

ДЕЗАДАПТИРУЮЩИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

У БОЛЬНЫХ, НАПРАВЛЕННЫХ НА МСЭ
С СОМАТОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ,
В ПРАКТИКЕ ЭКСПЕРТНОГО СОСТАВА ГБ МСЭ

Т.Г. Демидович, Е.В. Сенько, Л.Г. Гаркуша

ФГУ «ГБ МСЭ по Иркутской области»
Минтруда России

2018

Материал и методы:

В качестве материала использованы
данные об очных освидетельствованиях

в Третьем экспертном составе
(смешанного профиля)

ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области»
Минтруда России

в период **2015–2017** гг.

Цель и задачи:

- анализ структуры и частоты соматоневрологических заболеваний и нервно-психических расстройств (по МКБ-10) в контингенте лиц, направленных на МСЭ медицинскими организациями общемедицинской сети с основным диагнозом соматического или неврологического заболевания, у которых при освидетельствовании в экспертном составе ГБ МСЭ выявлены дезадаптирующие психические

Цель и задачи (продолжение):

- организации

- экспертно-реабилитационной диагностики психических расстройств в ГБ МСЭ,

- экспертной тактики межведомственного взаимодействия для верификации предварительного,

впервые сформулированного в экспертном составе,

клинико-экспертного психиатрического диагноза

и

- порядка дальнейшего освидетельствования.

Результаты:

в течение анализируемого периода
в контингенте очно освидетельствованных
в Третьем экспертном составе ГБ МСЭ
доля обследованных психиатром ежегодно увеличивалась

на **12,7 – 16,3** пункта:

- **2015** г. – 86 чел., **23,6%**;
- **2016** г. – 70 чел., **36,3%**;
- **2017** г. – 80 чел., **52,6%**

Соматоневрологические заболевания
при направлении на медико-социальную экспертизу
по рангу и классам основного заболевания (по МКБ-10)
распределились:

В 2015 Г

- 1** ранговое место – болезни системы кровообращения (32,5%),
- 2** – болезни костно-мышечной системы (19,8%),
- 3** – болезни нервной системы (15,1%),
- 4** – последствия травм (в т. ч. ЧМТ (10,5%),
- 5** – болезни эндокринной системы (8,1%),
- 6** – болезни органов пищеварения (4,7%),
- 7** – злокачественные новообразования (3,4%),
- 8** – болезни органов дыхания (2,3%); болезни мочеполовой системы (1,2%), инфекционные болезни (1,2%), болезни уха (1,2%)
– единичны;

Соматоневрологические заболевания
при направлении на медико-социальную экспертизу
по рангу и классам основного заболевания (по МКБ-10)
распределились (продолжение):

В 2016 Г

- 1 ранговое место – болезни нервной системы (37,1%),
- 2 – болезни системы кровообращения (17,1%),
- 3 – болезни костно-мышечной системы (15,7%),
- 4 – последствия травм (в т. ч. ЧМТ (11,5%),
- 5 – болезни эндокринной системы (10,0%),
- 6 – болезни органов пищеварения (2,9%),
- 7 – инфекционные болезни (2,9%),
- 8 – злокачественные новообразования (1,4%); болезни органов дыхания (1,4%) – единичны;

Соматоневрологические заболевания
при направлении на медико-социальную экспертизу
по рангу и классам основного заболевания (по МКБ-10)
распределились (продолжение):

В 2017 г

- 1** ранговое место – болезни костно-мышечной системы (23,7%),
- 2** – болезни нервной системы (22,5%),
- 3** – болезни последствия травм (в т. ч. ЧМТ – (12,5%),
- 4** – болезни системы кровообращения (11,2%),
- 5** – злокачественные новообразования (8,8%),
- 6** – болезни эндокринной системы (7,5%),
- 7** – болезни органов пищеварения (5,0%),
- 8** – болезни органов дыхания и болезни уха (по 3,8%),
болезни крови (1,2) – единичный случай

Соматоневрологические заболевания

при направлении на медико-социальную экспертизу
по рангу и классам основного заболевания (по МКБ-10) (продолжение):

в 2015–2016 гг

первые пять ранговых мест занимали

-заболевания классов **IV** (болезни эндокринной системы),

- **VI** (болезни нервной системы),

-**IX** (болезни системы кровообращения),

-**XIII** (болезни костно-мышечной системы),

-**XIX** (последствия травм, в т.ч. ЧМТ).

