

УДК 616.24-036.86-06:[616.98:578.834.1]  
<https://doi.org/10.47093/2713-069X.2023.4.2.25-32>

## Медико-социальная проблема и организация медицинской помощи инвалидам вследствие болезней органов дыхания в связи с развитием ковидной инфекции

И.Ф. Муханова<sup>1,\*</sup>, В.Н. Павлов<sup>2</sup>, Д.Р. Еникеева<sup>2</sup>, Ф.С. Билалов<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, бульвар Ибрагимова, д. 61, г. Уфа, 450006, Россия

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ул. Ленина, д. 3, г. Уфа, 450008, Россия

### Аннотация

Болезни органов дыхания требуют пристального внимания медицинских специалистов на всех уровнях оказания лечебно-диагностической помощи пациентам, как и совершенствования профилактических мероприятий. В последние годы сохраняется рост заболеваемости болезнями органов дыхания, увеличивается число случаев временной нетрудоспособности и показатели инвалидизации населения. Инвалиды вследствие болезней органов дыхания нуждаются в комплексном лечении и реабилитации для улучшения их качества жизни. **Цель исследования.** Изучить организацию медицинской помощи инвалидам с болезнями органов дыхания в 2019–2021 гг. с учетом распространенности COVID-19. **Материалы и методы.** Для анализа использованы первичные учетные формы ГБУЗ РБ «Городская больница № 21 г. Уфа» и Главного бюро медико-социальной экспертизы Республики Башкортостан. **Результаты.** Установлено, что все инвалиды, которые вошли в исследование, в 2019 г. находились на стационарном лечении (168,9 госпитализации на 100 инвалидов). Средняя длительность стационарного лечения составила 17,6 дня. Все инвалиды были консультированы врачами-терапевтами – 324,2 консультации на 100 инвалидов, реже всего консультацию врача-терапевта получили инвалиды вследствие бронхоэктатической болезни – 228,6 на 100 инвалидов. Из общего числа инвалидов только 85,6 % были консультированы врачом-пульмонологом (частота 118,9 консультации на 100 инвалидов). Несмотря на то что все инвалиды получили то или иное клинико-лабораторное обследование, частота их была ниже, чем предусмотрено нормативно-правовыми актами. В период пандемии COVID-19 значительно снизился уровень госпитализации инвалидов, сократилось время пребывания в стационаре, снизился объем консультативно-диагностической и реабилитационной помощи. **Заключение.** Проведенный анализ свидетельствует о необходимости совершенствования медицинской помощи инвалидам и планирования мероприятий по увеличению объема лечебно-диагностических мероприятий в период возникновения эпидемий инфекционных заболеваний.

**Ключевые слова:** болезни органов дыхания; инвалиды; медицинская помощь; COVID-19

**Для цитирования:** Муханова И.Ф., Павлов В.Н., Еникеева Д.Р., Билалов Ф.С. Медико-социальная проблема и организация медицинской помощи инвалидам вследствие болезней органов дыхания в связи с развитием ковидной инфекции. Национальное здравоохранение. 2023; 4 (2): 25–32. <https://doi.org/10.47093/2713-069X.2023.4.2.25-32>

### Контактная информация:

\* Автор, ответственный за переписку: Муханова Ирина Фанисовна. E-mail: medikmedik@mail.ru

Статья поступила в редакцию: 13.10.22

Статья принята к печати: 29.12.22

Дата публикации: 30.06.23

## Medical and social problem and organization of medical care for people with disabilities due to respiratory diseases due to the development of COVID-19 infection

Irina F. Mukhanova<sup>1,\*</sup>, Valentin N. Pavlov<sup>2</sup>, Dinara R. Enikeeva<sup>2</sup>, Fanil S. Bilalov<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Main Bureau of Medical and Social Expertise of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation, Ibragimov boulevard, 61, Ufa, 450006, Russia

<sup>2</sup>Bashkir State Medical University, Lenina str., 3, Ufa, 450008, Russia

