

ДАТЫ В ИСТОРИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2017

УДК 616-036.865:614.2:93

Пузин С.Н.^{1,2}, Дмитриева Н.В.¹, Шевченко С.Б.², Осадчук М.А.², Суворов В.Г.³

ИСТОРИЧЕСКИЕ ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ И СТАНОВЛЕНИЯ СЛУЖБЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В РОССИИ

¹ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России, 123995, г. Москва, Россия;

²ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, 119991, г. Москва, Россия;

³ФГБНУ «Научно-исследовательский институт медицины труда», 105275, г. Москва, Россия

Принципы социальной защиты населения в нашей стране начали формироваться с конца X века, с принятием в 988 г. христианства на Руси. Современная история учреждений медико-социальной экспертизы началась 27 апреля 1918 г., когда Народный Комиссариат общественного призрения был преобразован в Комиссариат социального обеспечения, и началось формирование врачебно-трудовых комиссий – предшественников современных учреждений медико-социальной экспертизы. Системе медико-социальной экспертизы Российской Федерации в 2017 г. исполняется 99 лет. По мере становления и развития социального страхования, социального обеспечения и здравоохранения совершенствовалась и система медико-социальной экспертизы, укреплялась ее научная база. Сейчас медико-социальная экспертиза сформировалась в особую отрасль научных знаний и систему практической деятельности. Пройденный путь развития – от врачебно-трудовой экспертизы до создания, становления и развития медико-социальной экспертизы на всей территории России – можно подразделить на ряд этапов, определяемых особенностями политического и социально-экономического состояния.

Ключевые слова: медико-социальная экспертиза; этапы становления.

Для цитирования: Пузин С.Н., Дмитриева Н.В., Шевченко С.Б., Осадчук М.А., Суворов В.Г. Исторические этапы развития и становления службы медико-социальной экспертизы в России. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2017; 20 (1): 50–54. DOI: 10.18821/1560-9537-2017-20-1-50-54

Для корреспонденции: Дмитриева Нина Васильевна; 123995, г. Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1. E-mail: ninamedexp@gmail.com.

Puzin S.N.^{1,2}, Dmitrieva N.V.¹, Shevchenko S.B.², Osadchuk M.A.², Suvorov V.G.³

HISTORICAL STAGES OF DEVELOPMENT AND FORMATION OF SERVICE OF MEDICO-SOCIAL EXAMINATION IN RUSSIA

¹Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Moscow, 125993, Russian Federation;

²I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, 119991, Russian Federation;

³Research Institute of Occupational Health, Moscow, 105275, Russian Federation

The principles of the social protection of the population in Russia began to take shape in the late 10th century, along with the adoption, in 988, of Christianity in Russia. The modern history of institutions of medico-social examination began on 27 April 1918 when the people's Commissariat of public scorn was transformed into the Commissariat of social security, and began the formation of the medical labor commissions of the predecessors of the modern institutions of medico-social examination. Thus, the system of medico-social expertise of the Russian Federation in 2017 has reached the age of 99. As the formation and development of the social insurance, social welfare and health care and improved system of medical-social expertise, strengthen its scientific base. Currently, medical-social examination has formed in a special branch of scientific knowledge and practical activities. The way of the development, passed by the medical-social examination starting from the medical-labor expertise, creation, formation and development of the medical-social examination on the entire territory of Russia can be divided into a number of stages determined by peculiarities of its political and socio-economic status.

Key words: medico-social examination; stages of formation.

For citation: Puzin S.N., Dmitrieva N.V., Shevchenko S.B., Osadchuk M.A., Suvorov V.G. Historical stages of development and formation of service of medico-social examination in Russia. *Mediko-sotsyl'naya ekspertiza i reabilitatsiya (Medical and Social Expert Evaluation and Rehabilitation, Russian Journal)*. 2017; 20 (1): 50–54. (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9537-2017-20-1-50-54>

For correspondence: Nina V. Dmitrieva, Moscow, 125993, Russian Federation. E-mail: ninamedexp@gmail.com.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgment. The study had no sponsorship.

