

ПРАВОВОЙ РАЗБОР: МСЭ, ВВК И ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СИСТЕМЫ КРОВИ (ТРОМБОФИЛИЯ, НАРУШЕНИЯ СВЁРТЫВАНИЯ) И СМЕЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ

1. Краткая постановка вопроса

В предоставленном материале не выделен отдельный текстовый вопрос клиента, однако переданный нормативный массив имеет очевидную правовую направленность: он касается юридической квалификации стойких нарушений функций организма при заболеваниях свёртывающей системы крови (тромбофилия, гемофилия, другие геморрагические состояния), а также смежных вопросов — установления инвалидности, определения категории годности к военной службе и службе в правоохранительных органах, диспансерного наблюдения военнослужащих.

Настоящий разбор построен по наиболее вероятным правовым версиям, которые могут стоять за таким контекстом:

1) установление группы инвалидности либо отказ в её установлении при тромбофилии и нарушениях свёртывания крови; 2) определение категории годности к военной службе и службе в органах при указанных заболеваниях; 3) правовые последствия диспансерного наблюдения после перенесённого заболевания (клещевой боррелиоз); 4) значение психиатрических клинических материалов, включённых в правовой контекст.

2. Правовое регулирование медико-социальной экспертизы

2.1. Основные акты

Ключевой закон — Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». Он определяет понятие инвалида, цели и содержание медико-социальной экспертизы (далее — МСЭ).

Полномочия по проведению МСЭ возложены на федеральные учреждения МСЭ — бюро, главные бюро, Федеральное бюро (статья 8 Закона № 181-ФЗ).

Порядок признания гражданина инвалидом в настоящее время установлен:

- Правилами признания лица инвалидом, утверждёнными постановлением Правительства Российской Федерации от 05.04.2022 № 588;
- Классификациями и критериями, используемыми при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы (в актуальной редакции; фрагменты приведены в источниках 1 и 4).

2.2. Количественная оценка степени нарушений

Действующая система МСЭ использует количественную оценку степени выраженности стойких нарушений функций организма в процентах.

В общем виде градация следующая:

- 10–30% — незначительные нарушения функций (I степень);
- 40–60% — умеренные нарушения функций (II степень);
- 70–80% — выраженные нарушения функций (III степень);
- 90–100% — значительно выраженные нарушения функций (IV степень).

Именно эти проценты соотносятся с группами инвалидности у взрослых:

- III группа инвалидности — при умеренной степени нарушений, то есть в диапазоне 40–60%;
- II группа — при выраженной степени, то есть 70–80%;
- I группа — при значительно выраженной степени, то есть 90–100%;
- для лиц до 18 лет устанавливается категория «ребёнок-инвалид» при наличии стойких нарушений в диапазоне от 40 до 100%.

Само по себе наличие диагноза или кода МКБ не является основанием для установления инвалидности. Значение имеет стойкость нарушений, их выраженность и влияние на жизнедеятельность гражданина. МСЭ проводится

на основании направления медицинской организации либо по самостоятельному обращению гражданина.

3. Применение критериев МСЭ к заболеваниям свёртывающей системы крови

3.1. Что предусматривают приведённые классификационные позиции

В analysed нормативном материале содержатся позиции, относящиеся к разделу «Нарушения свёртываемости крови, пурпура и другие геморрагические состояния» (коды МКБ D65–D69), включая:

- гемофилию А и В — наследственный дефицит факторов VIII и IX (D66, D67);
- болезнь Виллебранда (D68.0);
- наследственный дефицит фактора XI и других факторов свёртывания (D68.1, D68.2);
- тромбофилию (D68.5 — первичная тромбофилия, в том числе дефицит антитромбина, носительство мутации FV Leiden, мутации гена протромбина, дефицит протеинов C и S);
- другую тромбофилию, включая антифосфолипидный синдром, синдром антикардиолипина, наличие волчаночного антикоагулянта (D68.6).

