

УДК 616-036.86

## АНАЛІЗ РОБОТИ СЛУЖБИ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ТА ОСНОВНИХ ПОКАЗНИКІВ ПЕРВИННОЇ ІНВАЛІДНОСТІ ЗА 2016 РІК

Професор А. В. Іпатов, І. Я. Ханюкова, Н. О. Гондуленко

ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпро

У 2016 році в Україні функціонували 361 МСЕК, з них 49 обласних та центральних міських, 312 міжрайонних МСЕК. Із загальної їх кількості спеціалізованих – 138, що становить 38,2 %. Загальна кількість обласних МСЕК зменшилася на одну, в Черкаській області скасовано спеціалізовану психіатричну МСЕК у зв'язку з недостатнім навантаженням. Також на одну зменшилася кількість обласних МСЕК, порівняно з попереднім роком, за рахунок скорочення однієї обласної МСЕК у Полтавській області.

Чисельність лікарів, які працювали в МСЕК у 2016 році, зменшилася на 17 осіб, порівняно з попереднім роком. Станом на 01.01.2017 року у мережі МСЕК працюють 1386 лікарів (у 2015 році – 1404). Питома вага лікарів, які працюють у МСЕК на постійній роботі, залишилася на попередньому рівні і склала 94,3 %. Узагалі по Україні коливання лікарського складу незначні: одна – дві особи. Виняток складає Черкаська область, де кількість лікарів МСЕК зменшилася за рік на десять осіб (з 29 до 19). Аналіз даного питання засвідчив, що упродовж року в зазначеній області звільнилися за власним бажанням 9 лікарів, з них 5 – пенсійного віку.

Залучити кадри до роботи в галузі медико-соціальної експертизи нелегко, враховуючи низку негативних моментів, з якими стикаються лікарі МСЕК і на яких неодноразово ми зупинялися під час аналізу роботи галузі. Проте слід зазначити і позитивний факт, який відбувся в кадровому складі лікарів-експертів України, – незначне омолодження кадрового складу.

Кількість оглянутих у 2016 році зменшилася на 8 737 осіб, за рахунок як первинно, так і повторно оглянутих (відповідно на 3 637 та 3 686 осіб). Натомість кількість оглядів у перерахуванні на 10 тисяч дорослого населення в Україні збільшилася з 178,7 до 195,6.

Навантаження на одне засідання становило 11,2 проти 11,4 у 2015 році, що майже відповідає оптимальному. Залишається надто високим навантаження на одне засідання МСЕК у Черкаській області (28,3), що в разі перевищує оптимальне та середній показник по Україні і, на наш погляд, не може не вплинути негативно на якість оглядів. У решті регіонів показники коливаються в межах оптимальних.

Співвідношення первинно та повторно оглянутих становило 28,8 % та 71,2 %, що не відповідає

дає рекомендованому 40 та 60 %. Значно більший відсоток повторно оглянутих в окремих областях (Житомирська – 77,4 %, Волинська – 76,6, Тернопільська – 75,9, Дніпропетровська – 75,8, Івано-Франківська – 75,5 % області) потребує перевірки з боку обласних МСЕК дотримання первинними МСЕК строків повторних оглядів, а також рівня статистичного обліку та складання звітної форми № 14.

Кількість засідань МСЕК на тиждень становила 3,7, а виїзних зменшилася на 0,7 %. Виїзні засідання наближають медико-експертну допомогу до населення. В 2016 році більш високий показник виїзних засідань зареєстровано в Київській (55,5 %), Харківській, Тернопільській (по 38,0 %) та Сумській (38,0 %) областях. Найменший цей показник у Луганській (12,1 %) та Донецькій (17,9 %) областях, що цілком зрозуміло та пов'язано з об'єктивними обставинами.