Received 29 December 2016

Accepted 24 January 2017

Становление медико-социальной экспертизы как вида государственной услуги населению в России непосредственно связано с общественной, государственной и социально-экономической политикой в разные периоды исторического развития, формированием и совершенствованием принципов социальной защиты населения [1–6].

Принципы социальной защиты населения в России начали формироваться с конца X века, с принятием в 988 г. христианства на Руси. Народом Руси было глубоко воспринято учение Христа, обращенное к душе человека и призывающее людей печалиться о ближнем, быть милосердными.

Первоначально социальная защита имела форму благотворительности и сводилась лишь к кормлению нищих. Занимались этим «нищелюбцы», особенно князья, духовенство, лучшие люди земли под влиянием только что воспринятого христианского вероучения, к тому же отвечавшего, по-видимому, духу еще языческого славянства.

В 998 г. князь Владимир издал Устав (закон), по которому общественное призрение поручалось попечению и надзору духовенства в лице патриарха и подчиненных ему церковных структур. Этот законодательный акт придавал благотворительной деятельности сравнительно организованный характер. Основным источником финансирования церквей, монастырей и организуемых при них благотворительных учреждений была «десятина» – «десятая часть от всякого суда, из торгу десятая неделя по всем городам от всякого скота на каждый год десятая доля и от всякого хлеба на каждый год десятая доля».

Кроме этого, князь Владимир учредил училища для детей знатных, среднего состояния и убогих людей, создал богадельни, странноприимные дома, учредил народные празднества, заботясь при этом прежде всего о «прокормлении» убогих, странных, сирот и вдовиц, раздавая им всякую милостыню. Есть косвенные свидетельства тому, что при Владимире Святом были учреждены первые на Руси больницы. Эта деятельность постепенно становилась постоянной для княжеской власти и духовенства и принимала все более целенаправленный и организованный характер. Как отмечают историки, «никогда впоследствии, в течение всей остальной нашей истории, на дела благотворительности не уделялось такой значительной части доходов, как в древнейший период княжеской власти».

Становление государства на Руси сопровождалось и быстрым ростом нищенства – по причинам частых войн, набегов беспокойных кочевников, недородов, водных стихий и эпидемий. Люди бежали в крупные города, в монастыри, пополняя ряды «прошак» и бездомных. «Возникали целые слободы и поселения нищенствующих – источники преступлений, болезней, распутства и тунеядства». Появились так называемые притворные нищие и ленивые прошак, живущие за счет нищенского промысла, не желающие работать.

В XVI–XVII вв. нищенство на Руси приобрело масштабное явление, что вызвало необходимость борьбы с ним, определения порядка «разбора (разделения) нищих по «нуждам»: действительно нуждавшиеся в призрении и лечении подлежали отправке в монастырские богадельные заведения, а не желавшие работать тунеядцы подвергались различным наказаниям.

Автором первого славянского закона «Русская Правда», включающего в себя подобие социальной программы, ставшей основой для всех последующих сводов, за-

конов и утвердившей в российской юридической практике основы социальной политики, стал князь Ярослав.

В царствование Ивана IV Грозного положено начало развития государственной системы общественного призрения. В Указе «О милостыне» ставилась задача выявить во всех городах «престарелых и прокаженных, построить для них богадельни, обеспечить питанием и одеждой».

В период татаро-монгольского нашествия прибежищем для убогих, престарелых и нищих стала Русская православная церковь, которая сохранила свои традиции и в разные периоды истории нашей страны оказывала социальную помощь нуждающимся гражданам.

По мере укрепления государства в развитии общественного призрения стали определяться два взаимно дополняющих друг друга направления: продолжение традиций княжеской Руси по благодеяниям в отношении престарелых, сирот и других страждущих; усиление организующего государственного начала, совершенствование форм и масштабов государственного призрения при сохранении и поощрении благотворительной деятельности церкви.

Сосредоточение дела призрения в государственных учреждениях началось после воцарения Романовых в 1613 г. По Указу царя Федора Алексеевича в 1682 г. в Москве было построено два госпиталя. В Указе обращено внимание на необходимость выделять среди нищенствующих тех, кто может работать и наживать хлеб трудом.

