинам пациент явиться не может) — выезд по месту его жительства (нахождения) специалистов бюро МСЭ.



Начиная с 1 июня 2023 г. Правилами предусмотрена новая форма проведения МСЭ с личным присутствием пациента — дистанционно с использованием информационно-компьютерных технологий.

Данной формой можно будет воспользоваться в том числе при обжаловании решений первичных и главных бюро МСЭ в вышестоящие инстанции для удобства пациентов (Приказ 316Н от 20 апреля 2023 г.).

В случае очной экспертизы специалистами бюро МСЭ проводятся необходимые медико-экспертные процедуры — беседа, осмотр, физикальные методы обследования, инструментальные исследования на специальном диагностическом оборудовании.

В соответствии с положениями пункта 32 Правил даже в случае, если пациент указал предпочтительную форму проведения МСЭ без личного присутствия, специалисты бюро МСЭ могут изменить форму освидетельствования на очную по следующим основаниям:

при невозможности удостовериться в полноте и достоверности сведений, содержащихся в представленных документах;

в случае выявления несоответствий между данными исследований и заключениями специалистов, направляющих гражданина на МСЭ, о степени выраженности стойких нарушенных функций организма, обусловленных заболеваниями, последствиями травм и дефектами;

при необходимости обследования гражданина с применением специального диагностического оборудования, специальных медико-социальных экспертных методик и технологий для уточнения структуры и степени выраженности ограничений жизнедеятельности, функциональных нарушений, реабилитационного потенциала.



Статья 7 Закона прямо указывает на то, 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**. Аналогичное положение содержится в **Правилах**.



Сроки принятия бюро МСЭ решений

В **пункте 30 Порядка организации и деятельности бюро МСЭ** предусматривается, что срок проведения экспертизы не должен превышать 30 дней со дня регистрации в бюро **формы № 088/у**.

Мониторинг, проведенный Федеральным бюро МСЭ в 2022 году, показал, что средние фактические сроки проведения МСЭ составляют 7 дней при простых случаях МСЭ и 10 дней при сложных случаях, требующих составления программы дополнительного обследования гражданина.

1.4. Общие критерии установления инвалидности, групп инвалидности, категории «ребенок-инвалид», причины и сроки установления инвалидности

Основные виды стойких расстройств функций организма человека

В соответствии с **Классификациями и критериями** выделяются 6 основных видов стойких расстройств функций организма человека, вызванных заболеваниями, последствиями травм, дефектами:

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

Степень выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами, оценивается в процентах и устанавливается в диапазоне от 10 до 100, с шагом в 10 процентов.

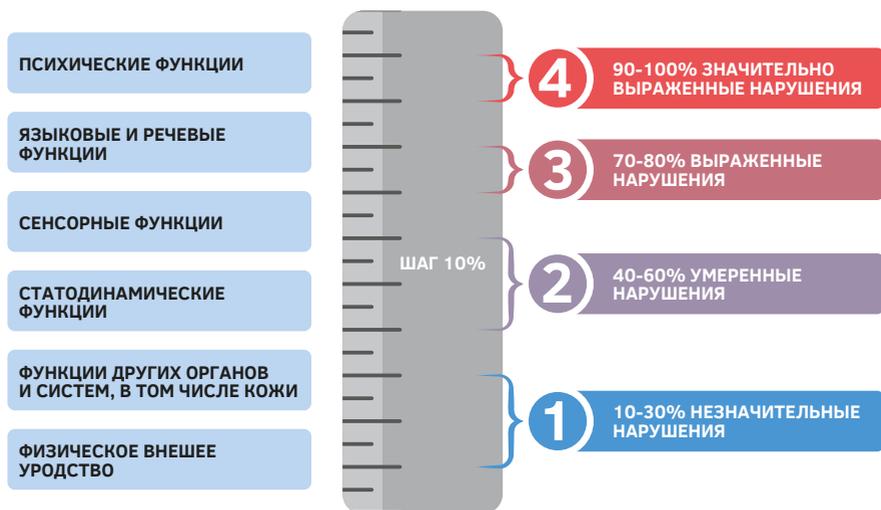
Выделяются 4 степени выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами:

- **I степень** — стойкие незначительные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в диапазоне от 10 до 30 процентов;
- **II степень** — стойкие умеренные нарушения функций организма

человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в диапазоне от 40 до 60 процентов;

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

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



Задача бюро МСЭ на первом этапе квалифицированно оценить, к каким стойким нарушениям функций организма человека привели имеющиеся у него заболевания, последствия травм, дефекты и какова степень выраженности данных нарушений.