**Abstract**

Respiratory diseases require the close attention of medical specialists at all levels of providing medical and diagnostic care to patients, as well as improving preventive measures. In recent years, there has been an increase in the incidence of respiratory diseases, an increase in the number of cases of temporary disability and the disability rate of the population. Disabled people due to respiratory diseases need complex treatment and rehabilitation to improve the quality of life. **Purpose of the study.** To study the organization of medical care for people with disabilities with respiratory diseases in 2019-2021, given the spread of COVID-19. **Materials and methods.** For the analysis, the primary registration forms of the State Budgetary Institution of Healthcare of the Republic of Bashkortostan "City Hospital No. 21" in Ufa and the Main Bureau of Medical and Social Expertise of the Republic of Bashkortostan were used. **Results.** It was found that all disabled people included in the study were hospitalized in 2019 (168.9 hospitalizations per 100 disabled people). The average duration of inpatient treatment was 17.6 days. All disabled people were consulted by general practitioners – 324.2 consultations per 100 disabled people, the least often consultation of a general practitioner was received by disabled people about bronchiectasis – 228.6 per 100 disabled people. Of the total number of disabled people, only 85.6 % were consulted by a pulmonologist (frequency 118.9 consultations per 100 disabled people). Despite the fact that all disabled people underwent certain clinical and laboratory examinations, their frequency was lower than that provided for by regulatory legal acts. During the COVID-19 pandemic, the level of hospitalization of people with disabilities has significantly decreased, the length of stay in the hospital has decreased, and the volume of consultative, diagnostic and rehabilitation assistance has decreased. **Conclusion.** The analysis carried out indicates the need to improve medical care for the disabled and to plan measures to increase the volume of medical and diagnostic measures during the outbreak of epidemics of infectious diseases.

**Keywords:** respiratory diseases; disabled people; medical care; COVID-19

**For citation:** Mukhanova I.F., Pavlov V.N., Enikeeva D.R., Bilalov F.S. Medical and social problem and organization of medical care for people with disabilities due to respiratory diseases due to the development of COVID-19 infection. National Health Care (Russia). 2023; 4 (2): 25–32. <https://doi.org/10.47093/2713-069X.2023.4.2.25-32>

**Contacts:**

\* Corresponding author: Irina F. Mukhanova. E-mail: medikmedik@mail.ru

The article received: 13.10.22

The article approved for publication: 29.12.22

Date of publication: 30.06.23

**Список сокращений:**

БОД – болезни органов дыхания

МСЭК – медико-социальная экспертиза

Инвалидность среди населения – важнейший индикатор медико-социальных проблем во всем мире. Показатели инвалидности являются отражением как уровня здоровья и качества лечебно-профилактических мероприятий, так и состояния социальной защиты человека с дефектом состояния здоровья. Организация медицинской помощи пациентам с хроническими болезнями органов дыхания (БОД) на сегодня является приоритетной задачей не только пульмонологической службы, но и всех звеньев системы здравоохранения. Несмотря на выполнение мероприятий по профилактике болезней органов дыхания, охват пациентов диспансерным наблюдением, уровень первичной и общей заболеваемости не имеет тенденции к снижению, сохраняется высокий уровень инвалидизации пациентов, ухудшается их качество жизни [1–4]. В связи с этим использование информационно-телекоммуникационных технологий и рекомендаций профессиональных сообществ в деятельности врачей первичного звена здравоохранения, информированность их об основных организационно-распорядительных и нормативно-правовых актах, регламентирующих порядок

предоставления медицинской помощи пациентам с БОД, остается актуальным и приоритетным направлением в деятельности медицинских организаций первичного звена [5].

Первостепенная роль в организации оказания медицинской помощи пациентам с БОД, безусловно, отводится специалистам первичного звена здравоохранения и амбулаторно-поликлиническому этапу, так как основной объем работы по своевременному раннему выявлению хронических форм БОД и ведущая роль в проведении лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий, в том числе пациентам, имеющим инвалидность, проводится в поликлинике по месту жительства [6, 7].

Инвалиды вследствие заболеваний органов дыхания – это особая группа пациентов, требующих постоянного диспансерного наблюдения и оказания эффективной реабилитационной помощи. Основной причиной снижения необходимого объема медицинской помощи инвалидам остается низкая укомплектованность поликлиник врачами – участковыми терапевтами, пульмонологами и другими специалистами [6].

Эффективность организации медицинской помощи, объем и виды лечебно-диагностических мероприятий, реабилитации инвалидов резко снизились в период развития COVID-19 [7, 8].