Во времена Петра I получила свое развитие позитивная политика в социальной сфере. Нищенство и «нищелюбие» считались одной из причин роста тунеядства и паразитизма в стране. В соответствии с Указом от 30 ноября 1691 г. «О забирации нищих, притворяющихся увечными, и о наказании их», наказанию подвергались люди, которые «притворным лукавством просят на Христово имя милостыни, а при осмотре все здоровы».

В первой четверти XVIII в. расширилось так называемое закрытое призрение новых для России категорий населения (содержание в различных учреждениях благотворительного типа) незаконнорожденных, не способных вовсе к продолжению службы из престарелых, раненых и увечных офицеров, урядников и солдат», инвалидов из матросов и солдат, душевнобольных и «дураков» (безумных от рождения).

Главным начинанием Петра I стало устройство призрения на новых государственных началах – с помощью светских структур (городские и губернские магистраты, финансовые ведомства, старосты и сотские), ограничение роли церкви в социальной политике России. При Петре I введены пенсии, кормовые деньги, обеспечение земель и промыслами – так называемое открытое призрение. Сформированная во времена Петра I система общественного призрения затрагивала главное – необходимость различать нуждающихся по причинам их нужды и определять соответствующие виды помощи, выделять среди нуждающихся работоспособных, профессиональных нищих и другие категории. Появились новые типы заведений: госпитали для сирот, инвалидные дома.

Принятые меры к урегулированию частной благотворительности, организованной помощи общества, создание органов призрения и выделение средств на развитие положили начало последовательной целостной системе социального обеспечения.

Во времена правления Екатерины II государственная система социального обеспечения получила дальнейшее развитие. В принятом ею в 1775 г. «Учреждении для

управления губерний» впервые в законодательном порядке была установлена государственная система общественного призрения для всех гражданских сословий. С этой целью в каждой губернии создавались особые Приказы общественного призрения, на которые возлагалась обязанность организовывать и содержать народные школы, сиротские дома, больницы, аптеки, работные дома (в которых бедные люди могли бы своим трудом добывать себе пропитание) и смирительные дома (для исправления людей). Соответствующие средства для организации и содержания этих учреждений выделялись в качестве первоначального капитала из государственной казны, а изданное в 1785 г. «Городовое положение» узаконило требование к городам об отчислении из своих доходов части средств Приказам общественного призрения. При Екатерине II в России был учрежден первый инвалидный дом, однако, по существу, это была богадельня для призрения раненых, больных и престарелых воинов и их семейств.

В 1803 г. при Министерстве императорских дел создан Медицинский совет, в полномочия которого входило утверждение медицинских свидетельств губернских медицинских управлений «о болезни лиц, испрашивающих пенсию».

В 1843 г. при Министерстве императорского двора (МИД) была создана медицинская часть, в функции которой входило медицинское освидетельствование служащих МИДа для назначения пенсий и пособий и утверждения медицинских свидетельств, составленных лейб-медиками двора и медиками Капитула.

При Николае I появились инвалидные дома для значительного числа призреваемых. К инвалидам в этот период относили тех, кто был не способен ни к каким работам и не мог обходиться без посторонней помощи.

Первый этап становления службы медико-социальной экспертизы

Первые сведения о применении понятия экспертизы трудоспособности населения в России относятся к 1827 г., когда было организовано первое «Русское страховое общество».

В 1858 г. отечественным хирургом Николаем Ивановичем Пироговым была разработана трехразрядная оценка инвалидности для раненых в зависимости от способности выполнять трудовую деятельность.

В 1896 г. введено страхование от несчастных случаев на производстве.

В 1908 г. в Екатеринославле (ныне Днепрпетровск, Украина) по инициативе медицинской общественности с привлечением частного финансирования было организовано первое врачебно-консультационное бюро, ставшее прототипом сформировавшихся в последующем в России органов врачебно-трудовой, медико-социальной экспертизы.

В 1910 г. степень утраты трудоспособности определяли в процентах по шкале, применявшейся для оценки трудоспособности в экспертной практике западных стран: полная утрата трудоспособности – 100%, сильно пониженная – от 70 до 100%, среднепониженная – от 40 до 70% и слабопониженная от 5 до 40%. (аналог сегодняшних 4 степеней нарушения функций организма). Однако такая оценка утраты трудоспособности имела механистический характер.