У 2016 році залишилася на попередньому рівні питома вага необгрунтовано направлених на МСЕК і склала, як і у попередньому році, 3,2 %. Найбільша кількість необгрунтовано направлених на МСЕК у Хмельницькій (7,0 %), Чернівецькій (5,3 %) та Львівській (5,2 %) областях. Найменше необгрунтовано направлених на МСЕК у таких регіонах: Херсонська (0,6 %), Черкаська та Луганська області (по 1,1 %). Направлення на МСЕК, яке є необгрунтованим, – це проблема для служби медико-соціальної експертизи та потребує удосконалення знань щодо питань медико-соціальної експертизи лікарів ЛКК шляхом розглядання всіх випадків необгрунтованого направлення на МСЕК на медичних нарадах у лікувально-профілактичних закладах. До того ж направлення на МСЕК «за наполяганням хворого» не повинно бути головним аргументом виправдання лікарів ЛКК. Належно налагоджена організація роз'яснення громадянам положень медико-соціальної експертизи та діючої Інструкції про встановлення груп інвалідності входить до безпосередніх обов'язків лікарів ЛКК і, як свідчить досвід, дає свої позитивні результати.

Крім того, лікарі ЛКК та МСЕК недостатньо використовують продовження листків непрацездатності через МСЕК, хоча на цей ефективний засіб профілактики інвалідності вже неодноразово звертали увагу, підсумовуючи та аналізуючи роботу служби за попередні роки. Про ефективність даного методу свідчить питома вага не визнаних

у подальшому інвалідами 70,6 % осіб, яким було продовжено лікування за лікарняним листком.

Найбільше продовжено лікування за листками непрацездатності упродовж 2016 року було у разі травм (6938 лікарняних), що склало 65,6 % загальної кількості продовжених на МСЕК листків непрацездатності.

У 2016 році загалом по Україні зменшився показник уперше визнаних інвалідами на 10 тисяч усього населення і склав 35,1 проти 35,7 у попередньому році, тобто на 1,7 %. Така тенденція притаманна майже всім регіонам України. Виняток складають 6 областей: Черкаська (+4,9 %), Сумська і Рівненська (по +3,5 %), Миколаївська (+2,5 %), Запорізька (+1,0 %) та Одеська (+0,6 %). У зазначених регіонах первинна інвалідність зросла. Найвагоміше зростання первинної інвалідності відбулося в Черкаській області – майже на 5 %. Найбільш суттєво знизилася первинна інвалідність усього населення у Волинській області (-11,1 %).

Щодо причин інвалідності в 2016 році, то в Україні спостерігалися такі тенденції: кількість інвалідів унаслідок загального захворювання, порівняно з 2015 роком, дещо зросла (з 27,7 до 29,6 на 10 тис. населення). Інвалідність з дитинства, як і інвалідність унаслідок виробничих травм або професійного захворювання та кількість інвалідів унаслідок аварії на ЧАЕС залишаються, як і раніше, майже на попередньому рівні. Кількість інвалідів з-поміж військовослужбовців збільшується останні три роки. Цей показник склав упродовж останніх трьох років 1,3, 1,4 та 2,1 на 10 тис. населення відповідно.

Збільшення кількості останніх насамперед пов'язано з проведенням антитерористичної операції на сході країни.

У розрізі областей України вже третій рік поспіль першість за кількістю первинно визнаних інвалідами внаслідок виробничих травм та професійних захворювань, без урахування Донецької області – «лідера» попередніх років, посідає Дніпропетровська область (2,2 на 10 тис. населення). Слід зазначити, що цей показник у даному регіоні зростає з року в рік і, на наш погляд, потребує додаткового ретельного аналізу та розробки заходів для попередження подовження зазначеної тенденції. Вказані регіони є промисловими центрами і їх лідерство цілком зрозуміле. Середній показник по Україні дещо зріс, порівняно з попереднім роком, із 0,4 до 0,5 на 10 тис. населення.

Найбільше інвалідів із дитинства другий рік поспіль визнано у Львівській області, де на 10 тис. населення цей показник склав 4,5 (у 2015 р. – 5,0) у Вінницькій, Волинській, Рівненській та Чернівецькій областях – по 3,6 (за середнього показника по Україні – 2,9). У третині адміністративних територій питома вага первинної інвалідності з дитинства в структурі інвалідності дорослого населення перевищує 10 %. Це такі області: Закарпатська (12 %), Житомирська (11,2 %), Волинська та Рівненська (по 11,1 %), Чернівецька (11,0 %).

