

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра здравоохранения



В.В. Колбанов

30 декабря 2004 г.

Регистрационный № 220–1203

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ
ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ
ПОЗДНООГЛОХШИХ БОЛЬНЫХ**

Инструкция по применению

Учреждение-разработчик: Научно-исследовательский институт
медико-социальной экспертизы и реабилитации

Авторы: канд. мед. наук Н.А. Надеина, канд. мед. наук
В.И. Примако

ВВЕДЕНИЕ

Согласно современной трактовке, позднооглохшие больные — это лица, потерявшие слух остро или в течение короткого отрезка времени в зрелом возрасте. Они представляют обособленную группу, отличную от долингвальных глухих, которые общаются, используя язык жестов, и от слабослышащих, применяющих для коррекции слуховой аппарат. Быстро наступившая глухота полностью разрушает экономическое, бытовое, социальное устройство жизни оглохшего и определяет особенности в проведении медико-социальной экспертизы (МСЭ).

Многочисленные клинические наблюдения показывают, что поздняя глухота встречается у 1/3 больных от общего количества лиц с тяжелыми слуховыми нарушениями. Среди них более 70% страдают вестибулярными расстройствами, нарушениями статики, координации, движения. Диагностика этих нарушений нередко представляет большие трудности для врача при постановке клинико-функционального диагноза, но особенно — при оценке ограниченной жизнедеятельности и социальной недостаточности.

В Республике Беларусь насчитывается более 80 тыс. человек, потерявших слух в трудоспособном возрасте.

МСЭ предусматривает проведение экспертной диагностики функциональных нарушений (аудиологической, отоневрологической), в ходе которой, используя наиболее информативные для МСЭ и доступные методики, производится количественная оценка степени выраженности функциональных нарушений. Основными инвалидизирующими синдромами при поздней глухоте являются собственно глухота и вестибулярный синдром, которые приводят к снижению способности общения, ориентации и передвижения.

В настоящее время критерии определения инвалидности разработаны в основном для больных с постепенно прогрессирующей тугоухостью и с долингвальной глухотой. Тяжелые слуховые нарушения, наступившие остро или в короткий промежуток времени (до одного года), а также глухота с вестибулярной дисфункцией и статокINETическими нарушениями, развившаяся в трудоспособном возрасте, приводят к более выраженным ограничениям жизнедеятельности и требуют иных экспертных подходов.

Методика экспертной оценки слуховой, вестибулярной и статокINETической функций предназначена для использования врачами-отоларингологами, отоневрологами, сурдологами ВКК и МРЭК республики.

Перечень необходимого оборудования: аудиометр с опцией речевой аудиометрии, отокалориметр, кресло Барани, электронистагмограф.

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА СЛУХОВОЙ, ВЕСТИБУЛЯРНОЙ, СТАТОКИНЕТИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЙ ПОЗДНООГЛОХШИХ БОЛЬНЫХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

В настоящее время предложено значительное количество диагностических тестов для оценки слуховой, вестибулярной и статокINETической функций. При проведении МСЭ позднооглохших больных предлагается применять исследования, наиболее информативные для характеристики ограничений жизнедеятельности и требующие минимальных временных затрат, а также доступные в использовании в практическом здравоохранении.

Оценка слуховой функции

К поздней глухоте приводят: тяжелые слуховые нарушения (пороги восприятия — 71–90 дБ, тугоухость III ст., некорригируемая слуховым аппаратом); глубокие нарушения (>90 дБ, тугоухость IV ст.); полная потеря слухового восприятия (глухота).