В дореволюционной России действовал «Закон о страховании рабочих на случай болезни или увечья», принятый в 1912 г., в соответствии с которым пособия застрахованным выдавали за счет фонда, создаваемого

из средств, поступавших от самих работающих и от владельцев предприятий.

После Октябрьской революции 1917 г. первые декреты советской власти касались в первую очередь социального обеспечения победившего в революции пролетариата. В частности, Декрет от 22 декабря 1917 г. «О страховании на случай болезни» предусматривал пособия при болезнях, родах, по случаю смерти работника, а также на некоторые виды бесплатной врачебной помощи: первоначальную, амбулаторное лечение, лечение на дому, кожное лечение с полным содержанием, санаторное и курортное лечение. Страхование за счет средств предпринимателей распространялось на всех наемных работников и членов их семей, на все виды потери трудоспособности, в том числе материнство, с возмещением полного заработка, выплату пособия при родах и родовспоможении, а также кожное лечение с полным содержанием только для застрахованных.

Ранее был принят Декрет СНК от 14 ноября 1917 г. «О бесплатной передаче больничным кассам всех лечебных учреждений и предприятий или, в случае неимения таковых, о выдаче денежных сумм на оборудование их». Предприниматели передавали лечебные учреждения в ведение больничных касс. Были экспроприированы лечебные учреждения, имевшиеся при предприятиях крупных промышленников, у земства, благотворительных организаций. В соответствии с Декретом предприниматели, у которых не имелось лечебных учреждений, обязаны были выдать больничной кассе, в полномочия которой входила организация медицинской помощи, средства на оборудование лечебных учреждений.

В первый год после революции проведение экспертизы трудоспособности было возложено на врачебно-контрольные комиссии (ВКК), созданные при больницах, подчиненных медико-санитарным отделам, а после введения декрета «О страховании на случай болезни» – при страховых кассах.

В ноябре 1917 г. был создан Наркомат государственного призрения, который возглавила А.М. Коллонтай. Оказываемая Наркоматом помощь несовершеннолетним и престарелым гражданам, инвалидам войны и их семьям носила характер милостыни и благотворительности и не соответствовала пониманию задач социального обеспечения с позиций победившего пролетариата. В апреле 1918 г. Наркомат государственного призрения был переименован в Наркомат социального обеспечения, органы которого ведали содержанием домов для престарелых и инвалидов.

Декретом СНК РСФСР от 31.10.1918 г. утверждено «Положение о социальном обеспечении трудящихся», определена система социального обеспечения всех нуждающихся, не эксплуатировавших чужого труда, т. е. всех трудящихся. Основанием для предоставления социального обеспечения были временная утрата средств существования вследствие нетрудоспособности, постоянная утрата трудоспособности, безработица не по вине работника. К видам обеспечения отнесены врачебная, лекарственная и другая научно-поставленная медицинская помощь, родовспоможение, предупредительные меры против заболеваний и по облегчению их последствий.

В соответствии с Положением пенсии при постоянной утрате трудоспособности назначались в случае полной или частичной утраты трудоспособности, независимо от причин, ее вызывавших (болезнь, увечье, старость, профессиональное заболевание и т. п.).

Размер пенсии зависел от степени утраты стойкой трудоспособности в процентах: утратившим от 15 до 29% трудоспособности выплачивали сумму в размере 1/5 полной пенсии; утратившим от 30 до 44% трудоспособности – в размере 1/2 полной пенсии; утратившим от 45 до 60% трудоспособности – в размере 3/4 полной пенсии; свыше 60% – в размере полной пенсии. Оценка степени утраты трудоспособности также имела механистический характер.

С созданием Наркомата социального обеспечения началось формирование врачебно-трудовых комиссий, предшественников современных учреждений медико-социальной экспертизы.

Совершенствование и преобразование службы экспертизы инвалидности в разные периоды истории России обуславливалось требованиями времени, объективной ситуацией социального развития общества и его потребностями по отношению к вопросам социального обеспечения инвалидов.

