

ОЦЕНКА ЗНАНИЯ ВРАЧАМИ ВОПРОСОВ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Н. Кондрикова, кандидат медицинских наук
О. Барбараш, доктор медицинских наук
Научно-исследовательский институт комплексных проблем
сердечно-сосудистых заболеваний, Кемерово
E-mail: nkondrik@ya.ru

Путем анкетирования оценена осведомленность врачей лечебно-профилактических учреждений по вопросам направления больных ишемической болезнью сердца после перенесенного коронарного шунтирования на медико-социальную экспертизу.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца; коронарное шунтирование; инвалидность; медико-социальная экспертиза.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является основной причиной высокой смертности и инвалидизации наиболее трудоспособной части населения [1].

Хирургический метод прочно занял свое место в лечении больных ИБС: уже более 30 лет коронарное шунтирование (КШ) является наиболее часто выполняемой хирургической операцией во многих клиниках России и за рубежом [2, 3]. Основные задачи операции КШ – восстановление нормального функционального состояния пациентов, повышение качества жизни, а также возобновление профессиональной деятельности. Однако несмотря на улучшение клинического состояния большинства оперированных больных, качество жизни и показатели трудоспособности после КШ не улучшаются [4–7].

Многие больные ИБС, подвергнутые хирургическому лечению, находятся в расцвете сил, и их способность вернуться к работе и активно жить имеет огромное значение как для них самих, так и для общества в целом. Согласно определению ВОЗ, «...реабилитация представляет собой всеобъемлющее и скоординированное применение медицинских, социальных, образовательных и профессиональных мер по адаптации больного к новой жизни и оказанию помощи в получении наилучшей физической подготовки». Возвращение на работу воспринимается как маркер эффективности реабилитации, а выход больных на инвалидность является одним из маркеров эффективности работы лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) [8–11].

Из всех факторов, влияющих на процесс формирования инвалидности больных ИБС, перенесших КШ, наиболее влиятельным, но в то же время и наиболее управляемым является организация клиничко-экспертной работы в ЛПУ, в первую очередь – в территориальных поликлиниках, где в основном формируются контингенты больных для направления на освидетельствование в федеральные казенные учреждения медико-социальной экспертизы (ФКУ МСЭ) [12].

Определение показаний для направления граждан на освидетельствование в ФКУ МСЭ и оформление доку-

ментов для МСЭ, в том числе утверждение направления на МСЭ на уровне врачебной комиссии ЛПУ – первый этап экспертно-реабилитационного процесса при проведении МСЭ. Уровень эрудиции врачей ЛПУ по вопросам МСЭ определяет адекватность отбора пациентов на освидетельствование в ФКУ МСЭ, а правильность заполнения направления на МСЭ в конечном итоге является одним из факторов, формирующих показатель выхода на инвалидность.

В ранее проведенном исследовании нами было показано, что положительный клинический эффект КШ не соответствует показателю выхода больных на инвалидность после оперативного вмешательства [13]. Одной из причин были выявленные дефекты организации экспертно-реабилитационного процесса.

Целью настоящего исследования явилась оценка уровня знаний врачами ЛПУ вопросов МСЭ. С этой целью было проведено анкетирование 70 врачей-клиницистов 4 крупных ЛПУ г. Кемерово.

Из числа опрошенных врачей 39 (56%) были кардиологи, 17 (24%) – терапевты; председатели врачебных комиссий (ВК) и заведующие отделением составили 9 (13%), другие специалисты (врачи общей лечебной практики, кардиохирурги) – 5 (7%). Средний стаж работы у 56 (80%) опрошенных составил >10 лет, до 5 лет – у 7 (10%) и от 6 до 10 лет – также у 7 (10%) респондентов. Из числа респондентов 55 (79%) работают в поликлиниках, остальные врачи – в стационарах и на кафедрах медицинской академии: соответственно 12 (17%) и 3 (4%). Среди опрошенных только 6 (9%) врачей никогда в своей работе не направляют больных на МСЭ, остальные 64 (91%) направляют больных на МСЭ.

Опрос проводили по анкете, включавшей 17 вопросов. Анкетирование было анонимным.

Анализируя полученные результаты, в первую очередь необходимо отметить, что на вопрос: «Какой нормативно-правовой документ определяет порядок направления гражданина на МСЭ?» правильно ответили, указав основной документ, регламентирующий данный процесс (Постановление Правительства РФ от 20.02.2006 №95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом») только 19 (27%) опрошенных. Чаще указывали Приказ Минздравсоцразвития от 23.12.2009 №1013н. Однако необходимо отметить, что с данным документом врачи-клиницисты дела не имеют, так как он предназначен для врачей МСЭ.

Условия направления пациента на МСЭ указаны в постановлении Правительства РФ от 20.02.2006 №95 «...после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий при наличии стойких нарушений функций организма». При ответе на вопрос, касающийся условий направления больного на МСЭ, пункт о необходимости данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, отметили 53 (76%) опрошенных, а пункт о завершении проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий – всего 9 (13%) респондентов. В целом правильно ответили на этот вопрос, т.е. выбрали оба необходимых условия всего 8 (11%) опрошенных, среди них оказались председатели ВК и заведующие отделением.