Суммарная доля этих классов заболеваний составила

-в **2015** г. – **86%**, в **2016** г. – **91,4%**.

Показания к обследованию психиатром

определялись специалистами экспертного состава коллегиально, с учетом результатов экспериментально-психологического обследования.

Психиатром экспертного состава осуществлялось:

- клинико-психопатологическое обследование освидетельствуемых,
- формировались полные систематизированные анамнестические сведения, в том числе на основании:
 - анализа представленных медико-экспертных документов,
 - сведений объективного анамнеза от сопровождающих освидетельствуемых родственников.

Экспертным составом

в части случаев оформлялись запросы:

- о предоставлении документов об образовании,
 - заключений ПМПК,
- характеристик образовательных учреждений,
 - сведений из военкоматов,
 - медицинских карт амбулаторного больного,
 - выписок из медицинских карт стационарного больного учреждений психиатрической службы

Психиатром экспертного состава

уточнялся патопластический фон,
семейный анамнез – информация, как правило,
отсутствующая в направительных документах

и, таким образом, реализовывался принцип (1947):

«Квалифицированный эксперт дает оценку не
дефекту, а человеку, носителю этого дефекта».

В результате проведения
экспертно-реабилитационной диагностики
в Третьем экспертном составе

впервые формулировался
предварительный полный клинико-экспертный
диагноз,

отражающий мнение специалистов состава

о нозологии нервно-психического расстройства,
виде и степени выраженности

дезадаптирующих психопатологических синдромов

Выявленные
в Третьем экспертном составе
психические расстройства
по рангу и нозологическим формам
распределились:

- Органические психические расстройства
 - 2015 — 58, доля — 67,4%,
 - 2016 — 47, доля — 67,1%,
 - 2017 — 45, доля — 56,2%

Выявленные психические расстройства распределились (продолжение):

- в структуре органических психических расстройств
в **2015–2016** гг. преобладали:
 - органическое расстройство личности
(2015 – 47,7%, 2016 – 42,8%, 2017 – 26,2%),
 - органическое эмоционально лабильное астеническое
расстройство
(2015 – 17,4%, 2016 – 22,9%, 2017 – 30%);
 - случаи деменции единичны
(2015 – 2, доля – 2,3%, 2016 – 1, доля – 1,4%,
2017 – не выявлено)

Выявленные психические расстройства распределились (продолжение):

- Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (2015 – 13, доля – **15,1%**; 2016 – 8, доля – **11,4%**; 2017 – 16, доля – **20%**);

в подавляющем большинстве случаев **клиническая картина** определялась

СЛОЖНЫМ СИМПТОМОКОМПЛЕКСОМ

коморбидных соматоформных, тревожно-фобических, диссоциативных, конверсионных, ипохондрических расстройств;

Выявленные психические расстройства распределились (продолжение):

- Патологическое развитие личности ипохондрического типа,

в части случаев со стойкой
сутяжно-паранойяльной симптоматикой

- 2015 – 4, доля – 4,7%;

- 2016 – 4, доля – 5,7%;

- 2017 – 7, доля – 8,8%

Выявленные психические расстройства распределились (продолжение):

- Расстройство личности
 - 2015 – 0;
 - 2016 – 4, доля – 5,7%;
 - 2017 – 5, доля – 6,3%;

- Умственная отсталость
 - 2015 – 3, доля – 3,5%;
 - 2016 – 0;
 - 2017 – 1, доля – 1,2%

Выявленные психические расстройства распределились (продолжение):

- Шизофрения и расстройства шизофренического спектра
 - 2015 – 3, доля – 3,5%;
 - 2016 – 1, доля – 1,4%;
 - 2017 – 1, доля – 1,2%;
- Аффективные расстройства
 - 2015 – 2, доля – 2,3%;
 - 2016 – 0; - 2017 – 0

Выявленные психические расстройства распределились (продолжение):

- психические расстройства детского возраста рубрик F80, F83, F93:
 - 2015 – 0;
 - 2016 – 3, доля – 4,3%; - 2017 – 0;
- психических расстройств не выявлено, акцентуация личности:
 - 2015 – 3, доля – 3,5%;
 - 2016 – 3, доля – 4,3%;
 - 2017 – 5, доля – 6,3%

Выявленные психические

расстройства распределились (продолжение):

Таким образом, среди **выявленных**
в Третьем экспертном составе
психических расстройств преобладали:

- органические психические расстройства,
- невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства,
- патологическое развитие личности и расстройства личности.