Второй этап – становление врачебно-трудовой экспертизы (1918–1929)

В соответствии с Конституцией РСФСР 1918 г. был создан Народный комиссариат здравоохранения. Указом СНК РСФСР от 21 февраля 1919 г. в его ведение переданы санитарный надзор, лечебная помощь, а также страховые взносы на врачебную помощь. В этот период финансовое обеспечение страховых фондов было недостаточным из-за неполучения страховых платежей, преимущественно от крупных национализированных предприятий. Средств на выплаты тратилось не столько, сколько было собрано, а сколько требовалось при полной бесконтрольности расходования средств системы сбора страховых взносов, декларируемое местными советами самоуправление страховых фондов было фактически свернуто.

Из-за недостатка средств принципы социального страхования были замещены порядком прямого сметного финансирования социального обеспечения – произошла смена политического и экономического курса в сфере социального обеспечения: от провозглашенных в первых декретах Советской власти страховых принципов социального обеспечения трудящихся к государственному социальному обеспечению.

Декретом СНК РСФСР от 8 декабря 1921 г. «О социальном обеспечении инвалидов» определен круг имеющих право на социальное обеспечение при установлении инвалидности, определены 6 групп инвалидности в зависимости от способности к трудовой деятельности; установлен круг людей, пользующихся правом на социальное обеспечение при инвалидности: а) все работавшие по найму и потерявшие трудоспособность вследствие: увечья, профессионального заболевания или иных причин (старческая дряхлость и пр.), но в последнем случае проработавшие по найму в различных предприятиях и учреждениях не менее 8 лет; б) военнослужащие старой и Красной армии, лишившиеся трудоспособности вследствие увечья или заболевания, полученных на войне или во время нахождения их на военной службе.

Установлены следующие группы инвалидности: 1) инвалиды не только не способные к труду для заработка, но нуждающиеся еще в посторонней помощи для удовлетворения обычных жизненных потребностей; 2) инвалиды, не способные ни к какому труду, дающему заработок, но не нуждающиеся в постоянном уходе; 3) инвалиды, не только вынужденные отказаться от сво-

ей обычной профессии, но и вообще не способные ни к какой регулярной профессиональной работе и могущие добывать средства к существованию лишь случайной, временной и притом легкой работой; 4) граждане, вынужденные перейти к другой профессии более низкой квалификации; 5) вынужденные отказаться от своей обычной профессии и перейти к другой профессии такой же квалификации, если они нуждаются для такого перехода в услугах Народного Комиссариата Социального Обеспечения; 6) люди, могущие продолжать прежнюю профессиональную деятельность, но с пониженной производительностью.

Данная классификация инвалидности, так называемая «рациональная», по поручению Народного комиссара социального обеспечения РСФСР Н.А. Милютин была разработана Н.А. Вигдорчиком в 1921 г. (Николай Абрамович Вигдорчик (1874–1954 гг., врач, писатель, идеолог и организатор социального страхования и профессиональной гигиены, врачебно-трудовой экспертизы в России.) С введением данной классификации во врачебно-трудовой экспертизе начали утверждаться принципы оценки тяжести и степени нарушений функций, их сопоставления с требованиями профессиональной деятельности, впервые болезнь связывалась с социальными факторами, решался вопрос о возможности продолжения профессиональной деятельности, нуждаемости в переводе на другую работу либо полном освобождении от нее.