Для этого применяются два приложения к **Классификациям и критериям**:

- приложение 1: Количественная система оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма **граждан в возрасте 18 лет и старше**, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами (в процентах, применительно к клинко-функциональной характеристике стойких нарушений функций организма человека);

- приложение 2: Количественная система оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма **ребенка в возрасте до 18 лет**, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами (в процентах, применительно к клинко-функциональной характеристике стойких нарушений функций организма человека).

У освидетельствуемого лица в зависимости от заболевания и его осложнений могут быть установлены нарушения нескольких функций организма разной степени выраженности, но только одно из них будет квалифицировано как основное.

Основные категории жизнедеятельности человека и их ограничения

Задача второго этапа — определить к ограничениям каких основных категорий жизнедеятельности освидетельствуемого лица привели нарушения функций организма.

К 7 основным категориям жизнедеятельности человека **Классификации и критерии** относят:

- способность к **самообслуживанию**;
- способность к **самостоятельному передвижению**;
- способность к **ориентации**;
- способность к **общению**;
- способность **контролировать свое поведение**;
- способность к **обучению**;
- способность к **трудовой деятельности**.

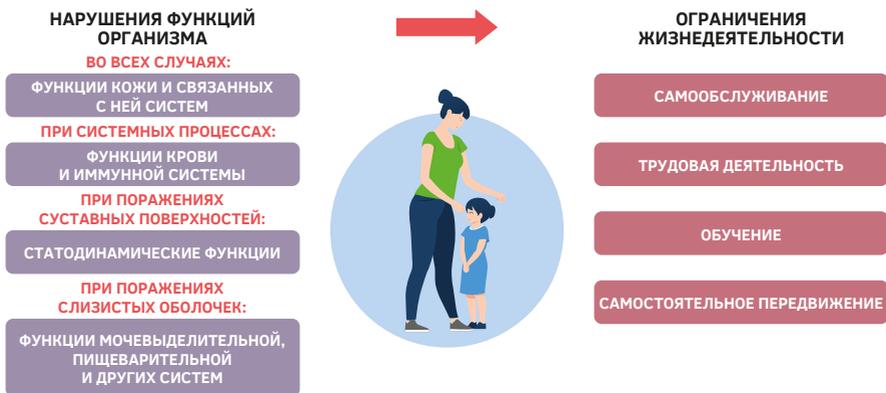
Выделяются 3 степени выраженности ограничений каждой из основных категорий жизнедеятельности человека:

- **1 степень**;
- **2 степень**;
- **3 степень**.

В Классификациях и критериях приведено четкое определение каждой из категорий жизнедеятельности и критерии установления степеней ограничений по каждой из них.



Для иллюстрации материала данного раздела ниже приведены стойкие нарушения функций организма и связанные с ними ограничения жизнедеятельности, которые могут быть установлены у пациентов с наиболее распространенными кожными болезнями при проведении МСЭ.



Критерии установления инвалидности, групп инвалидности и категории «ребенок-инвалид»

В соответствии с **Классификациями и критериями** для установления инвалидности у взрослых и детей применяются следующие критерии:

- *Критерием для установления инвалидности лицу в возрасте 18 лет и старше является нарушение здоровья со II и более выраженной степенью выраженности стойких нарушений функций организма человека (в диапазоне от 40 до 100 процентов), обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению 2 или 3 степени выраженности одной из основных категорий жизнедеятельности человека или 1 степени выраженности ограничений двух и более категорий жизнедеятельности человека в их различных сочетаниях, определяющих необходимость его социальной защиты.*
- *Критерием для установления инвалидности лицу в возрасте до 18 лет является нарушение здоровья со II и более выраженной степенью выраженности стойких нарушений функций организма человека (в диапазоне от 40 до 100 процентов), обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению любой категории жизнедеятельности человека и любой из трех степеней выраженности ограничений каждой из основных категорий жизнедеятельности, определяющих необходимость социальной защиты ребенка.*

Как указано в **статье 1 Закона**, в зависимости от степени расстройства функций организма лицам, признанным инвалидами, устанавливается группа инвалидности, а лицам в возрасте до 18 лет устанавливается категория «ребенок-инвалид».