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для изучения организации медицинской помощи инвалидам вследствие БОД проанализированы протоколы и акты освидетельствования инвалидов в Бюро медико-социальной экспертизы по Республике Башкортостан и медицинские карты пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма № 025/у).

Учетными признаками явились: объем консультации инвалидов врачами – терапевтами, пульмонологами и прочими специалистами, частота проведенных лабораторных и инструментальных методов исследования, в том числе при наличии сопутствующих заболеваний, объем проведенных реабилитационных мероприятий (лечебная физическая культура, массаж, фито- и физиотерапия, небулайзерная терапия, медико-психологическое консультирование), частота госпитализаций. Объем наблюдения составил 271 инвалид вследствие БОД, из них 132 инвалида в 2019 г. (до наступления пандемии COVID-19) и 139 инвалидов в 2021 г., то есть в период ее развития.

С целью совершенствования медицинской помощи инвалидам проведена оценка правильности оформления формы 088/у (направление на медико-социальную экспертизу) пациентов с БОД за 2019 г. (298 направлений) и после 12 обучающих онлайн-семинаров с врачами поликлиник за 2021 г. (285 направлений). Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 27н, Министерства здравоохранения Российской Федерации № 36н от 01.02.2021<sup>1</sup>, действующим на момент проведения исследования, была утверждена форма направления на медико-социальную экспертизу медицинской организацией и порядок ее заполнения.

Статистическая обработка материалов исследования проведена с использованием абсолютных, относительных и средних величин. Достоверность результатов исследования определена с использованием критерия Стьюдента.

Основным нормативно-правовым документом, регламентирующим организацию диспансерного наблюдения за состоянием здоровья граждан, в 2019–2021

гг. являлся Порядок проведения диспансерного наблюдения, утвержденный Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 марта 2019 г. № 173н<sup>2</sup> и действующий на момент проведения исследования. С 01.09.2022 г. вступил в силу Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 марта 2022 г. № 168н<sup>3</sup>.

Инвалиды вследствие болезней органов дыхания подлежат ежегодному диспансерному наблюдению: у терапевта (один раз в три месяца), у пульмонолога (один раз в шесть месяцев). С бронхиальной астмой предусмотрено дополнительное наблюдение у аллерголога один раз в год.

Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 402н, Министерства здравоохранения Российской Федерации № 631 от 10.06.2021 г.<sup>4</sup> утвержден перечень медицинских обследований, необходимых для получения клинко-функциональных данных, в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы, в который входят основные и дополнительные методы обследования.

К основным методам относятся:

1. Консультация врача-терапевта, или врача общей практики (семейного врача), или врача-пульмонолога (давностью не более 1 месяца с даты проведения). Консультация необходима в целях определения формы и тяжести течения, активности процесса, наличия и частоты обострений, распространенности патологического процесса, включения органов-мишеней, наличия осложнений, степени выраженности дыхательной недостаточности.
2. Общий (клинический) анализ крови (давностью не более 1 месяца с даты проведения); биохимический (общеклинический) анализ крови с обязательным указанием уровней общего белка и его фракций, серомукоида, общего холестерина, липопротеинов низкой плотности, липопротеинов высокой плотности, триглицеридов, глюкозы (давностью не более 1 месяца с даты проведения).
3. Рентгенография органов грудной клетки в 2-х проекциях с описанием результатов (давностью не более 2 месяцев с даты проведения).
4. Исследование функции внешнего дыхания (базисные пробы и пробы с бронхолитиком) (давностью не более 2 месяцев с даты проведения).

<sup>1</sup> Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 27н, Министерства здравоохранения Российской Федерации № 36н от 01.02.2021 «Об утверждении формы направления на медико-социальную экспертизу медицинской организацией и порядка ее заполнения». URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202106010031> (утратил силу, дата обращения: 01.10.2022).

<sup>2</sup> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.03.2019 № 173н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми». URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201904260046> (утратил силу, дата обращения: 03.10.2022).

<sup>3</sup> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 марта 2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми». URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202204210027> (дата обращения: 01.10.2022).