В Большой медицинской энциклопедии (1-е издание 1921–1936, гл. редактор Н.А. Семашко, научный справочник по всем вопросам медицины и смежных областей, издательство АО «Советская медицина» (ОГИЗ РСФСР) – дано понятие инвалидности: «Инвалидность (от лат. Invalidus – слабый, немощный) – стойкая потеря работоспособности». Отмечено, что первоначальная редакция рациональной классификации инвалидности подверглась в 1925 и 1928 гг. переделкам, и по состоянию на 1932 г. в действующем законодательстве СССР группы III, IV, V и VI имели такую формулировку: III группа – инвалиды, не способные к регулярной работе по найму, но могущие добывать средства случайным и притом легким трудом, если их инвалидность должна повлечь за собой, по заключению органов врачебной экспертизы, уменьшение заработка в размере свыше 50%; IV группа – инвалиды, способные продолжать работу по найму с пониженной трудоспособностью, если их инвалидность должна повлечь за собой, по заключению органов врачебной экспертизы, уменьшение заработка приблизительно в пределах от 30 до 50%; V группа – инвалиды, способные продолжать работу по найму с пониженной трудоспособностью, если их инвалидность должна повлечь за собой, по заключению органов врачебной экспертизы, уменьшение заработка приблизительно в пределах от 15 до 30%; VI группа – инвалиды, способные продолжать работу по своей профессии с пониженной трудоспособностью, если их инвалидность должна повлечь за собой, по заключению органов врачебной экспертизы, уменьшение заработка не более чем на 15%. По своей этиологии инвалидность бывает общей, травматической и профессиональной.

Авторами Большой медицинской энциклопедии (БМЭ) также отмечено, что при процентной системе эксперт оценивает степень инвалидности определенной цифрой, исходя из допущения, что полная работоспособность равна 100%. «Поэтому здесь говорят о потере работоспособности в 20; 30; 50% и т. д. Поскольку существуют готовые таблицы, в которых различные дефекты

организма расценены в определенных процентах потери работоспособности, применять эту систему сравнительно просто. Однако против нее следует выставить много возражений. Несмотря на свою внешнюю «научность» (цифровое измерение известного явления), она в действительности лишена всякого научного обоснования. Лежащие в ее основе цифры опираются лишь на чисто субъективные оценки экспертов, и существующие таблицы представляют чисто механическую их сводку».

Декретом СНК от 1921 г. определены мероприятия по включению инвалидов в труд, создание условий для работы производственных и производственно-потребительских объединений инвалидов, а также иных видов социальной помощи, инвалидам, не способным к труду (то, что в последующем стало называться профессиональной и социальной реабилитацией). Создавались специальные инвалидные мастерские и трудовые колонии Отдела социального обеспечения, инвалидные производственные и производственно-потребительские, кооперативные и т. п. объединения.

В 1924 г. Совнарком утвердил «Положение о ВКК», предусматривающее его состав и функции. В 1927 г. вышло в свет «Положение о Бюро врачебной экспертизы».

В дальнейшем названии БВЭ изменено на «врачебные экспертные комиссии» (ВЭК). В соответствии с «Положением о ВЭК» дополнительно введена необходимость установления характера и причины инвалидности, а также заключения о восстановлении трудоспособности путем долечивания и переобучения.

Одновременно со становлением врачебной экспертизы в стране формировалась система трудоустройства инвалидов. Потребность в трудоустройстве слепых и глухонемых граждан привела к созданию в 1923–1924 гг. в ряде губерний России местных организаций слепых, которые в 1925 г. учредили Всероссийское общество слепых (ВОС). В 1926 г. создано Всероссийское общество глухонемых, впоследствии – глухих (ВОГ). Эти общества взяли на себя обязанности по профессиональному обучению и трудоустройству слепых и глухих граждан во всех доступных для них производствах, а также на собственных учебно-производственных предприятиях.

В 1929 г. в постановлении ЦК ВКП(б) «О Социальном страховании» намечены пути совершенствования врачебно-трудовой экспертизы и развития научно-методической работы в этой области. Был пересмотрен состав врачей-экспертов, проведена проверка и изучен состав инвалидов, принято решение о создании научно-исследовательских институтов. В ряде постановлений ЦК ВКП(б), Наркомздрава и Наркомтруда отмечены существенные методологические несовершенства в организации деятельности ВТЭК, недооценка экспертами влияния внешней среды и социальных факторов на функционирование человека, выявлены противоречия, порождающие социальное недовольство между представителями профсоюзов, врачами, больными и инвалидами.