Дуже важливим для майбутнього нації, збереження її генофонду є стан дітей та їхня реабілітація. В Україні щорічно визначаються інвалідами, після досягнення ними 18 років, більше 8 000 осіб, і ця інвалідність не має тенденції до суттєвого зниження, що зумовлено екологією, соціально-економічними обставинами. Дані показники слід проаналізувати і зробити певні висновки разом з педіатричною службою зазначених регіонів з метою виявлення причин такої ситуації і вжиття заходів щодо її усунення.

Стосовно інвалідності з-поміж військовослужбовців, то найбільша кількість осіб первинно визнаних інвалідами внаслідок цієї причини вже, на жаль, традиційно в Житомирській області (4,5 на 10 тис. населення) та Полтавській (3,7 на 10 тис. населення). Середній показник в Україні, як уже зазначалося, – 2,1.

Інвалідність унаслідок аварії на ЧАЕС у загальній структурі інвалідності у 2016 році становила 1,3 % (у 2015 році цей показник становив 1,4 %). Проте в областях, населення яких є потерпілим від аварії на ЧАЕС, ця причина обумовлює від 12,1 % до 1,1 %: Київській – 12,1 %, Житомирській – 5,6 %, Рівненській – 1,9 %, Черкаській – 1,1 %, Волинській – 3,0 %, Чернівецькій – 2,4 %.

Проте непокоїть такий негативний момент як зростання кількості первинно визнаних інвалідами з цієї причини, порівняно з попереднім роком, у Черкаській області (з 0,8 % до 1,1 %), Чернівецькій (з 0,03 % до 0,1 %) та Рівненській (з 1,7 % до 1,9 %). Тенденція щодо збільшення цієї категорії інвалідів не зовсім зрозуміла – від аварії на ЧАЕС нас відділяє тридцять років.

Другий рік спостерігається незначне, однак усе ж зростання первинної інвалідності серед працездатного населення. У 2016 році на території України, без урахування показників Донецької та Луганської областей, вона залишилася на попередньому рівні, з урахуванням підконтрольних Україні територій зазначених областей – зросла на 0,3 %.

За останнє десятиріччя інвалідність сільського населення – як дорослого, так і працездатного – перевищує показники міського населення. Проте непокоїть тенденція, яка притаманна останнім рокам: розрив між показниками первинної інвалідності сільського та міського населення скорочується щороку. Не став винятком і 2016 рік. Кількість первинно визнаних інвалідами на 10 тис. дорослого населення у 2016 році серед міського населення склала 41,5, а сільського – 45,9; серед населення працездатного віку відповідно – 45,1 та 56,7. Це, на нашу думку, пов'язано з ускладненням працевлаштування у містах, яке зростає з кожним роком. Раніше ця причина була більш актуальною для сільських жителів, що за наявності захворювань змушує населення звертатися на МСЕК для встановлення групи інвалідності.

**Первинна інвалідність серед працюючих людей** склала у 2016 році 27,2 випадку, що дорівнює показнику 2015 року (27,2). Суттєве збіль-

шення інвалідності серед працюючих відбулося у таких регіонах України: Рівненська (+7,6 %), Дніпропетровська (+6,2 %) та Вінницька (+6,1 %) області. У цих регіонах потрібно звернути увагу на рівень випадків використання для доліковування та реабілітації в перспективних випадках продовження листків непрацездатності для профілактики інвалідності.

Найбільше зниження інвалідності серед працюючих спостерігалось в Херсонській (-17,0 %), Чернівецькій (-12,4 %) та Житомирській (-10,5 %) областях.

Рангові місця адміністративних територій України за рівнями первинної інвалідності серед працюючих корегують з кількістю продовжених листків непрацездатності на 1000 працюючих, направлених на МСЕК. Так, Чернівецька область посідає перше рангове місце за первинною інвалідністю серед працюючих на 10 тис. зайнятого населення та друге – за продовженими листками непрацездатності на 1000 працюючих, направлених для встановлення інвалідності. Хмельницька область посідає третє місце за первинною інвалідністю серед працюючих і перше місце по продовжених лікарняних.