В соответствии с **Классификациями и критериями** основаниями для установления групп инвалидности и категории «ребенок-инвалид» являются определенные степени выраженности стойких нарушений здоровья человека:

- Критерием для установления **первой группы инвалидности** является нарушение здоровья человека с IV степенью выраженности стойких нарушений функций организма человека (в диапазоне от 90 до 100 процентов), обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами.
- Критерием для установления **второй группы инвалидности** является нарушение здоровья человека с III степенью выраженности стойких нарушений функций организма (в диапазоне от 70 до 80 процентов), обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами.
- Критерием для установления **третьей группы инвалидности** является нарушение здоровья человека со II степенью выраженности стойких нарушений функций организма (в диапазоне от 40 до 60 процентов), обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами.
- **Категория «ребенок-инвалид»** устанавливается при наличии у ребенка II, III либо IV степени выраженности стойких нарушений функций организма (в диапазоне от 40 до 100 процентов), обусловленных заболеваниями, последствиями травм и дефектами.

Причины инвалидности

В соответствии с **пунктом 15 Правил** в случае признания гражданина инвалидом ему устанавливается та или иная причина инвалидности.

Причина инвалидности — это один из факторов, оказывающих влияние на объем и характер мер социальной защиты и социальной поддержки инвалида.

Всего **Правилами** предусмотрено 17 причин инвалидности, самыми распространенными среди которых являются «общее заболевание», «инвалидность с детства», «профессиональное заболевание», «военная травма».



Порядок установления причин инвалидности регламентирован приказом Минтруда России от 16 февраля 2023 г. № 90н.

Причина инвалидности «общее заболевание» устанавливается гражданам, инвалидность которых наступила вследствие нарушения здоровья, обусловленного заболеваниями, последствиями травм или дефектов, при отсутствии документов, подтверждающих факт профессионального заболевания, инвалидности с детства, военной травмы или других предусмотренных законодательством Российской Федерации обстоятельств, явившихся причиной инвалидности.

Сроки установления инвалидности

Сроки установления инвалидности являются одним из самых сложных вопросов МСЭ с точки зрения их правовой регламентации.

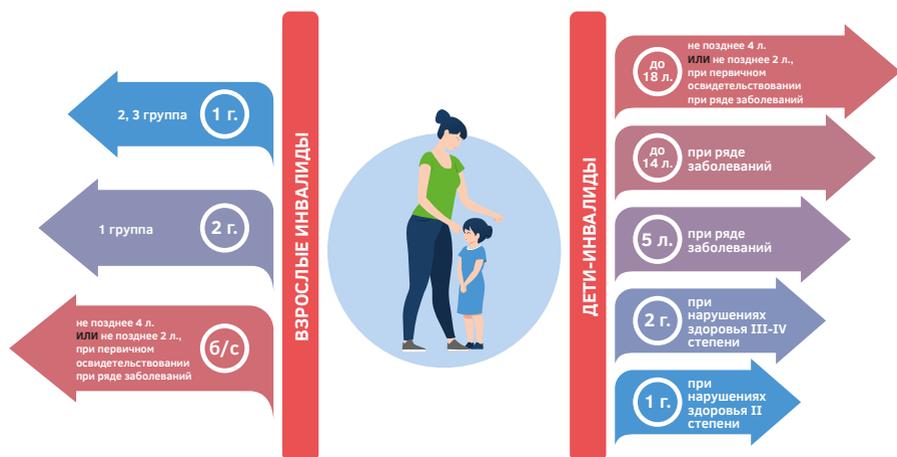
Вместе с тем, они четко определены **пунктами 8-14 Правил и приложением к Правилам.**

Группа инвалидности у лиц в возрасте 18 лет и старше может быть установлена на 1 год (2 и 3 группы инвалидности) или на 2 года (1 группа инвалидности), а также без указания срока переосвидетельствования (бессрочно).

При этом в зависимости от конкретного заболевания и его тяжести у взрослых граждан любая группа инвалидности может быть установлена бессрочно уже при первичном освидетельствовании или не позднее 2 лет после первичного признания инвалидом, во всех остальных случаях — не позднее 4 лет после первичного признания инвалидом.

У детей категория «ребенок-инвалид» устанавливается на 1 год, 2 года, 5 лет, до достижения возраста 14 лет. Инвалидность сразу до 18 лет устанавливается при первичном освидетельствовании или не позднее 2 или 4 лет после первичного признания ребенка инвалидом.

Сроки установления инвалидности у детей также связаны с нозологической формой заболевания и тяжестью вызванных им нарушений функций организма.



Что касается кожных болезней, то при данной группе нозологий в основном действует общее правило установления сроков инвалидности — на 1 год в случае установления 2 или 3 группы инвалидности (у детей — при умеренных нарушениях функций) или на 2 года в случае установления 1 группы инвалидности (у детей — при выраженных и значительно выраженных нарушениях функций).