На вопрос о сроках направления пациента на МСЭ после КШ при благоприятном клиническом и трудовом прогнозе чаще называли 4 мес после КШ – 49 (70%) респондентов. Между тем в Приказе Минздравсоцразвития России

от 29.06.2011 №624н (в ред. Приказа Минздравсоцразвития России от 24.01.2012 №31н с изменениями, внесенными решениями Верховного Суда РФ от 17.04.2013 №АКПИ 13-178, от 25.04.2014 №АКПИ 14-105) «Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности» говорится о том, что по решению врачебной комиссии при благоприятном клиническом и трудовом прогнозе листок нетрудоспособности пациенту может быть выдан в установленном порядке до дня восстановления трудоспособности сроком до 10 мес. В анкете срок направления на МСЭ через 10 мес после КШ указали лишь 7 (10%) опрошенных, хотя на вопрос, что влияет на срок направления пациента на МСЭ после коронарного шунтирования, 67 (96%) врачей ответили правильно – клинический и трудовой прогноз, а не 4 мес, как в основном указали опрошенные врачи.

Знание необходимого объема обследований для решения вопроса о направлении пациента на МСЭ показали многие анкетированные врачи – 61 (87%), однако провести необходимые обследования в полном (рекомендуемом) объеме удалось только 50 (71%) из них. Среди основных причин, ограничивающих возможность проведения обследований перед направлением на МСЭ, были названы большие очереди на проведение обследований – 43 (61%) и дороговизна и (или) отказ пациента платить за обследование – 20 (29%).

По вопросам, касающимся непосредственно условий и критериев определения группы инвалидности, уровень знаний оказался очень низким. Так, все 3 условия признания лица инвалидом (нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма; наличие ограничения жизнедеятельности; необходимость в мерах социальной защиты, включая реабилитацию) указали всего 6 (9%) респондентов, и вновь это были председатели ВК и заведующие отделением. При этом 1-е условие упоминали 60 (86%) респондентов, остальные 2 – соответственно 33 (47%) и 14 (20%) опрошенных.

Правильно указал один из критериев III группы инвалидности (а именно – нарушение здоровья со стойкими умеренными нарушениями функции органов кровообращения) только 31 (44%) респондент. Хотя, согласно полученным ответам, 61 (87%) врачей, заполняя направление на МСЭ, приводят данные о состоянии здоровья пациента, отражающие степень нарушения функций органов и систем. Итак, большинство из опрошенных врачей-клиницистов, указывая степень функциональных нарушений, не были осведомлены о том, какой группе инвалидности соответствуют выявленные нарушения.

Единогласно правильно ответили респонденты на единственный вопрос, отметив, что коронарное шунтирование – это реабилитирующее вмешательство, а не инвалидизирующая процедура.

Таким образом, при анкетировании, определяющем осведомленность врачей по вопросам МСЭ и, в частности, направлению пациентов на МСЭ, выявлен низкий уровень знаний врачами правил и критериев признания лица инвалидом.

Недостаточной осведомленностью врачей по вопросам направления пациентов на МСЭ можно объяснить выявленную нами ранее закономерность. Так, в ходе регистрового исследования, включающего 427 пациентов трудоспособного возраста, подвергшихся КШ, были сопоставлены клинические результаты хирургического вмешательства с результатами экспертных заключений МСЭ через 1 год после вмешательства. Выявлено, что, несмотря на высокую клиническую эффективность КШ, в течение 1-го года после вмешательства

на 26% уменьшилось число пациентов, способных вернуться к своему труду [13].

Важной причиной такого несоответствия стало нарушение сроков направления пациентов на МСЭ. Установлено, что у работающих пациентов превышались должные сроки временной нетрудоспособности перед планируемым хирургическим вмешательством и, соответственно, сокращался средний срок нахождения на листке нетрудоспособности после перенесенной операции до даты направления на МСЭ. Таким образом, большинство пациентов были освидетельствованы в срок до 10 мес после КШ, т.е. в период, когда не были исчерпаны резервы полноценной реабилитации пациента.

Еще одной причиной повышения вероятности определения стойкой нетрудоспособности пациентов явился недостаточный объем их обследования. Толерантность к физической нагрузке и суточное мониторирование ЭКГ оценены только у 1/3 пациентов, ЭхоКГ – у половины. Большинство пациентов после КШ были направлены на МСЭ при незавершенных диагностических мероприятиях (с неполным объемом обследований), а значит, с необъективной оценкой нарушений функций сердечно-сосудистой системы.

Кроме того, по мнению врачей ЛПУ, после КШ средний функциональный класс (ФК) стенокардии снизился только у 1/3 пациентов. В то же время результаты обследования пациентов в нашем центре демонстрировали снижение ФК стенокардии у большинства пациентов. Отсутствие динамики этого показателя во многом объясняется феноменом «застывших диагнозов» у пациента, выписываемого из стационара после хирургического вмешательства (указана стенокардия ФК, который имел место до КШ).