Гемофилия и другие геморрагические заболевания

Из приведённого фрагмента позиции 3.4.1.1 следует, что лёгкая форма гемофилии при отсутствии частых кровотечений, отсутствии кровоизлияний в суставы, мышцы и внутренние органы, при отсутствии потребности в регулярной заместительной терапии оценивается в диапазоне **10–30%**.

Это означает: такого рода нарушения относятся к **незначительным**. Сами по себе они не образуют достаточного основания для установления группы инвалидности у взрослого, поскольку группа инвалидности требует нарушений не ниже **40%**.

Для среднетяжёлых и тяжёлых форм гемофилии, с повторными кровотечениями, гемартрозами, развитием анемии, поражением суставов и инвалидизирующими последствиями, предусмотрены более высокие проценты — вплоть до 90–100%. Конкретная позиция зависит от клинической картины.

Наследственная тромбофилия и антифосфолипидный синдром

Позиция 3.4.3.6 прямо различает:

1. **Лёгкую форму** — без тромбозов в анамнезе, требующую первичной антитромботической профилактики только при ситуационном высоком риске (тяжёлая инфекция, крупные операции и т.п.). Оценка — **10-30%**.
2. **Среднетяжёлую форму** — с одним спровоцированным тромбозом, не идиопатическим, не приводящим к развитию посттромбофлебитической болезни (ПТФБ), и требующую курса вторичной фармакологической профилактики. Оценка — **40-60%**, целевая реабилитационная группа — ЦРГ 7.

Следовательно, если пациент с наследственной тромбофилией перенёс один подтверждённый спровоцированный тромбоз и находится на вторичной профилактике, степень стойких нарушений может быть квалифицирована как умеренная. При подтверждении бюро МСЭ это может соответствовать **III группе инвалидности**.

Вместе с тем важно понимать:

- сам факт носительства мутации без тромбозов и без ограничений жизнедеятельности не даёт оснований для группы;
- перенесённый однократный тромбоз также может быть полностью обратимым состоянием, если нет стойкой патологии, требующей постоянной антикоагулянтной терапии и приводящей к нарушению функций;
- решающим является не диагноз, а стойкая клиничко-функциональная характеристика.

3.2. Практический вывод по МСЭ

1. Лицу с бессимптомной тромбофилией, без тромбоза в анамнезе, как правило, устанавливается лёгкая степень нарушений (10-30%), что не даёт права на установление группы инвалидности.
2. Лицу со среднетяжёлой тромбофилией, перенёсшему один спровоцированный тромбоз и нуждающемуся во вторичной профилактике, при наличии стойких нарушений может быть установлена III группа инвалидности при условии, что степень нарушений оценивается в 40-60%.
3. Лица с повторными тромбозами, посттромбофлебитической болезнью, тромбоэмболией лёгочной артерии в анамнезе, хронической венозной недостаточностью или лёгочной гипертензией должны

освидетельствоваться по соответствующим более тяжёлым позициям классификаций, вплоть до II и I групп.

4. Решение принимается бюро МСЭ после анализа полного пакета медицинских документов. Направление на МСЭ выдаёт лечащая медицинская организация. При несогласии решение бюро можно обжаловать в главное бюро, а затем — в Федеральное бюро и в суд.

4. Военно-врачебная экспертиза и годность к службе

4.1. Общие правила

Для военнослужащих, граждан, поступающих на военную службу по контракту, призывников, а также для сотрудников органов внутренних дел, ФСИН, ФСБ, таможенных органов действует не система МСЭ, а **военно-врачебная экспертиза (ВВК)**. Её задача — определить категорию годности к службе.

Основной правовой акт для военнослужащих — Положение о военно-врачебной экспертизе, утверждённое постановлением Правительства Российской Федерации от 04.07.2013 № 565 (источники 7, 10).

Для отдельных ведомств действуют особые требования к состоянию здоровья:

- для органов внутренних дел — приказ МВД России (источник 8);
- для ФСИН — приказ ФСИН России (источник 6);
- для ФСБ — приказ ФСБ России (источник 12);
- для таможенных органов — приказ ФТС России (источник 9).