Бессрочно (или до достижения возраста 18 лет у детей) инвалидность устанавливается не позднее 4 лет после первичного признания гражданина инвалидом (установления категории «ребенок-инвалид») в случае выявления невозможности устранения или уменьшения в ходе осуществления реабилитационных или абилитационных мероприятий степени ОЖД, вызванных стойкими необратимыми морфологическими изменениями, дефектами и нарушениями функций органов и систем организма.

В случае первичного признания гражданина инвалидом датой установления инвалидности считается дата поступления в бюро направления на МСЭ.

1.5. Переосвидетельствование граждан, признанных инвалидами

В соответствии с **Правилами** инвалидность устанавливается до 1-го числа месяца, следующего за месяцем, на который назначено проведение очередной МСЭ (переосвидетельствования) гражданина.

Категория «ребенок-инвалид» до достижения гражданином возраста 14 или 18 лет устанавливается до дня, следующего за днем наступления соответствующего возраста.

Переосвидетельствование гражданина, инвалидность которому установлена без указания срока переосвидетельствования, может проводиться 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.



Процедура подготовки медицинской организацией документов для проведения переосвидетельствования инвалида полностью аналогична процедуре, описанной ранее.

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

1.6. Обжалование решений федеральных учреждений медико-социальной экспертизы

В системе МСЭ действует трехступенчатая система контроля за принятыми решениями и их обжалования при несогласии с ними пациента в любой части.

госуслуги



Решение бюро МСЭ может быть обжаловано в главное бюро МСЭ по субъекту РФ в месячный срок. В свою очередь, при несогласии гражданина с решением главного бюро оно может быть обжаловано также в месячный срок в Федеральное бюро МСЭ.

Заявление об обжаловании решений федеральных учреждений МСЭ может быть подано как в то учреждение, где проводилась экспертиза, так и в вышестоящее, причем в удобной для гражданина форме — на бумажном носителе или через личный кабинет на ЕПГУ.



Руководитель главного бюро, Федерального бюро МСЭ может с согласия гражданина поручить освидетельствование в порядке обжалования решения одного экспертного состава данного учреждения МСЭ другому экспертному составу.

Решение Федерального бюро МСЭ является окончательным и может быть обжаловано только в судебном порядке.

2. Медико-социальная экспертиза при основных инвалидизирующих кожных болезнях

В данном разделе рассмотрены особенности направления пациентов с кожными болезнями из медицинских организаций в бюро МСЭ, особенности проведения МСЭ и принятия экспертных решений при основных заболеваниях кожи, которые могут привести к инвалидности.

2.1. Особенности заполнения формы направления на медико-социальную экспертизу медицинской организацией при кожных болезнях

Качество оформления направительных документов на МСЭ (**форма № 088/у**) обеспечивает объективность принимаемых бюро МСЭ решений, что особо актуально в условиях проведения заочных (без личного присутствия пациента) медико-социальных экспертиз.

Выше уже отмечалось, что даже в случае выбора пациентом формы проведения МСЭ без личного присутствия специалиста бюро МСЭ по основаниям, предусмотренным пунктом **32 Правил**, могут изменить форму экспертизы на «с личным присутствием гражданина». Как правило, это происходит из-за поверхностного или небрежного подхода врача к оформлению **формы № 088/у**.

Форма № 088/у состоит из двух разделов — раздел I «Данные о гражданине» и раздел II «Клинико-функциональные данные гражданина».

Поскольку к **форме № 088/у** прилагается порядок ее заполнения, оформление раздела I не представляет никаких сложностей.

В связи с этим ниже тезисно описаны основные нюансы, на которые врачу следует обратить внимание при заполнении раздела II у пациента с заболеванием кожи.