Для оценки слуховой функции проводятся:

- клиническое исследование слуха «живой речью»: восприятие разговорной речи, громкой речи, крик на расстоянии в метрах;
- тональная аудиометрия, позволяющая оценить функцию слышимости и рассчитать средний слуховой порог по определению слышимости тонов на частотах 500, 1000, 2000 Гц (речевая зона);
- речевая аудиометрия, характеризующая функцию разборчивости речи (характер, уровень поражения);
- определение процента разборчивости речи при интенсивности речевого сигнала 40 дБ (интенсивность разговорной речи) по результатам речевой аудиометрии;

– электроакустическая коррекция слуха — слухопротезирование для установления возможности коррекции слуха при использовании слухового аппарата (оценивается в метрах);

– оценка слухозрительного восприятия речи (слуховой аппарат + чтение с губ);

– оценка навыков владения невербальными способами общения (письмо, чтение с губ — читает свободно, читает фразы обиходного характера, навык чтения с губ не развит);

– анализ результатов и заключение о степени и характере слуховых нарушений.

Оценка вестибулярной и статокINETической устойчивости

В оценке клинико-функциональных нарушений вестибулярного анализатора ведущими являются следующие характеристики: уровень поражения (периферический, центральный, сочетанный), тип течения вестибулярных расстройств (регрессирующий, прогрессирующий, ремиттирующий, стабильный), клинический синдром вестибулярных нарушений (гиперрефлексия, гипорефлексия (арефлексия), асимметрия, диссоциация вестибулярных реакций), стадия компенсации (декомпенсация, субкомпенсация, компенсация), клинический прогноз.

При исследовании вестибулярного анализатора показатели разных видов чувствительности могут не согласовываться. В этих случаях необходимо повторное обследование через 2–3 дня. При этом надо учитывать, что соматическая и вегетативная системы менее возбудимы, чем сенсорная.

При проведении отоневрологической экспертизы необходимо использовать тесты, которые характеризуют функцию статического равновесия, координацию движений, устойчивость отолитового аппарата, вестибулосенсорную и вестибуловегетативную реактивность.

В основе проводимых исследований лежит оценка трех видов реакций: вестибуловегетативных (ВВР), вестибулосоматических, вестибулосенсорных.

Проводятся:

– визуальное и электронистагмографическое исследования спонтанного нистагма с целью определения наличия и выраженности вестибулосенсорных нарушений;

- визуальное и электронистагмографическое исследования позиционного нистагма с целью объективизации вестибулярной дисфункции;
- визуальное и электронистагмографическое исследования оптокинетического нистагма с целью диагностики скрытых форм вестибулярных нарушений;
- визуальное и электронистагмографическое исследования характера и степени экспериментального калорического и поствращательного нистагма, наличия асимметрии, степени ВВР для оценки характера и степени выраженности вестибулярных нарушений;
- исследование устойчивости статического равновесия в позе Фишера, Ромберга и тандемной с целью установления степени влияния вестибулярных нарушений на способность сохранять определенную позу;
- исследование динамического равновесия с помощью ходьбы с закрытыми глазами по прямой, «шагающего» теста Фукуда до и после проведения экспериментальных проб с целью оценки степени влияния вестибулярных нарушений на способность к передвижению;
- исследование координаторных нарушений с помощью теста вертикального письма до и после проведения экспериментальных проб с целью оценки степени влияния вестибулярных нарушений на способность владения собственным телом;
- исследование чувствительности отолитового аппарата к адекватным раздражителям — отолитовая реакция (по Воячеку В.И.) — с оценкой ВВР и защитных движений (ЗД);
- исследование вестибулосоматических реакций путем проведения двухминутной пробы кумуляции;
- исследование вестибулосенсорных реакций с оценкой вестибулярной иллюзии противовращения (ВИП);
- анализ результатов и заключение о степени устойчивости и реактивности вестибулярной системы;
- оценка типа вестибулярной возбудимости: нормо-, гипер-, гипорефлексия (арефлексия), асимметрия, диссоциация;
- определение стадии компенсации — компенсация, субкомпенсация, декомпенсация;

– определение типа течения вестибулярных расстройств — прогрессирующий, регрессирующий, стабильный.

При проведении исследований и оценке их результатов необходимо учитывать выраженность ВВР, которые, в отличие от вестибулосоматических рефлексов, не поддаются тренировке.