В стране начали создаваться специальные научно-исследовательские учреждения для комплексного решения проблем врачебно-трудовой экспертизы и трудоустройства инвалидов. В 1930 г. на базе областной больницы им. Бабухина в Москве был создан научный институт экспертизы трудоспособности Московского областного отдела здравоохранения (ЦИЭТ), осенью 1933 г. он перешел в ведение ВЦСПС и получил статус центрального. В 1932 г. организованы Центральный научно-исследовательский институт трудоустройства инвалидов в Москве, Ленинградский институт труда инвалидов (ЛИТИН) и

Ленинградский научный институт врачебно-трудовой экспертизы (ЛНИВТЭ), в 1932–1934 гг. организованы научно-исследовательские институты экспертизы трудоспособности в Харькове, Иванове, Горьком. В 1935 г. оба ленинградских института объединены в Ленинградский научно-исследовательский институт экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов (ЛИЭТИН).

В 1937 г., после сосредоточения вопросов экспертизы трудоспособности, трудоустройства инвалидов и пенсионного обеспечения в Народном комиссариате социального обеспечения на базе двух московских институтов был создан Центральный научно-исследовательский институт экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов (ЦИЭТИН). Это было обусловлено необходимостью разработки научно-методических основ экспертизы инвалидности во избежание оценочного субъективизма врачей и необоснованных притязаний представителей соцобеспечения, профсоюзов, а иногда и граждан.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Осадчих А.И., Пузин С.Н., Лаврова Д.И., Либман Е.С., Косичкин М.М., Кузьмишин Л.Е. и др. *Основы медико-социальной экспертизы*. М.: Медицина; 2005.
2. *Медико-социальная экспертиза в России: этапы становления и развития*. Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов. М.; 2008.
3. Жирнова Т.Ю., Ачкасов Е.Е., Цирульникова О.М., Шилов Е.М. Влияние персонифицированного пролонгированного подхода в физической реабилитации на функциональное состояние, адаптационные резервы организма и качество жизни пациентов после трансплантации почки. *Спортивная медицина: наука и практика*. 2014; (3): 55–61.
4. Дейнеко В.В., Крысюк О.Б. Реабилитация детей с детским церебральным параличом. *Спортивная медицина: наука и практика*. 2016; 6 (3): 65–9.
5. Николенько Н.Ю., Гончарова О.В., Артемьева С.Б., Ачкасов Е.Е., Литвинова Е.Б. *Спортивная медицина: наука и практика*. 2014; (4): 90–6.
6. Полукаров Н.В., Ачкасов Е.Е. Исторические предпосылки развития бипедного движения (ходьбы). *Спортивная медицина: наука и практика*. 2016; 6 (1): 97–100.

REFERENCES

1. Osadchikh A.I., Puzin S.N., Lavrova D.I., Libman E.S., Kosichkin M.M., Kuz'mishin L.E. et al. *Fundamentals of Medical and Social Expertise*. Moscow: Meditsina; 2005. (in Russian)
2. *The Medical-social Examination in Russia: Stages of Formation and Development*. St. Petersburg Institute of Postgraduate Medical experts. Moscow; 2008. (in Russian)
3. Zhirnova T.Y., Achkasov E.E., Tsurul'nikova O.M., Shilov E.M. The effect of prolonged personalized approach in rehabilitation programs on functional status, and the patients' quality of life after kidney transplantation. *Sportivnaya meditsina: nauka i praktika*. 2014; (3): 55–61. (in Russian)
4. Deyneko V.V., Krysyuk O.B. Rehabilitation of children with cerebral palsy. *Sportivnaya meditsina: nauka i praktika*. 2016; 6 (3): 65–9. (in Russian)
5. Nikolenko N.Yu., Goncharova O.V., Artem'eva S.B., Achkasov E.E., Litvinova E.B. Use of virtual reality game systems in rehabilitation of children with progressive muscular dystrophies. *Sportivnaya meditsina: nauka i praktika*. 2014; (4): 90–6. (in Russian)
6. Polukarov N.V., Achkasov E.E. Historical background of the development of bipedalism (walking). *Sportivnaya meditsina: nauka i praktika*. 2016; 6 (1): 97–100. DOI: 10.17238/ISSN2223-2524.2016.1.97. (in Russian)

Поступила 29.12.16
Принята к печати 24.01.17