Пункт раздела II формы № 088/у	Комментарии
<p>П. 23 «Наблюдается в медицинской организации с _____ года»</p>	<p>Свидетельствует о длительности заболевания. Если пациент ранее наблюдался в других медицинских организациях необходимо указать год, когда он был впервые взят под медицинское наблюдение.</p>
<p>П. 24 «Анамнез заболевания»</p>	<p>Описывается характер течения заболевания. Подробно описываются: сроки наступления заболевания, его развитие, проведенные медицинские обследования для его верификации, частота, тяжесть и длительность обострений с указанием локализации и распространенности поражения в %, используемые методы лечения (местное и/или системное, дозировки лекарственных препаратов, кратность и длительность применения), в том числе ИС, МАВ-терапия, и результаты лечения, в том числе резистентность к различным видам терапии.</p>
<p>П. 25 «Анамнез жизни»</p>	<p>Свидетельствует о факторах, усугубляющих течение основного заболевания. Помимо вопросов наследственности и перенесенных в прошлом болезней важно описать имеющиеся хронические заболевания именно с позиций их влияния на основное, а также, с тех же позиций — аллергологический, профессиональный, семейно-бытовой анамнез.</p>
<p>П. 29 «Состояние здоровья гражданина при направлении на МСЭ»</p>	<p>Один из ключевых разделов, в котором должен быть описан общий и, главное, дерматологический статус. В описании дерматологического статуса необходимо обратить внимание на описание очагов поражения, их локализации, размеров, склонности к слиянию, краевой с-м Никольского, с-м Асбо-Хансена и др. При наличии поражения суставов — принципиально важно (!) подробное описание ограничений активных и пассивных движений в суставах.</p>
<p>П. 30 «Сведения о медицинских обследованиях, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания при проведении МСЭ»</p>	<p>Принципиально важный раздел! Отсутствие в форме № 088/у необходимых обследований, предусмотренных Перечнем обследований для той или иной нозологической формы кожного заболевания является основанием для возврата формы в медицинскую организацию и санкциями ФОМС. Данным вопросам посвящен раздел 2.2 настоящих методических рекомендаций.</p>
<p>П. 31.1 «Диагноз при направлении на МСЭ: основное заболевание»</p>	<p>Инвалидность может быть установлена только на основании корректно установленного диагноза основного заболевания. Указываются: основное заболевание, его форма, стадия, распространенность с площадью поражения в %, тяжесть течения и частота обострений в год, эффективность проводимой терапии.</p> <p>Пример 1: АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ, ЭКССУДАТИВНАЯ ФОРМА, СТАДИЯ ОБОСТРЕНИЯ, РАСПРОСТРАНЕННЫЙ ПРОЦЕСС С ПЛОЩАДЬЮ ПОРАЖЕНИЯ БОЛЕЕ 50%, ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ С ОБОСТРЕНИЯМИ 2 РАЗА В ГОД (SCORAD — 52), РЕЗИСТЕНТНЫЙ К ТЕРАПИИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМИ.</p> <p>Пример 2: ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЙ ПУСТУЛЕЗНЫЙ ПСОРИАЗ, ПСОРИАЗ НОГТЕЙ, ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ СТАДИЯ, НЕПРЕРЫВНО-РЕЦИДИВИРУЮЩЕЕ ТЕЧЕНИЕ ПРИ ПЛОЩАДИ ПОРАЖЕНИЯ БОЛЕЕ 50%, С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ СКЛАДОВ, ЛАДОНЕЙ, ПОДОШВ (PASI — 18), РЕЗИСТЕНТНЫЙ К ТЕРАПИИ.</p> <p>Пример 3: ПСОРИАЗ ЛАДОННО-ПОДОШВЕННЫЙ, ПЛОЩАДЬ ПОРАЖЕНИЯ БОЛЕЕ 3% ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА, ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ СТАДИЯ.</p>

<p>П. 31.2 «Код основного заболевания по МКБ»</p>	<p>Некорректный код основного заболевания по МКБ-10 (в перспективе — МКБ-11) не позволит бюро МСЭ принять направительные документы от медицинской организации.</p>
<p>П. 31.3 «Осложнения основного заболевания».</p>	<p><i>Принципиально важно!</i> Осложнения характеризуют тяжесть основного заболевания и позволяют связать его последствия в единый патогенетический процесс с точки зрения стойких нарушений функций, к которым заболевание в итоге привело.</p> <p>Пример 1: ОСЛОЖНЕНИЯ В ВИДЕ ВТОРИЧНОЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ КОЖИ, РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО КЕРАТОКОНЪЮНКТИВИТА.</p> <p>Пример 2: ПСОРИАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ, РАЗВЕРНУТАЯ СТАДИЯ, АКТИВНОСТЬ ВЫСОКАЯ (BASDAI — 8,6), РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ СТАДИЯ 1-2, СПОНДИЛОАРТРИТ ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА, НФС 2 СТ., РЕЗИСТЕНТНЫЙ К ТЕРАПИИ.</p>
<p>П. 31.4 «Сопутствующие заболевания»</p>	<p>Наличие сопутствующих заболеваний позволит оценить нарушения других функций организма с позиций их влияния на основную патологию, что в итоге может позволить прибавить до 10% к итоговой степени выраженности нарушенных функций организма по основному заболеванию и его осложнениям.</p> <p>Пример: ОЖИРЕНИЕ 3 СТ. (АБДОМИНАЛЬНЫЙ ТИП). ДИСЛИПИДЕМИЯ. ГИПЕРУРИКЕМИЯ. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ 2 СТ., РИСК 3 (ВЫСОКИЙ).</p>

2.2. Перечень обследований при направлении на медико-социальную экспертизу пациентов с кожными болезнями

Перечень обследований структурно подразделяется на два приложения — обследования взрослых и обследования детей перед направлением на МСЭ.