Безусловно, высокий уровень инвалидизации пациентов после хирургических вмешательств – проблема многогранная, требующая комплекса действий.

В России проблема возврата к труду после КШ существовала в конце XX века и сохраняется на сегодняшний день. Еще в 1989 г. Г.И. Кассирский отметил, что в условиях постоянного увеличения количества ежегодно производимых операций и высокой стоимости каждой из них низкие показатели трудоспособности после КШ превращаются в серьезную социальную проблему. В этой связи проблема реабилитации больных, перенесших операцию КШ, приобретает приоритетное значение. В настоящее время разработаны различные методы реабилитации, вторичной профилактики, но при этом возвращение к трудовой деятельности остается на низком уровне в силу ряда субъективных факторов и не соответствует полученным клиническим результатам [5, 14]. А ведь именно возврат к труду мог компенсировать столь значимые расходы здравоохранения на КШ и привести к позитивному социальному и экономическому эффекту. Одно из направлений для изменения ситуации в лучшую сторону – повышение знания врачами вопросов МСЭ, что будет способствовать конструктивному взаимодействию ФКУ МСЭ и учреждений здравоохранения.

Литература

1. Аронов Д.М., Красницкий В.Б., Бубнова М.Г. и др. Влияние физических тренировок на физическую работоспособность, гемодинамику, липиды крови, клиническое течение и прогноз у больных ишемической болезнью сердца после острых коронарных событий при комплексной реабилитации и вторичной профилактике на амбулаторно-поликлиническом этапе (Российское кооперативное исследование) // Кардиология. – 2009; 3: 49–56.

2. Немецверидзе Э.Я. Инвалидность среди трудоспособного населения как медико-демографическая проблема // Социальные аспекты здоровья населения: электрон. науч. журн. – 2012; 1. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/386/30/lang,ru/>

3. Beauchamp A., Worcester M., Ng A. et al. Attendance at cardiac rehabilitation is associated with lower all-cause mortality after 14 years of follow-up // Heart. – 2013; 99: 620–5.

4. Замотаев Ю.Н., Кремнев Ю.А., Подшибякин С.Е. и др. Очерки медицинской реабилитации больных, перенесших аортокоронарное шунтирование / М.: Агентство «Медиц&А», 2000; с. 192.

5. Карташов В.Т., Данилов Ю.А. Трудоспособность больных после реконструктивных операций на коронарных сосудах // Военно-мед. журн. – 2004; 1: 52–4.

6. Buneviciute J., Staniute M., Bunevicius R. Personality dimensions and health-related quality of life in patients with coronary artery disease // Cleveland Clin. J. Med. – 2011; 78: 89a.

7. Peric V., Borzanovic M., Stolic R. et al. Quality of life in patients related to gender differences before and after coronary artery bypass surgery // Interact. Cardiovasc. Thorac. Surg. – 2010; 10: 232–8.

8. Оганов Р.Г., Концевая А.В., Калинина А. М. Экономический ущерб от сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации // Кардиоваск. тер. и профилактика. – 2011; 10: 4–9.

9. Jegier B., Pietka I., Wojtczak-Soska K. et al. Cardiac rehabilitation after cardiac surgery is limited by gender and length of hospitalization // Kardiol. Pol. – 2011; 69 (1): 42–6.

10. Эфрос Л.А. Создание регистра больных ишемической болезнью сердца, подвергшихся коронарному шунтированию, – важнейшее направление совершенствования кардиологической помощи // Менеджер здравоохранения. – 2012; 10: 37–46.

11. Самородская И.В., Фуфаев Е.Н. Временная нетрудоспособность и инвалидность при сердечно-сосудистых заболеваниях // Медико-соц. экспертиза и реабилитация. – 2011; 2: 45–6.

12. Герман С.В. Основные проблемы при направлении граждан на медико-социальную экспертизу организациями, оказывающими лечебно-профилактическую помощь, и пути их решения. Современные проблемы медицины: теория и практика. Мат-лы Межд. заочной научно-практ. конф. Новосибирск, 2012.

13. Помешкина С.А., Кондрикова Н.В., Крупянко Е.В. и др. Анализ подходов к оценке стойкой утраты трудоспособности у пациентов, подвергшихся коронарному шунтированию // Кардиология. – 2013; 7: 62–6.

14. Филимонов А.И., Сергеева О.В., Вериковский В.А. и др. Актуальность применения дифференцированной реабилитации инвалидов вследствие ишемической болезни сердца // Медико-соц. экспертиза и реабилитация. – 2009; 3: 10–1.

ASSESSMENT OF PHYSICIANS' AWARENESS ABOUT SOCIOMEDICAL EXAMINATION

N. Kondrikova, Candidate of Medical Sciences, O. Barbarash, MD

Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases, Kemerovo

A questionnaire survey was conducted to assess the awareness of the physicians of therapeutic-and-prophylactic institutions about coronary heart disease patients' referrals for sociomedical examination after coronary bypass surgery.

Key words: coronary heart disease, coronary bypass surgery, disability, sociomedical examination.