Що логічно та цілком зрозуміло і підтверджує ефективність методу продовження лікарняних листків для профілактики інвалідності. Окремо, у розрізі з цим висновком, є Херсонська область, яка посідає в цьому рейтингу друге місце за інвалідністю серед працюючих і останнє з продовження лікарняних. Цей феномен слід додатково аналізувати. Попередній аналіз засвідчує про некоректно подані статистичні дані.

#### **Первинна інвалідність серед дорослого населення в 2016 році**

Первинна інвалідність серед дорослого населення зменшилася на 1,6 %: з 43,7 до 43,0 на 10 тис. населення. В абсолютних числах це складає зменшення первинно визнаних інвалідами серед дорослого населення на 8 784 особи. Проте ця тенденція притаманна не всім регіонам. Суттєво збільшився даний показник у Черкаській (+4,8 %), Рівненській та Сумській областях (по +3,8 %). У попередньому, 2015 році збільшення інвалідності серед дорослого населення спостерігалось в інших регіонах: Львівська (+6,8 %), Запорізька (+6,1 %) та Чернівецька (+6,0 %) області.

До регіонів з досить суттєвим зменшенням даного показника, що обумовив тенденцію до зниження даного показника загалом по Україні, належать: Волинська (-10,9 %), Чернівецька (-7,0 %) та Херсонська (-6,0 %) області.

Найбільші рівні первинної інвалідності на 10 тисяч дорослого населення мали місце у 2016 році у Львівській (53,2), Вінницькій (50,1) та Запорізькій (47,6) областях за середнього показника по Україні – 43,0. Найнижчими в Україні були показники первинної інвалідності серед дорослого населення в Херсонській (36,2), Харківській (37,0) та Сумській (38,2) областях.

Таким чином, у 15 регіонах України відбулося зменшення первинної інвалідності серед дорос-

лого населення, що складає більше половини адміністративних територій.

Щодо розподілу первинної інвалідності серед дорослого населення за групами інвалідності, то цифри майже ідентичні з показниками за попередні роки. Так як і в 2015 році, переважають інваліди третьої групи, їх питома вага в 2016 році склала 52,5 %. Інваліди другої групи складають 35,6 %, першої – 11,9 % (у тому числі; 4,3 % І А групи та 7,8 % І Б групи). Тобто, наявність серед інвалідів дорослого населення половини, яким установлена ІІІ група, передбачає доволі високий реабілітаційний потенціал та повернення цих осіб до повноцінного життя в недалекому майбутньому. Але непокоїть значне перевищення показника питомої ваги інвалідів першої групи в Черкаській області, порівняно із середнім по Україні (11,9 %), який склав у цьому регіоні 18,5 %. Це найбільша питома вага первинно визнаних інвалідами першої групи серед усіх адміністративних територій. Значну частку в даному регіоні складають й інваліди другої групи – 44,3 %. Відповідно відрізняється і питома вага інвалідів третьої групи, яка в інших регіонах та в середньому по Україні складає більше п'ятдесяти відсотків. У Черкаській області – 37,2 %. Зростання первинно визнаних інвалідами «тяжких» груп у зазначеному регіоні потребує детального аналізу та роз'яснення. Або інваліди звертаються на МСЕК у пізні терміни захворювання, або недосконалі медико-профілактична допомога в регіоні, не виконуються програми реабілітації інвалідів. Імовірно, можуть бути наявні всі перераховані фактори та обтяжувати стан хворих.

#### **Первинна інвалідність серед працездатного населення в 2016 році**

Рівень первинної інвалідності серед населення працездатного віку також дещо зменшився, порівняно з показниками 2015 року, на 0,4 % (із 48,8 до 48,6 на 10 тис. населення працездатного віку). Якщо перевести дані показники в абсолютні числа, то кількість первинно визнаних інвалідами серед населення працездатного віку зменшилася лише на 164 особи в 2016 році, порівняно з попереднім.

Загалом по Україні, як засвідчує аналіз статистичних даних, показники первинної інвалідності серед населення працездатного віку перевищують показники первинної інвалідності серед дорослого населення.