В свою очередь в каждом приложении приведены общие обследования для того или иного класса болезней и обследования при конкретных нозологических формах заболеваний.

При этом как общие обследования, так и обследования при конкретных нозологиях подразделяются на обязательные (необходимы в любом случае) и дополнительные (необходимы при определенных условиях).

Проведенные пациенту в соответствии с **Перечнем** обследования отражаются в **п. 30 формы № 088/у** и прикладываются к форме.

Общие обследования при всех болезнях кожи

Общими **обязательными обследованиями** при болезнях кожи у взрослых и детей являются:

Общие обязательные обследования	Сроки действия у взрослых	Сроки действия у детей
Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога первичный	60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней — при повторном направлении	90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней — при повторном направлении
Общий (клинический) анализ крови развернутый		
Анализ крови биохимический общетерапевтический		
Общий (клинический) анализ мочи		
Регистрация электрокардиограммы, расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных		
Измерение роста	1 год	
Измерение массы тела	180 календарных дней	

При этом общим обязательным обследованием при болезнях кожи у детей является прием (осмотр, консультация) врача-педиатра первичный со сроком действия 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней — при повторном направлении

Общими **дополнительными обследованиями** при болезнях кожи у взрослых и детей являются:

Общие дополнительные обследования	Сроки действия у взрослых	Сроки действия у детей
Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный — при наличии нарушений функций эндокринной системы и метаболизма вследствие заболевания или проводимой терапии	60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней — при повторном направлении	90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней — при повторном направлении
Прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный — при поражении костно-мышечной системы		
Эзофагогастродуоденоскопия — при поражении желудочно-кишечного тракта		180 календарных дней при первичном направлении, 1 год — при повторном направлении
Рентгеноденситометрия — при остеопорозе и остеопении	1 год	

Кроме того, общим дополнительным обследованием при болезнях кожи у взрослых является прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный при выявлении нарушений функций внутренних органов, отклонений в общем анализе крови со сроком действия 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней — при повторном направлении.

У детей общим дополнительным обследованием при болезнях кожи является прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога первичный при патологии желудочно-кишечного тракта со сроком действия 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней — при повторном направлении.

Обследования при atopическом дерматите



Обследования при тех или иных нозологиях не отменяют, а дополняют обследования, общие для всего класса болезней.

Обязательными и дополнительными обследованиями при atopическом дерматите у взрослых и детей являются:

Обязательные обследования при АД	Дополнительные обследования при АД	Сроки действия
ВЗРОСЛЫЕ		
Исследование уровня общего иммуноглобулина E в крови	Прием (осмотр, консультация) врача-аллерголога-иммунолога первичный — при нарушении иммунного статуса	60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней — при повторном направлении
ДЕТИ		
Прием (осмотр, консультация) врача-аллерголога-иммунолога первичный — при нарушении иммунного статуса	Исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный при наличии эписклерита	90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней — при повторном направлении

Обследования при псориазе

Обязательными и дополнительными обследованиями при псориазе и других папулосквамозных нарушениях у взрослых и детей являются:

Обязательные обследования при псориазе	Дополнительные обследования при псориазе	Сроки действия
ВЗРОСЛЫЕ		
Исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови	Прием (осмотр, консультация) врача-ревматолога первичный — при наличии поражения периферических суставов и/или псориатического спондилита	60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней — при повторном направлении
Рентгенография пораженной части костного скелета	Прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный для уточнения степени нарушения функции суставов	
	Ультразвуковое исследование тазобедренного сустава — при поражении тазобедренных суставов	
	Ультразвуковое исследование сухожилий при наличии энтезитов пяточных областей	
	Рентгенография позвоночника с функциональными пробами, таза, суставов при поражении соответствующей области	90 календарных дней при первичном направлении, 180 календарных дней — при повторном направлении