Предлагаемый перечень обследования, включая инструментальные методы, позволяет в полном объеме охарактеризовать функциональные нарушения (слуховые, вестибулярные, статокINETические) у позднооглохших больных и объективизировать ограничения жизнедеятельности по способности общения, ориентации, передвижения для проведения МСЭ.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОЗДНООГЛОХШИХ БОЛЬНЫХ С ВЕСТИБУЛЯРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Ограничения жизнедеятельности у позднооглохших больных возникают как следствие сенсорного нарушения (слухового, вестибулярного) и проявляются на уровне личности, характеризуя те или иные ограничения в повседневной деятельности (в быту и на производстве).

Основными критериями оценки ограничений жизнедеятельности являются: степень выраженности функциональных нарушений (слуховых, вестибулярных, статокINETических), тип течения, стадия заболевания, клинический прогноз.

При проведении МСЭ наибольшие трудности в оценке ограничений жизнедеятельности представляют больные с вестибулярными и статокINETическими нарушениями. У этих больных необходимо оценивать не только способность общения и ориентации, но и способность передвижения (по результатам исследования вестибулярных и статокINETических нарушений).

Социальная дезадаптация определяется как снижение способности человека в результате ограничений жизнедеятельности вести полноценную жизнь в обществе. Социальная недостаточность характеризует бытовые, экономические, социальные последствия болезни и оценивается физической независимостью, возможностью ориентации в окружающей среде, мобильностью, интеграцией в общество, экономической независимостью.

Критериями социальной дезадаптации у позднооглохших больных являются:

- использование вспомогательных и компенсирующих функциональный дефект технических средств;
- способность свободного передвижения, характеризующая мобильность больного;
- способность к выполнению профессиональной деятельности;
- способность заниматься трудовой деятельностью, обеспечивающей экономическую независимость больного;
- способность к коммуникативным связям и интеграции в общество;
- необходимость посторонней помощи (частота, объем).

Степень выраженности ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности позднооглохшего больного лежит в основе определения группы инвалидности.

Умеренные ограничения жизнедеятельности (ФК-2 (функциональный класс)) по способности общения и ориентации регистрируются у 80% позднооглохших больных.

У 20% выявляются значительно выраженные ограничения жизнедеятельности (ФК-3) — это больные, потерявшие слух остро и не владеющие способом чтения с губ. Общение для них возможно только с использованием письма, что приводит к значительной социальной дезадаптации, затруднениям в ведении независимого существования, необходимости повседневной помощи родственников на весь период адаптации (до одного года), в течение которого больной обучается у сурдопедагога чтению с губ.

Как правило, пройдя за год 2–3 курса обучения, позднооглохшие овладевают способностью считывания с губ обиходной фразовой речи. После освоения этого нового способа общения больные получают возможность общаться на бытовом уровне и ориентироваться в окружающей среде с умеренными ограничениями (ФК-2).

При нарушениях вестибулярной и статокINETической системы у позднооглохших больных (более чем у 70%) наряду со способностью общения и ориентации ограничена способность к передвижению (статокINETическая способность), при этом значительно — у 18%, умеренно — у 43,7% больных. Необходимо учитывать, что

даже легкие ограничения передвижения (ФК-1 — 38%) могут препятствовать профессиональной деятельности, так как 98% профессий являются «вестибулозависимыми». Вестибулярные и статокINETические нарушения утяжеляют состояние позднооглохших больных присоединившимися нарушениями передвижения.

Умеренные ограничения передвижения приводят к необходимости ограничения перемещения больного районом проживания, зависимости от окружающих при выходе из дома; помощь необходима 1–2 раза в неделю (ФК-2), что является основанием к определению 3-й группы инвалидности.

Значительно выраженное снижение способности передвижения при вестибулярных и статокINETических нарушениях характеризуется невозможностью выхода из дома, полной непереносимостью езды в транспорте, необходимостью помощи окружающих несколько раз в день (ФК-3), что является основанием к определению 2-й группы инвалидности сроком на один год.