Все освидетельствованные экспертным составом с выявленными психическими расстройствами:

- 2015 – 83, доля – 96,5%;

- 2016 – 67, доля – 95,7%;

- 2017 – 75, доля – 93,7%

- информированы специалистами состава о наличии показаний для обращения в психиатрическую службу, динамического наблюдения психиатром

по направлению медицинской организации, при согласии

Выявлены показания для обследования

в **психиатрическом** стационаре

(отделение пограничных состояний,
стационар дневного пребывания):

- **2015** – 62, доля – **72,1%**;

- **2016** – 67, доля – **51,4%**;

- **2017** – 75, доля – **53,8%**

В части случаев :

- 2015 – 3, доля – 3,5%;

- 2016 – 3, доля – 4,3%;

- 2017 – 11, доля – 13,8%

наличие показаний к обследованию

в психиатрическом стационаре с условием

направления на обследование медицинской организацией

отмечено в разделе «Комментарии к экспертному решению»

протокола проведения МСЭ

Понимание целесообразности обследования исключали:

выраженное агрессивное, конфронтационное, демонстративное, аутистическое поведение во время освидетельствования;

выраженный психический инфантилизм
(при отсутствии на освидетельствовании
сопровождающих близких родственников)

Психический статус, предварительный диагноз либо дифференциально-диагностический ряд вносились в раздел «Данные» протокола проведения МСЭ.

Базой стационарного обследования

являются отделения пограничных состояний
Иркутской областной клинической психиатрической
больницы №1.

План обследования включает получение
заключения консультанта-психиатра ГБ МСЭ,
главного психиатра Министерства здравоохранения
Иркутской области.

Выбор стационарного обследования в ОПС

для утверждения предварительного диагноза
экспертного состава ГБ МСЭ продиктован:

в условиях стационара врач-психиатр располагает

достаточным временем для установления хорошего контакта

с пациентом, уточнения сведений о пациенте,

оценки эффективности реабилитационных мероприятий

на фоне лечения,

«трансформации» (определение Р.М. Войтенко, 2006)

клинико-экспертного диагноза при взаимодействии

экспертного состава ГБ МСЭ и медицинской организации,

что невозможно в условиях однократной диагностической

консультации в амбулаторном звене психиатрической службы

Доля отказов освидетельствуемых от стационарного обследования в рамках ПДО:

- 2015 г. – 25,8%;
- 2016 г. – 19,4%;
- 2017 г. – 39,5%

Мотивы отказа – жесткие антипсихиатрические установки освидетельствуемых, связанные как

с ипохондрическими идеями

(паранойяльная убежденность в наличии инвалидизирующего соматоневрологического заболевания),

так и опасениями ограничений вследствие постановки на психиатрический учет, стигматизации психиатрическим диагнозом.

Направлены на обследование в ОПС

от числа всех обследованных психиатром :

- 2015 г. — 35 чел, доля — 40,7%;
- 2016 г. — 20 чел, доля — 28,6%;
- 2017 г. — 15 чел, доля — 18,8%

По результатам

проведенного стационарного обследования

установлена и усилена группа инвалидности

по утвержденному предварительному диагнозу

Третьего экспертного состава:

- 2015 г. — 82,1%;

- 2016 г. — 85,0%;

- 2017 г. — 73,3%

Проведение медико-социальной экспертизы сопряжено с высокой ответственностью за правильную квалификацию состояния больного.

В результате проведения экспертно-реабилитационной диагностики в экспертном составе ГБ МСЭ

с участием психиатра реализовывается принцип холистического (целостного) подхода к освидетельствуемым, формируется предварительный полный клинико-функциональный диагноз, после утверждения которого в специализированном стационаре определяется дальнейший порядок освидетельствования,

в целом – повышается качество медико-социальной экспертизы.

Примеры трансформации диагнозов

у освидетельствованных, направленных на МСЭ

с соматоневрологической патологией,

после выявления в Третьем ЭС

дезадаптирующих **психических** расстройств.