ДЕТИ		
	Прием (осмотр, консультация) врача-ревматолога первичный — при наличии поражения периферических суставов и/или псориатического спондилита	90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней — при повторном направлении
	Прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный для уточнения степени нарушения функции суставов	
	Ультразвуковое исследование тазобедренного сустава — при поражении тазобедренных суставов	
	Ультразвуковое исследование сухожилий при наличии энтезитов пяточных областей	180 календарных дней при первичном направлении, 1 год — при повторном направлении
	Рентгенография позвоночника с функциональными пробами, таза, суставов при поражении соответствующей области	

2.3. Критерии установления инвалидности при основных инвалидизирующих кожных болезнях

В соответствии с **Классификациями и критериями** при болезнях кожи применяются общие критерии установления инвалидности у взрослых и детей — сочетание стойких нарушений функций организма и ограничений жизнедеятельности.

Ниже приведены основания для установления групп инвалидности и категории «ребенок-инвалид» при atopическом дерматите и псориазе у взрослых и детей в зависимости от формы и тяжести течения заболевания, его осложнений, результатов проводимой терапии.

Критерии установления групп инвалидности (категории «ребенок-инвалид») при atopическом дерматите

Критерии		Инвалидность	
ВЗРОСЛЫЕ (приложение 1 к Классификациям и критериям)			
12.2.2.1	Ограниченная или распространенная форма заболевания с площадью поражения кожи до 50%, обострения до 2 раз в год на фоне проводимого лечения	10–30%	не устанавливается
12.2.2.2	Распространенная форма с площадью поражения кожи 50% и более, обострения 3 и более раз в год, склонность к торпидному течению, резистентность к проводимой терапии	40–60%	3 группа
ДЕТИ (приложение 2 к Классификациям и критериям)			
12.2.1	Для детей в возрасте 0-17 лет: ограниченный дерматит с площадью поражения до 10% поверхности тела, или распространенный дерматит с площадью поражения от 10 до 30%; обострения до 3 раз в год на фоне проводимого лечения	10–30%	не устанавливается
12.2.2	Для детей в возрасте 0-17 лет: распространенный или диффузный дерматит с площадью поражения более 30% поверхности тела; обострения более 3 раз в год; склонность к торпидному непрерывно рецидивирующему течению; резистентность к системному лечению	40–60%	категория «ребенок-инвалид»

Критерии установления групп инвалидности (категории «ребенок-инвалид») при псориазе

Критерии установления групп инвалидности и категории «ребенок-инвалид» при псориазе зависят от формы заболевания — при бляшковидном и иных формах псориаза, не затрагивающих суставные поверхности, применяются одни критерии, при артропатическом псориазе – несколько другие.

Критерии		Инвалидность	
ВЗРОСЛЫЕ (приложение 1 к Классификациям и критериям)			
Бляшковидный псориаз и другие формы псориаза, не затрагивающие суставные поверхности			
12.3.1.1	Псориаз с площадью поражения до 50% с незначительным нарушением функций организма	10–30%	не устанавливается
12.3.1.2	Частые (более 2 раз в год) обострения или непрерывно рецидивирующее течение заболевания при площади поражения кожи более 50%, резистентность к проводимой терапии. Частые (более 2 раз в год) обострения или непрерывно рецидивирующее течение ладонно-подошвенного псориаза; резистентность к проводимой терапии	40–60%	3 группа
Псориатический артрит			
13.1.2.1	Отсутствие или незначительное нарушение функции 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%	не устанавливается
13.1.2.2	Умеренное нарушение функции суставов и/или энтезисов и/или позвоночника; Умеренная активность заболевания; наличие осложнений заболевания и/или проводимой терапии, приводящей к умеренным нарушениям функций организма	40–60%	3 группа
13.1.2.3	Выраженное нарушение функции суставов и/или энтезисов и/или позвоночника; умеренная или высокая активность заболевания; наличие осложнений заболевания и/или проводимой терапии, приводящей к выраженным нарушениям функций организма	70–80%	2 группа
13.1.2.4	Значительно выраженное нарушение функции суставов и/или энтезисов и/или позвоночника; вне зависимости от активности заболевания на фоне терапии; множественные эрозии суставов (более 5) остеонекрозов крупных суставов, при наличии осложнений заболевания и/или проводимой терапии, приводящей к значительно выраженным нарушениям функций организма. Отсутствие ответа на терапию	90-100%	1 группа

ДЕТИ (приложение 2 к Классификациям и критериям)

Бляшковидный псориаз и другие формы псориаза, не затрагивающие суставные поверхности