К значительно выраженному ограничению жизнедеятельности (ФК-3) на более длительный срок чаще приводят статокINETические и вестибулярные нарушения, чем слуховые (13,7% и 9,5% соответственно).

В таблице представлена характеристика способностей общения, ориентации, передвижения у позднооглохших больных в зависимости от степени выраженности слуховых, вестибулярных нарушений, их длительности. Оценка ограничений жизнедеятельности производится по принятому в практике МСЭ ФК.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПОЗДНООГЛОХШИХ БОЛЬНЫХ С ВЕСТИБУЛЯРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Экспертная оценка позднооглохшего больного, в отличие от больного с долингвальной глухотой, имеет существенные особенности:

- частая сочетанность (до 75%) с выраженными вестибулярными и статокINETическими нарушениями, которые усугубляют тяжесть инвалидности и в 14% случаев приводят к значительным ограничениям жизнедеятельности;

– остро наступивший слуховой дефект приводит к потере жизненных ориентиров и к более выраженной социальной дезадаптации; необходимость овладения совершенно новым способом общения (чтение с губ) требует усилий, эмоциональных и физических затрат со стороны больного, поддержки и помощи родственников; нежелание больного и родственников принять случившееся (наступление глухоты) и попытаться справиться с ситуацией затрудняют реабилитацию и увеличивают сроки ресоциализации, приводят к более выраженной дезадаптации в результате психических отклонений (депрессия у 60% больных). Стресс, вызванный глухотой, разрушает привычные социальные связи, ограничивает социальные контакты больного.

МСЭ на современном этапе предусматривает комплексность оценки нарушенных функций, что должно быть внедрено в практику.

Алгоритм экспертной диагностики позднооглохших больных предполагает:

– изучение дефектных функций (слуховой, вестибулярной, статокINETической), психологического статуса с оценкой степени выраженности функциональных нарушений, определением объема реабилитационных мероприятий;

– оценку ограничений жизнедеятельности (общение, ориентация, передвижение) по ФК в зависимости от степени выраженности функциональных нарушений и возможности их коррекции;

– оценку социальной недостаточности в зависимости от степени выраженности ограничений жизнедеятельности.

Степень социальной недостаточности характеризуется необходимостью (частотой, объемом) помощи окружающих в связи с ограниченной возможностью вести независимое существование, быть экономически независимым, необходимостью использования сурдотехнических средств для компенсации дефекта.

Диагностика степени ограничений жизнедеятельности базируется на комплексной оценке клинико-функциональных нарушений (слуховых, вестибулярных, статокINETических, психологических) и возможности их компенсации.

Оценка степени выраженности ограничений жизнедеятельности вследствие слуховых и вестибулярных нарушений

Нарушения	Ограничения жизнедеятельности	Социальные последствия
1	2	3
<p><i>Слуховые нарушения ФК-3:</i> двусторонняя хроническая глухота, тугоухость III, IV ст., не корригируемая слуховым аппаратом до социально адекватного слуха, речевое общение ограничено расстоянием менее 3 м</p>	<p><i>Умеренное ограничение способности общения (ФК-2)</i> — общение бисенсорное (слухозрительное) с использованием слухового аппарата и невербальных способов: письмо, чтение с губ (читает фразы обиходного характера). Общение с помощью невербальных методов заметно для окружающих. Возможность контактов с людьми ограничена значимыми людьми — круг близких знакомых, родственников. Общение возможно с помощью чтения с губ, письма, а также с помощью других лиц.</p> <p><i>Умеренное ограничение способности ориентации (ФК-2)</i> — затруднено восприятие сигналов от окружающих предметов; зависимость от уровня шума и других сигналов, которые усугубляют оценку окружающей обстановки. Неполная компенсация помех с помощью вспомогательных средств приводит к потребности в помощи других лиц. Больные испытывают трудности в идентификации людей, предметов и объектов, плохо контролируют личную безопасность, затрудняются в оценке ситуации и, как следствие, в развитии социальных взаимоотношений. Расширяется перечень вспомогательных технических средств (вибраторы, световые сигнализаторы) в быту и на производстве</p>	<p>Изменение типа социальных отношений (социально изолированы): нарушение семейных и социальных связей. Трудности ресоциализации: приобретение новой работы, финансовой независимости. Ограничение социальной жизни семьи. Снижение способности вести независимое существование. Зависимость от окружающих при выходе из дома, при переходе дороги. Частота содействия окружающих — 1–2 раза в неделю. Необходимость использования бытовых и производственных сурдотехнических средств. Инвалиды по слуху 3-й группы могут работать в обычных условиях без ограничения, при отсутствии вредных факторов, там, где не требуется слухоречевое общение, слуховой контроль. Их трудоустройство может быть связано с потерей или со значительным снижением квалификации. Часто доступны виды труда и профессиональной занятости, ограниченные перечнем профессий для глухих и слабослышащих. Возможны приспособленные занятия при обучении, трудовой деятельности (бегущая строка, условия для считывания с губ, изменение типа занятий)</p>