<sup>4</sup> Приказ Министерства труда Российской Федерации № 402н, Министерства здравоохранения Российской Федерации № 631н от 10.06.2021 «Об утверждении перечня медицинских обследований, необходимых для получения клинко-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы». URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/401456536/> (дата обращения: 05.10.2022).

5. Пульсоксиметрия (давностью не более 2 месяцев с даты проведения).

В случае необходимости уточнения характера поражения органов дыхания или получения дополнительных сведений по сопутствующим заболеваниям предусмотрены дополнительные медицинские обследования.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Изучение организации медицинской помощи 132 инвалидам вследствие болезней органов дыхания в 2019 г. показало, что среди них 65,2 % составили инвалиды с хронической обструктивной болезнью легких, 24,2 % – с бронхиальной астмой, 10,6 % – с бронхоэктатической болезнью. Большая часть из них имели III группу инвалидности (85,6 %), II группа была у 14,4 % инвалидов. В результате исследования установлено, что в 2019 г. 100,0 % инвалидов получили стационарное лечение (168,9 госпитализаций на 100 инвалидов). Средняя длительность стационарного лечения составила 17,6 дня (табл. 1).

Проведенный анализ выполненных объемов и видов медицинских обследований и консультаций в поликлинике инвалидами вследствие БОД в 2019 г. позволил установить, что все инвалиды были консультированы врачами-терапевтами, но не в полном объеме. Всего проведено 324,2 консультации на 100 инвалидов, меньше всего инвалидам вследствие бронхоэктатической болезни – 228,6 на 100 инвалидов. Согласно нормативным до-

кументам врачами-пульмонологами должно было быть проведено не менее двух консультаций за год. По данным нашего исследования, в среднем была выполнена одна консультация врачом-пульмонологом (с частотой 118,9 консультации на 100 инвалидов).

Анализ объема и видов проведенных обследований показал: несмотря на то что все инвалиды получили то или иное обследование, частота их была ниже, чем предусмотрено нормативами<sup>5</sup>. Так, в 2019 г. было проведено в среднем 5 обследований одному инвалиду (567,4 на 100 инвалидов), 2 лабораторных обследования (222,7 на 100 инвалидов), 3 инструментальных (342,4 обследования на 100 инвалидов).

Установлено, что 34,8 % инвалидов были консультированы врачами клинических специальностей – это лишь каждый третий инвалид (кардиологом, аллергологом, хирургом, травматологом), что составило 43,2 консультации на 100 инвалидов. Однако 16,4 % инвалидов с сопутствующими заболеваниями не были проведены никакие обследования по сопутствующему заболеванию.

Изучение объема и видов реабилитационных мероприятий, полученных инвалидами с целью улучшения состояния здоровья и профилактики осложнений заболевания, показало, что в течение 2019 года большинство из них получали те или иные реабилитационные мероприятия, однако объем оказанной медицинской помощи инвалидам не полностью соответствовал регламентирующим документам (табл. 2).

Таблица 1. Показатели организации медицинской помощи инвалидам в 2019 г., на 100 инвалидов

Table 1. Indicators of the organization of medical care for people with disabilities in 2019, per 100 people with disabilities

Заболевания	Количество госпитализаций на 100 пациентов	Средняя длительность лечения	Количество консультаций врача-терапевта	Количество консультаций пульмонолога	Количество лабораторных методов исследования	Количество инструментальных методов исследования
Бронхиальная астма	200,0	20,7	262,5	116,7	275,0	293,8
Хроническая обструктивная болезнь легких	160,5	16,5	362,8	120,5	208,1	359,3
Бронхоэктатическая болезнь	150,0	16,8	228,6	111,1	214,3	350,0

Таблица 2. Реабилитационные мероприятия, проведенные инвалидам вследствие болезней органов дыхания в 2019 г., на 100 инвалидов

Table 2. Rehabilitation activities carried out for people with disabilities due to respiratory diseases in 2019, per 100 people with disabilities

Заболевания	ЛФК	Массаж	Фитотерапия	Физиотерапия	Небулайзерная терапия	Медико-психологическое консультирование
Бронхиальная астма	565,6	15,6	125,0	112,5	234,4	–
Хроническая обструктивная болезнь легких	558,1	8,1	77,9	94,2	247,7	11,6
Бронхоэктатическая болезнь	464,3	–	35,7	107,1	200,0	–

<sup>5</sup> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.03.2019 № 173н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201904260046> (дата обращения: 11.01.2023).