4.2. Категории годности

ВВК использует категории:

- **А** — годен к военной службе;
- **Б** — годен с незначительными ограничениями;
- **В** — ограниченно годен к военной службе;
- **Г** — временно не годен;
- **Д** — не годен.

При освидетельствовании применяется расписание болезней. Заболевания крови и кроветворных органов (D50–D89), к которым относятся и гемофилия, и тромбофилия, в военном расписании учитываются по статье о болезнях крови.

Значение имеет не сам диагноз, а клиническая форма и степень нарушения функций:

- лёгкое течение, отсутствие тромбозов и кровотечений, отсутствие потребности в постоянной терапии — может оцениваться как незначительное нарушение функций; соответствующая категория обычно **А** или **Б** в зависимости от графы расписания;
- умеренное течение, редкие эпизоды тромбозов, необходимость в поддерживающей антикоагулянтной терапии — как правило, **В** (ограниченно годен) либо **Б** для определённых граф;
- тяжёлое течение с повторными тромбозами, посттромботическими осложнениями, потребностью в постоянной антикоагулянтной или заместительной терапии — может быть основанием для категорий **В** или **Д**.

Для граждан, поступающих на службу в органы внутренних дел, ФСБ, ФСИН, таможен, требования, как правило, строже, чем для призыва на военную службу. Даже «пограничные» состояния, допустимые в армии, могут стать основанием для отказа в приёме на службу в эти органы.

4.3. Особенность оценки тромбофилии

При наследственной тромбофилии определяющее значение имеют:

- наличие в анамнезе венозных тромбозов, тромбоэмболий;
- рецидивность тромбозов;
- необходимость постоянного приёма антикоагулянтов;
- последствия тромбозов (посттромбофлебитическая болезнь, хроническая венозная недостаточность, нарушения статодинамической функции);
- наличие сопутствующих состояний (ожирение, иммобилизация, хирургические вмешательства).

Носительство мутации без тромбоза и без клинических проявлений, как правило, не является основанием для признания ограниченно годным или негодным к службе.

4.4. Практический вывод по ВВК

1. Вопрос годности решает только ВВК на основании результатов медицинского обследования.
2. При бессимптомной тромбофилии без тромбозов вердикт, скорее всего, будет «годен» либо «годен с незначительными ограничениями».
3. При перенесённом тромбозе и необходимости длительной антикоагулянтной терапии гражданин может быть признан ограниченно

годным (категория В) или негодным (категория Д) — в зависимости от тяжести и ведомственной принадлежности.

4. Не следует отождествлять заключение ВВК и решение МСЭ: возможно одновременное наличие инвалидности и ограниченной годности к службе, но это самостоятельные процедуры с самостоятельными правовыми последствиями.

5. Диспансерное наблюдение военнослужащих после инфекционных заболеваний

В нормативный контекст включён документ об особенностях диспансерного наблюдения за военнослужащими (источник 2). Он содержит, в частности, правила наблюдения после перенесённого **клещевого иксодового боррелиоза** (код МКБ А69.2).

5.1. Сроки и периодичность наблюдения

Для военнослужащих, перенёсших боррелиоз без поражения органов:

- осмотр — через 1 месяц после выписки;
- далее — через 3, 6, 12 и 24 месяца после выписки.

Для военнослужащих, перенёсших боррелиоз **с поражением органов**:

- первый осмотр — через 1 месяц после выписки;
- далее — 1 раз в 3 месяца в течение первого года;
- далее — 1 раз в 6 месяцев в течение второго года.

Также предусмотрено наблюдение врачами-специалистами:

- врач-инфекционист — по показаниям;
- врач-невролог — через 1 и 6 месяцев, далее каждые 6 месяцев;
- врач-терапевт — по той же схеме;
- врач-психиатр — при развитии психических нарушений.

Лабораторная диагностика включает определение IgM и IgG к боррелиям через 6 месяцев после выписки по назначению инфекциониста, а также ЭКГ и ЭЭГ по показаниям.