Пример 1 (БСК). Ч, 1951 гр. (возраст – 64 г) – III группа

Диагноз Направления на МСЭ:

169.1. Последствия перенесенного геморрагического инсульта от 04.01.2015 с паренхиматозно-вентрикулярным кровоизлиянием в левую гемисферу. Вентрикулярное дренирование по Арендту от 07.01.2015. Церебральный атеросклероз. Артериальная гипертензия 3 ст. риск 4. Умеренный правосторонний гемипарез более выраженный в проксимальных отделах верхней конечности.

Дизестезия в лице справа.

Органическое эмоционально-лабильное расстройство сосудистого генеза. Умеренно выраженное эмоционально-волевое и когнитивное снижение.

Пример 1 (БСК). Ч, 1951 гр. (возраст – 64 г) – II группа
(продолжение):

Предварительный диагноз Третьего ЭС:

F07.0 Органическое расстройство личности в связи с **сосудистым заболеванием головного мозга** (последствия геморагического инсульта от 04.01.2015г., с паренхиматозно-вентрикулярным кровоизлиянием... ЦАС...; АГ 3 ст., риск 4; **последствия затяжного органического психоза с помрачением сознания в постинсультном периоде**) со стойкими выраженными нарушениями астенического (зависимого), эмоционально неустойчивого типа; умеренно выраженным мнестико-интеллектуальным снижением (**мнестические нарушения с тенденцией к выраженным**); у личности с акцентуацией гипертимных черт.

Органическое непсихотическое депрессивное расстройство умеренной тяжести с хроническим течением.

Пример 2. Щ., 1961 г.р. (возраст – 56), – III группа б/ср

Диагноз Направления на МСЭ:

G36. Последствия перенесенного острого рассеянного энцефаломиелита от мая 2013 г. Центральный умеренный квадрипарез, преобладающий в левых конечностях.

Умеренно-выраженные вестибулокоординаторные нарушения.

Элементы моторной афазии. Легкая дисфагия. Тазовые нарушения по типу недержания мочи средней ст.

Умеренные эмоционально-волевые и когнитивные нарушения.

Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь 3

ст. риск 4. ХСН 1. Вертеброгенная (дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника) цервикалгия,

хроническое рецидивирующее течение,

легко-выраженный болевой синдром,

умеренно-выраженный рефлекторно-тонический синдром.

Пример 2. Щ, 1961 г.р, (возраст – 56) – III группа б/ср
(продолжение):

Предварительный диагноз Третьего ЭС:

F07.0 Органическое расстройство личности в связи с **нейроинфекцией** (последствия перенесенного острого рассеянного энцефаломиелита от мая 2013 г. с **тяжелым течением - с кататоническим ступором, аментивноподобным помрачением сознания, затяжным подострым периодом**), со стойкими выраженными, с тенденцией к значительно выраженным, нарушениями эмоционально неустойчивого, зависимого, ипохондрического типа с аффективной вязкостью; психической ригидностью, адинамией, симптоматикой мориоподобного поведения, выраженным мнестико-интеллектуальным снижением. Органическое непсихотическое депрессивное расстройство умеренной тяжести с хроническим течением.

Пример 3. С, 1975 гр. (возраст – 41 г), – УПТ – 0%

Диагноз Направления на МСЭ:

T95. Последствия несчастного случая на производстве от 22.08.2016 г. Термический ожог (пламенем вольтовой дуги) лица, шеи, туловища, верхних конечностей 2–3 степени S=50%, ожога кожи век, роговицы, конъюнктивы I ст.

Послеожоговые рубцы правой верхней конечности,
правого предплечья.

Контрактура правого локтевого сустава
(сгибание/разгибание 10/10/150).

Послеожоговая правосторонняя кривошея.

Пример 3. С, 1975 гр. (возраст – 41 г), – III гр – ТУ
(продолжение):

Предварительный диагноз Третьего ЭС:

F48 Последствия несчастного случая на производстве от 22.08.2016 г., термического ожога пламенем вольтовой дуги лица, шеи, туловища, верхних конечностей 2–3 степени S=50%, ожога кожи век, роговицы, конъюнктивы I ст...

– **Невротическое состояние**

в рамках посттравматического стрессового расстройства со стойкой выраженной астенической, умеренно выраженной тревожной-фобической и депрессивно-ипохондрической симптоматикой, у лица с выраженной акцентуацией интравертированных и сенситивных черт.

A photograph of a dark pebbly beach with a wave crashing onto it under a clear blue sky. The text "СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!" is overlaid in white, bold, uppercase letters across the middle of the image.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!