Анализ медицинской помощи, оказанной в 2021 г. в период пандемии COVID-19, показал, что значительно снизился уровень госпитализации инвалидов. Так, лишь 40,3 % инвалидов получили стационарное лечение (139,2 госпитализации на 100 инвалидов), чаще инвалиды с бронхоэктатической болезнью. Средняя длительность пребывания в стационаре также снизилась и составила 10,2 койко-дня, в том числе при лечении инвалидов с хронической обструктивной болезнью легких – 12,1 койко-дня, с бронхоэктатической болезнью – 9,1 койко-дня, с бронхиальной астмой – 8,5 койко-дня.

В 2021 г. врачами-терапевтами консультирована половина инвалидов (56,8 %), чаще инвалиды вследствие бронхиальной астмы, врачами-пульмонологами проконсультирована четверть инвалидов (25,2 %).

У половины инвалидов (51,1 %) были сопутствующие заболевания, однако консультации по этим заболеваниям не были проведены.

Анализ объема и видов проведенных обследований инвалидам с БОД показал, что лишь треть инвалидов (38,1 %) получила лабораторные исследования (чаще инвалиды с бронхоэктатической болезнью), 41,7 % инвалидов были выполнены необходимые инструментальные методы исследования, чаще инвалидам с бронхиальной астмой.

Реабилитационные мероприятия получили не все инвалиды, а лишь половина (45,8 %). Так, лечебная физическая культура проведена лишь 30,9 % инвалидов. Небулайзерную терапию пациенты получали дома, и ею воспользовались 58,9 % инвалидов. Фитотерапия, физиотерапевтические процедуры, массаж грудной клетки, медико-психологическое консультирование в 2021 г. ввиду ограничительных мер по COVID-19 инвалидам не проводились.

Анализ направлений на медико-социальную экспертизу (МСЭК) показал, что в 2019 г. почти все направления были оформлены с замечаниями (98,3 %), однако после проведения с врачами обучающих семинаров в 2021 г. их доля снизилась и лишь треть направлений были с дефектами (32,3 %). В 2019 г. в 29,2 % случаев отсутствовали общий (клинический) анализ крови развернутый, анализ крови биохимический общетерапевтический, общий (клинический) анализ мочи, в 2021 г. доля таких нарушений уменьшилась и их доля составила 6,3 %.

Консультации врача-пульмонолога в 2019 г. не были представлены в 13,1 % направлений на экспертизу (в 2021 г. – в 4,2 %), описание рентгенографии легких – в 14,4 % случаев (в 2021 г. – в 4,9 %), результаты пульсоксиметрии – в 4,0 % случаев (в 2021 г. – в 4,6 %), электрокардиограммы – в 2,3 % случаев (в 2021 г. – в 3,2 %).

Ввиду отсутствия сведений о проведенных обследованиях врачи-специалисты МСЭК были вынуждены направлять пациентов на дополнительное

обследование, что приводило к увеличению сроков проведения экспертизы (до 30 дней и более).

Для определения стойкости нарушенных функций и клинико-функциональных данных необходима четкая картина подробного анамнеза заболевания с детальным описанием развития заболевания, проведения курсов стационарного лечения, реабилитационных мероприятий. Эта информация должна быть отражена в пункте 23 формы 088/у. Однако в 2019 г. в 7,0 % случаев не было описано стационарное лечение (в 2021 г. – в 0,7 %). В 2,0 % случаев в направлении было отражено лишь одно стационарное лечение, а фактически было проведено 2 стационарных лечения с интенсивной комплексной терапией (в 2021 г. этот показатель составил 1,4 %). В 2019 г. в 6,4 % случаев даты стационарных лечений не совпадали с фактическими датами (в 2021 г. – 0,7 %), соответственно в 8,4 и 1,8 % направлений (п. 23) не был оформлен анамнез заболевания (табл. 3).

В связи с кратким и недостоверным описанием анамнеза заболевания врачам МСЭК приходилось затрачивать дополнительное время на изучение «Медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях».