5.2. Прекращение наблюдения

Важное правовое последствие закреплено прямо в источнике 2:

«Диспансерное наблюдение прекращается при отсутствии жалоб, резидуальных явлений и осложнений в течение установленного срока диспансерного наблюдения».

Если у военнослужащего после боррелиоза сохраняются резидуальные явления (неврологические, психические, кардиологические, суставные), диспансерное наблюдение не прекращается. В таких случаях решается вопрос о дальнейшей годности к военной службе и, при необходимости, о направлении на МСЭ.

5.3. Практический вывод

Перенесённый боррелиоз сам по себе не является безусловным основанием для ограничения годности или установления инвалидности. Но если после завершения курса лечения сохраняются стойкие нарушения функций органов и систем, они должны быть оценены в рамках ВВК либо МСЭ. При этом диспансерное наблюдение является обязательным этапом, подтверждающим динамику состояния.

6. Психиатрические материалы в представленном контексте

Источник 3 представляет собой пример дополнительной профессиональной программы по специальностям «Психиатрия» и «Психотерапия». Это **учебный, а не нормативный правовой акт**. Он не устанавливает прав и обязанностей граждан и не может использоваться как основание для отказа в установлении инвалидности, в приёме на службу или для постановки диагноза.

Вместе с тем он обращает внимание на важную правовую проблему: психические расстройства, особенно после перенесённого заболевания или психотравмирующей ситуации, могут сопровождаться:

- апатией;
- снижением трудоспособности;
- сужением круга общения;
- невозможностью продолжать обучение или службу.

С правовой точки зрения такие состояния оцениваются:

- врачами-психиатрами — для установления клинического диагноза;
- ВВК — для определения годности к службе;

- бюро МСЭ — для установления инвалидности, если психическое расстройство приводит к стойким ограничениям жизнедеятельности.

Психиатрический диагноз не может устанавливаться на основании учебных программ, а только по результатам психиатрического освидетельствования в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7. Практические выводы по всем версиям

1. Диагноз «наследственная тромбофилия» или «гемофилия» не означает автоматического установления инвалидности. Решающее значение имеет степень выраженности стойких нарушений функций, оцениваемая в процентах по критериям МСЭ.
2. Лёгкие формы (10–30%) обычно не дают основания для группы инвалидности. Среднетяжёлые формы с перенесённым тромбозом (40–60%) могут дать право на III группу. Тяжёлые формы с повторными тромбозами и органическими осложнениями могут быть основанием для II или I группы.
3. Для военной службы и службы в правоохранительных органах применяются не проценты МСЭ, а заключение ВВК по категориям годности. При этом учитываются рецидивы тромбозов, необходимость постоянной терапии и наличие осложнений.
4. После перенесённого клещевого боррелиоза военнослужащие подлежат диспансерному наблюдению в установленные сроки. При отсутствии жалоб и резидуальных явлений наблюдение прекращается. При наличии стойких последствий необходимо направление на ВВК и МСЭ.
5. Психиатрические и учебно-методические материалы не создают самостоятельных правовых последствий; они могут использоваться только как вспомогательный клинический ориентир.

8. Список использованных нормативных источников

1. Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».
2. Постановление Правительства Российской Федерации от 05.04.2022 № 588 «О признании лица инвалидом».
3. Классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы (источники 1 и 4; pravo.gov.ru).

-
4. Постановление Правительства Российской Федерации от 04.07.2013 № 565 «Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе» (источники 7 и 10).
 5. Особенности проведения диспансерного наблюдения за военнослужащими Вооружённых Сил Российской Федерации (источник 2).
 6. Требования к состоянию здоровья граждан, поступающих на службу в органы внутренних дел, ФСИН, ФСБ и таможенные органы (источники 6, 8, 9, 12).
 7. Примерные дополнительные профессиональные программы по специальностям «Психиатрия» и «Психотерапия» (источник 3; справочный материал, не являющийся нормативным правовым актом).