В третині адміністративних територій (9 областей) первинна інвалідність населення працездатного віку збільшилася. Серед усіх областей значно відрізняються від середнього показника по Україні, як і в ситуації з первинною інвалідністю серед дорослого населення, у Черкаській (+7,3 %) та Сумській (+5,5 %) областях. Суттєво знизився показник первинної інвалідності серед працездатного населення, порівняно з попереднім роком, у таких регіонах: Волинська (-11,2 %), Закарпатська (-6,3 %), Тернопільська (-5,4 %) області.

Показники первинної інвалідності на 10 тисяч населення у працездатному віці мають найбі-

льше значення у 2016 році, як і у попередньому, 2015 році, в Львівській (63,9), Вінницькій (56,1), Житомирській (55,7) та Полтавській (54,1) областях. Проте, якщо в Житомирській, Львівській та Полтавській областях цей показник перевищує середній по країні (48,8), але він знизився, порівняно з попереднім роком, то у Вінницькій області він іще більше зріс.

Щодо розподілу первинної інвалідності серед населення у працездатному віці за групами інвалідності, то результат майже ідентичний щодо показників серед дорослого населення та майже не відрізняються від попереднього року. Загалом по Україні та регіонах, за винятком Черкаської області, за питомою вагою переважають визнані інвалідами третьої групи. По Україні він склав 58,8 %. Інваліди другої та першої груп відповідно складають 34,2 % та 7,3 % (у тому числі І А групи – 2,7 % та І Б групи – 4,6 %). Найбільша питома вага інвалідів третьої групи серед населення працездатного віку в Чернівецькій (72,4 %), Львівській (69,0 %) та Вінницькій (66,1 %) областях. Переважає питома вага визнаних інвалідами другої групи серед населення працездатного віку в таких регіонах: Черкаська область (47,2 %), місто Київ (46,4 %) та Одеська область (45,8 %).

За структурою первинної інвалідності серед дорослого та працездатного населення зберігається тенденція останніх трьох років. А саме новоутворення, в тому числі злоякісні, за показниками інвалідності як серед дорослого, так і працездатного населення тісно конкурують з серцево-судинними захворюваннями. Залишається сподіватися на позитивний вплив на показники інвалідності внаслідок новоутворень Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року, яка затверджена законом України від 23.12.2009 р. у наступні роки.

На сьогодні, за підсумками результатів 2016 р., **серед дорослого населення** України перше рангове місце посідають хвороби системи кровообігу (22,5 %), на другому місці – новоутворення (22,3 %), із них злоякісні – 21,4 %, на третьому – хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (11,4 %). Серед **населення працездатного віку** перше місце посідають новоутворення (20,7 %), із них злоякісні – 19,7 %, на другому – хвороби системи кровообігу (19,8 %), на третьому – травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин (12,6 %). Слід зазначити про відмінність від попереднього року, коли третє місце посідали хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини.

Той факт, що новоутворення посідають друге рангове місце в структурі інвалідності серед дорослого населення та перше – серед населення у працездатному віці, є прямим наслідком страшної трагедії українського народу – Чорнобильської катастрофи. Як засвідчує світовий досвід атомних катастроф, нам іще довго доведеться оговтуватися від цієї трагедії.

Саме тому Україна вирізняється високим рівнем онкозахворюваності і входить до першої деся-

тки країн світу щодо цього показника, маючи більше 160 тисяч хворих на рік. Сьогодні кожний п'ятий українець упродовж життя занедужує на рак, а в найближчій перспективі – хворітиме кожен четвертий. За прогнозами до 2020 року, кількість онкохворих в Україні може зрости до 200 тисяч осіб щорічно. Загальний показник захворюваності на злоякісні новоутворення досяг 370,7 на 100 тис. населення.

Детальний аналіз динаміки інвалідності внаслідок окремих нозологічних форм та її особливостей по регіонах представлено у відповідному розділі.

Аналізуючи основні показники діяльності обласних та центральних міських МСЕК України, слід зазначити про покращання роботи даної ланки служби медико-соціальної експертизи в 2016 році, порівняно з попередніми роками, коли відбувалося поступове зменшення основних показників її діяльності.

Кількість перевірених актів збільшилася на 7 223, також зросла кількість наданих консультацій на 4 096, порівняно з попереднім роком. Кількість проведених семінарів та чисельність лікарів, які пройшли стажування, залишилася майже на попередньому рівні.