Важным моментом в предоставленной медицинской помощи являются мероприятия по обеспечению пациентов лекарственными препаратами, которые должны быть отражены в пункте 34 направления на МСЭК. Так, в 6,0 % случаев был не заполнен пункт 34 (в 2021 г. – 0,7 %). Однако при изучении медицинских карт пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, у данных пациентов имелись рецепты на получение лекарственных препаратов, что подтверждало их регулярный прием.

После проведения обучающих семинаров с врачами-специалистами амбулаторно-поликлинических медицинских организаций качество оформления направления на МСЭК значительно повысилось: снизились средние сроки ожидания ее проведения (с 24,5 до 12,3 дня), среднее время процедуры освидетельствования (с 15 до 7,4 мин.), что позволило сократить сроки получения инвалидами мер социальной помощи.

## ОБСУЖДЕНИЕ

Контроль оказанной медицинской помощи инвалидам вследствие болезней органов дыхания можно провести по трем направлениям:

- контроль соблюдения кратности медицинских обследований, госпитализаций, врачебных консультаций, реабилитационных мероприятий;
- контроль кратности и длительности пребывания на стационарном лечении;
- контроль направлений пациентов на медико-социальную экспертизу и ее результата освидетельствования.

Таблица 3. Результаты оценки направлений на медико-социальную экспертизу в 2019 и 2021 гг.

Table 3. The results of the assessment of referrals for medical and social expertise in 2019 and 2021

Показатели	2019 г. (N = 298)		2021 г. (N = 285)		p
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	
Отсутствие общего (клинического) анализа крови, анализа крови биохимического общетерапевтического, общего (клинического) анализа мочи	87	29,2 ± 2,6	18	6,3 ± 1,4	< 0,001
Отсутствие консультации врача-пульмонолога	39	13,1 ± 2,0	12	4,2 ± 1,2	< 0,05
Отсутствие описания рентгенографии легких	43	14,4 ± 2,0	14	4,9 ± 1,3	< 0,05
Отсутствие исследования уровня кислорода крови (пульсоксиметрия)	12	4,0 ± 1,1	13	4,6 ± 1,2	> 0,05
Отсутствие электрокардиограммы	7	2,3 ± 0,9	9	3,2 ± 1,0	> 0,05
Отсутствие КТ-исследования	4	1,3 ± 0,7	3	1,1 ± 0,6	> 0,05
Отсутствие МРТ	4	1,3 ± 0,7	1	0,4 ± 0,4	> 0,05
Не описано стационарное лечение	21	7,0 ± 1,5	2	0,7 ± 0,5	< 0,05
Описано лишь одно стационарное лечение (а по факту было два)	6	2,0 ± 0,8	4	1,4 ± 0,7	> 0,05
Несовпадение дат стационарных лечений	19	6,4 ± 1,4	2	0,7 ± 0,5	< 0,05
Не описан анамнез заболевания	25	8,4 ± 1,6	5	1,8 ± 0,8	< 0,05
Не отражены лекарственные препараты	18	6,0 ± 1,4	2	0,7 ± 0,5	< 0,05
Не указан адрес и телефон	4	1,3 ± 0,7	4	1,4 ± 0,7	> 0,05
Несовпадение паспортных данных	4	1,3 ± 0,7	3	1,1 ± 0,6	> 0,05

При выявлении нарушений – отсутствие консультации врача – терапевта, пульмонолога, отказ в направлении на госпитализацию – соответствующие случаи оказания медицинской помощи подлежат медицинской экспертизе для решения вопросов о причинах нарушений, несвоевременного направления и устранения данных нарушений.

В ходе экспертизы также оцениваются: соответствие проведенных технологий при обследовании требованиям клинических рекомендаций; соответствие формы направления на медико-социальную экспертизу; полнота заключений специалистов при проведении обследований и консультаций с клиническими рекомендациями.

При выявлении нарушения по результатам экспертизы специалисты медицинской организации оказывают содействие в организации необходимых консультаций или обследований.

Анализ организации медицинской помощи инвалидам вследствие БОД позволил выявить, что не в полном объеме выполняются лечебно-диагностические и реабилитационные услуги, что способствует утяжелению течения болезни с развитием осложнений.