12.3.1.1	Для детей в возрасте 0-17 лет: псориаз с площадью поражения до 10% поверхности тела, редко рецидивирующие (до 2 раз в год) формы заболевания	10–30%	не устанавливается
12.3.1.2	Для детей в возрасте 0-17 лет: распространенные формы с площадью поражения поверхности кожи более 10%, частые обострения (более 2 раз в год); или непрерывно-рецидивирующее течение при неэффективности проводимого системного лечения; ладонно-подошвенный псориаз при неэффективности проводимого системного лечения	40–60%	категория «ребенок-инвалид»

Псориатический артрит

ПРИМЕЧАНИЕ: в настоящее время приложением 2 к Классификациям и критериям прямо не предусмотрена количественная оценка нарушений функций организма, вызванных псориатическим артритом у детей. Согласно сложившейся практике специалисты бюро МСЭ в ходе экспертизы по аналогии со взрослыми лицами в данном случае используют положения раздела 13 (Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани) приложения 2.

13.1.1.1	Для детей в возрасте 0-17 лет: отсутствие или незначительное нарушение функции суставов и/или позвоночника; рентгенологическая стадия I, отсутствие прогрессирования заболевания; отсутствие или наличие обострений (не более 1 раза в год), отсутствие или I степень активности воспалительного процесса на фоне терапии; ФК I; отсутствие осложнений заболевания от проводимой медикаментозной терапии (НПВП)	10–30%	не устанавливается
13.1.1.2	Для детей в возрасте 0-17 лет: умеренное нарушение функции суставов и/или позвоночника (ФК II степени); рентгенологическая стадия II; вариант заболевания с поражением или без поражения глаз (увеит); прогрессирующее течение заболевания: обострения 2 - 4 раза в год, сохраняющаяся активность воспалительного процесса I или II степени на фоне иммуносупрессивной терапии; необходимость коррекции терапии, возможность достижения ремиссии только при применении иммуносупрессивной терапии препаратами нескольких (2 и более) фармакотерапевтических групп (за исключением НПВП), в том числе генно-инженерными биологическими препаратами; наличие осложнений заболевания и проводимой медикаментозной терапии	40–60%	категория «ребенок-инвалид»

13.1.1.3	<p>Для детей в возрасте 0-17 лет: выраженное нарушение статодинамической функции, вследствие поражения суставов и/или позвоночника; рентгенологическая стадия II или III, вариант заболевания с поражением или без поражения глаз (увеит); прогрессирующее течение заболевания; частые длительные обострения (более 4 раз в год), ФК II или III; сохраняющаяся активность воспалительного процесса 2 или 3 степени на фоне иммуносупрессивной терапии; возможность достижения ремиссии только при применении иммуносупрессивной терапии препаратами нескольких (2 и более) фармакотерапевтических групп (за исключением НПВП); в том числе генно-инженерными биологическими препаратами; наличие осложнений заболевания и проводимой медикаментозной терапии</p>	70–80%	категория «ребенок-инвалид»
13.1.1.4	<p>Для детей в возрасте 0-17 лет: значительно выраженные нарушения статодинамических функций, обусловленные поражением суставов и/или позвоночника; рентгенологическая стадия III или IV; вариант заболевания с поражением или без поражения глаз (увеит); быстро прогрессирующее течение заболевания; активность воспалительного процесса 3 степени; ФК III или IV; низкая эффективность или резистентность к проводимой иммуносупрессивной терапии препаратами нескольких фармакотерапевтических групп (2 и более, включая генно-инженерные биологические препараты); наличие необратимых осложнений заболевания и проводимой медикаментозной терапии</p>	90 100%	категория «ребенок-инвалид»

Полезные ресурсы

skinallergic.ru
(www.кожа-аллергия.рф)

vk.com/skinallergicru

fbmse.ru

invalidnost.com

- Межрегиональная благотворительная общественная организация «Кожные и аллергические болезни»
- официальная группа МБОО «Кожные и аллергические болезни»
- официальный сайт Федерального бюро МСЭ Минтруда России
- один из наиболее популярных и полных ресурсов для врачей и пациентов по вопросам МСЭ и инвалидности



НАВИГАТОР-ПОМОЩИ.РФ

информационный ресурс
для врачей и пациентов

*Быстрый поиск лечебного учреждения по
необходимому виду помощи/лечения и диагнозу*



info@navigator-help.ru

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Федеральное бюро медико-социальной экспертизы»
Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации

<https://fbmse.ru/>

8-800-10-000-01 — Единый колл-центр

Разработано при поддержке ООО «ЭббВи»

Москва, 2023