Тобто, обласні МСЕК та центральні міські МСЕК правильно сприйняли критику, яка була висловлена на їхню адресу за результатами аналізу роботи служби за попередній рік, і зробили відповідні висновки, які позитивно вплинули на їхню діяльність у 2016 році.

Чисельність оскаржених рішень первинних МСЕК у 2016 році дещо зменшилася: на 383 випадки. Підтверджено рішення 84,2 % випадків, у попередньому, 2015 році – 82,7 %; число скасувань попередніх рішень зменшилося до 15,8 %, порівняно з 2015 роком, в якому питома вага скасувань склала 17,3 %.

Щодо оскарження рішень міжрайонних та обласних МСЕК високий відсоток скасувань зареєстровано у таких регіонах: Чернігівська (44,0 %), Одеська (33,7 %) та Полтавська (25,0 %) області, за середнього показника по Україні – 15,8 %. Слід зазначити, що ці ж регіони лідирували за даними показниками і в попередньому році.

Щодо контрольних оглядів, то число скасувань попередніх рішень первинних МСЕК у 2016 році залишилося майже на попередньому рівні, що відрізняється від показників попереднього року, коли число скасувань збільшилося на фоні зменшення абсолютного числа контрольних оглядів.

Кількість оглянутих для визначення медичних показань для одержання автотранспорту у 2016 році збільшилася загалом по Україні на 473 особи, порівняно з попереднім роком. Із них задоволено 87,1 % оглянутих (у 2015 році питома вага позитивних рішень складала 84,1 %).

Отже, підбиваючи підсумки роботи служби медико-соціальної експертизи в 2016 році, можна взагалі оцінити її як задовільну. Існуючі проблеми були згадані в аналізі і, сподіваємося, їх чекають позитивні вирішення.

Враховуючи пріоритетні завдання медико-соціальної експертизи на сьогодні та результати звіту оцінкової Місії Всесвітньої організації охорони здоров'я з питань реабілітації в Україні, можна окреслити коло проблем, вирішення яких потрібно реалізовувати в 2017 році:

- розроблення інноваційних підходів до організації та проведення медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів з урахуванням положень Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я; негайне внесення змін у законодавчу та нормативно-правову базу України в галузі реабілітації;
- впровадження в Україні фундаментальних принципів сучасної реабілітаційної допомоги шляхом офіційної імплементації в країні Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я;
- ініціація реформування системи надання реабілітаційної допомоги, введення уявлення про

реабілітаційну послугу та перехід планування заходів реабілітації за принципами пацієнт-центричності та ціль-спрямованості;

- надання якісної медико-експертної та комплексної реабілітаційної допомоги населенню України, особливо учасникам антитерористичної операції, створення належних умов для інтеграції їх у суспільство;
- реформування статистичної звітності щодо роботи галузі відповідно до вимог статистичних звітів ВООЗ щодо стану інвалідів у світі.

Також потрібно підвищити якість, об'єктивність, доступність і ефективність медико-соціальної експертизи і реабілітаційних послуг, привести принципи і механізми їх здійснення відповідно до вимог Конвенції; забезпечувати фізичну та інформаційну доступність державної системи медико-соціальної експертизи і реабілітації інвалідів.



УДК 616.126.422:616.28

## **КРИТЕРІЇ ОЦІНКИ МІТРАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ В ПРАКТИЦІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ**

О. М. Лисунець, І. Я. Ханюкова, І. М. Зубко, Ю. В. Ткаченко,  
Н. М. Бірець, І. В. Саніна, Л. В. Волкова

ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпро

### **Резюме**

*В статті приведена класифікація митральної регургітації, розглянуті критерії її оцінки, зміни гемодинаміки, клінічна картина. Визначені найбільш інформативні діагностичні доплерокардіографічні критерії. Представлені дані, які визначають ступінь тяжкості та прогноз митральної регургітації в практиці медико-соціальної експертизи.*

**Ключові слова:** митральна регургітація, критерії діагностики, прогноз при медико-соціальної експертизі.

### **Summary**

*The article describes the article provides a classification of mitral regurgitation, discussed the criteria for its evaluation, hemodynamics and clinical picture. Presents the most informative*