Организация медицинской помощи инвалидам вследствие заболеваний БОД требует дальнейшего совершенствования, планирования организационных мер в период каких-либо чрезвычайных ситуаций, так как снижение необходимого объема медицинской помощи приводит к ухудшению качества жизни инвалидов, утяжеляется группа инвалидности, нарастает у работающих инвалидов временная нетрудоспособность. При этом увеличивается потребность инвалидов в реабилитационной помощи, социальных услугах [3].

## ВЫВОДЫ

1. Анализ объемов и видов лечебно-диагностической помощи инвалидам вследствие БОД выявил, что не все пациенты получили стационарное лечение, лечебно-диагностические мероприятия и реабилитационные услуги согласно действующим на момент исследования нормативным документам.
2. В период развития новой коронавирусной инфекции значительно уменьшился объем лечебно-диагностической помощи инвалидам, что отразилось на их состоянии здоровья. Переболели вирусной пневмонией 87,9 % инвалидов, из них 9 умерли, летальность составила 7,8 %. В связи с ухудшением состояния здоровья 5 инвалидам (3,8 %) (3 инвалида II группы и 2 – III группы) повысили группы инвалидности.
3. После проведения обучающих семинаров с врачами-специалистами амбулаторно-поликлинических медицинских организаций качество оформления направления на медико-социальную экспертизу значительно повысилось: снизились средние сроки ожидания проведения экспертизы (с 24,5 до 12,3 дня), среднее время проведения медико-социальной экспертизы (с 15 до 7,4 мин.), что позволило сократить сроки получения инвалидами мер социальной помощи.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Своевременная консультация врача-специалиста, эффективное стационарное лечение, активные методы реабилитации оказывают благотворное влияние на течение заболевания и предупреждение его осложнений, что приводит к снижению показателей заболеваемости и инвалидности, а также к уменьшению более тяжелых групп инвалидности.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Conflict of interests.** The authors declare that there is no conflict of interests.

## ВКЛАД АВТОРОВ

**И.Ф. Муханова** – подборка и анализ материала, сбор и обработка данных, написание текста.

**В.Н. Павлов** – идея исследования, обсуждение концепта, редактирование рукописи.

**Д.Р. Еникеева** – концепция и дизайн исследования, анализ материала, редактирование.

**Ф.С. Билалов** – обсуждение концепта, редактирование рукописи.

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки (собственные ресурсы).

**Financial support.** The study was not sponsored (own resources).

## AUTHOR CONTRIBUTIONS

**Irina F. Mukhanova** – material selection and analysis, data collection and processing, text writing.

**Valentin N. Pavlov** – research concept and design, selection and analysis of material, text writing, editorial staff.

**Dinara R. Enikeeva** – concept and design of the study, analysis of material, editorial staff.

**Fanil S. Bilalov** – discussion of the concept, data collection and processing.

## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- 1 Пайков А.Ю., Запарий Н.С., Аболь А.В. Характеристика инвалидности взрослого населения вследствие болезней органов дыхания в Ростовской области. Здоровье населения и среда обитания. 2021; 3: 9–17. <https://doi.org/10.35627/2219-5238/2021-336-3-9-17>
- 2 Авдеев С.Н., Айсанов З.Р., Белевский А.С. и др. Новые возможности в профилактике обострений хронической обструктивной болезни легких. Заключение группы специалистов Российского респираторного общества. Пульмонология. 2017; 27(1): 108–113. <https://doi.org/10.18093/0869-0189-2017-27-1-108-113>
- 3 Шургая М.А. Инвалидность вследствие класса болезней органов дыхания у граждан пожилого возраста. Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2021; 3: 69–74. <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9537-2017-20-2-69-74>
- 4 Дымочка М.А., Верегина Н.Б. Первичная инвалидность взрослого населения в Российской Федерации за период 2012–2017 гг. Медико-социальные проблемы инвалидности. 2018; 4: 8–16.
- 5 Пузин С.Н., Шургая М.А., Маметов С.С. Инвалидность в XXI веке. Состояние проблемы медико-социальной реабилитации и абилитации инвалидов в современной России. Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2018; 1–2: 10–17.
- 6 Колосов В.П., Манаков Л.Г., Демура О.В. Основные направления совершенствования пульмонологической помощи населению и их результативность на территории Амурской области. Бюллетень физиологии и патологии дыхания. 2019; 73: 8–16. <http://dx.doi.org/10.36604/1998-5029-2019-73-8-16>
- 7 Чучалин А.Г. COVID-19 и безопасность человека. Терапевтический архив. 2021; 93(3): 253–254. <http://dx.doi.org/10.26442/00403660.2021.03.200717>
- 8 Концевая А.В., Муканеева Д.К., Баланова Ю.А. и др. Экономический ущерб от болезней органов дыхания и хронической обструктивной болезни легких в Российской Федерации. Пульмонология. 2019; 29(2): 155–166. <https://doi.org/10.18093/0869-0189-2019-29-2-159-166>
- 1 Paikov A.Yu., Zapariy N.S., Abol A.V. Characterization of respiratory disability in the adult population of the Rostov region. Public Health and Life Environment. 2021; 3: 9–17 (In Russian). <https://doi.org/10.35627/2219-5238/2021-336-3-9-17>
- 2 Avdeev S.N., Aisanov Z.R., Belevskiy A.S., et al. New opportunities for prevention of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Russian Respiratory Society Expert Opinion. Pulmonology. 2017; 27(1): 108–113 (In Russian). <https://doi.org/10.18093/0869-0189-2017-27-1-108-113>
- 3 Shurgaya M.A. Disability due to a class of respiratory diseases in elderly citizens. Medico-social expertise and rehabilitation. 2021; 3: 69–74 (In Russian). <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9537-2017-20-2-69-74>
- 4 Dymochka M.A., Veregina N.B. Primary disability of the adult population in the Russian Federation for the period 2012–2017. Medico-social problems of disability. 2018; 4: 8–16 (In Russian).
- 5 Puzin S.N., Shurgaya M.A., Mametov S.S. Disability in the 21st century. State of the problem of medical and social rehabilitation and habilitation of disabled people in modern Russia. Medico-social expertise and rehabilitation. 2018; 1–2: 10–17 (In Russian).
- 6 Kolosov V.P., Manakov L.G., Demura O.V. The main directions of improving pulmonological care for the population and their effectiveness in the territory of the Amur Region. Bulletin of physiology and pathology of respiration. 2019; 73: 8–16 (In Russian). <http://dx.doi.org/10.36604/1998-5029-2019-73-8-16>
- 7 Chuchalin A.G. COVID-19 and human security. Therapeutic archive. 2021; 93(3): 253–254 (In Russian). <http://dx.doi.org/10.26442/00403660.2021.03.200717>
- 8 Kontsevaya A.V., Mukaneeva D.K., Balanova Yu.A., et al. Economic damage from respiratory diseases and chronic obstructive pulmonary disease in the Russian Federation. Pulmonology. 2019; 29(2): 155–166 (In Russian). <https://doi.org/10.18093/0869-0189-2019-29-2-159-166>

## Информация об авторах

**Муханова Ирина Фанисовна** – канд. мед. наук, начальник организационно-методического отдела ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1649-328X>

**Павлов Валентин Николаевич** – академик РАН, д-р мед. наук, профессор, ректор ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2125-4897>

**Еникеева Динара Раисовна** – канд. мед. наук, доцент кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом оценки технологий здравоохранения Института дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2654-4073>

**Билалов Фаниль Салимович** – д-р мед. наук, доцент кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом оценки технологий здравоохранения Института дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6644-1736>

### Information about the authors

**Irina F. Mukhanova** – Cand. of Sci. (Medicine), Head of the Organizational and Methodological Department, Main Bureau of Medical and Social Expertise of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1649-328X>

**Valentin N. Pavlov** — Academician of the RAS, Dr. of Sci. (Medicine), Professor, Rector, Bashkir State Medical University.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2125-4897>

**Dinara R. Enikeeva** – Cand. of Sci. (Medicine), Associate Professor, Department of Public Health and Health Organization with the Health Technology Assessment Course of Institute of Additional Education, Bashkir State Medical University.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2654-4073>

**Fanil S. Bilalov** – Dr. of Sci. (Medicine), Associate Professor, Department of Public Health and Health Organization with the Health Technology Assessment Course of Institute of Additional Education, Bashkir State Medical University.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6644-1736>