1	2	3
<p><i>Вестибулярные нарушения:</i> 1. Соматическая реакция: – ЗД — 5–30°; – походка, координация движения: проба Фукуда — ротация 61–90°. 2. Сенсорная реакция: – ВИП — 15–30 с; – ВВР — холодный пот, тошнота, головокружение. 3. Экспериментальный нистагм — норморефлексия, асимметрия 30–60%. 4. СтатокINETическая реакция: неустойчивость в усложненной позе Ромберга</p>	<p><i>Умеренное ограничение способности передвижения (ФК-2)</i> — передвижение затруднено, занимает больше времени; больной ходит, широко расставляя ноги. Тошнота, головокружение при наличии в поле зрения движущихся предметов, непереносимость езды в транспорте на большие расстояния</p>	<p>При вестибулярных нарушениях мобильность ограничена пределами района проживания. Больные не годны для работ, связанных с вестибулярными нагрузками, опасностью травматизма</p>
<p><i>Слуховые нарушения ФК-4:</i> остро возникшая двусторонняя необратимая глухота до овладения чтением с губ и наступления адаптации к дефекту (до одного года)</p>	<p><i>Значительное снижение способности общения (ФК-3)</i> — общение возможно только с помощью письма. <i>Значительное снижение способности ориентации (ФК-3)</i> — полное отсутствие возможности оценивать ситуацию, контролировать личную безопасность, идентифицировать звуки, голоса людей и пр. Необходимость использования в быту и на производстве вспомогательных средств (световые сигналы, вибраторы и пр.)</p>	<p>Отсутствие способности вести независимое существование (помощь окружающих требуется несколько раз в день). Для семьи — значительный стресс и дополнительные нагрузки: поддержка оглохшего, решение вопросов, касающихся коммуникативных связей, трудоустройства, финансирования и пр.</p>

1	2	3
<p><i>Вестибулярные нарушения:</i></p> <p>1. Соматическая реакция: – ЗД > 30°; – походка, координация движений: проба Фукуда — ротация 90° и более.</p> <p>2. Сенсорная реакция: – ВИП > 30 с; – ВВР — позывы на рвоту, рвота.</p> <p>3. Экспериментальный нистагм — гипо- или гиперрефлексия с сохранением чередования фаз, асимметрия > 60%.</p> <p>4. СтатокINETическая реакция: неустойчивость в позе Ромберга</p>	<p><i>Значительное снижение способности передвижения (ФК-3) — ходит, держась за окружающие предметы, широко расставляя ноги, полная непереносимость езды во всех видах транспорта</i></p>	<p>Необходимость приобретения и широкого использования сурдотехнических средств бытового и производственного назначения. Инвалиды 2-й группы по слуху без вестибулярных нарушений могут участвовать в трудовой деятельности на промышленных предприятиях в обычных производственных условиях там, где производственный процесс не требует слухового общения, слухового контроля и не связан с опасностью травматизма. Их трудоустройство может быть связано с потерей профессии или со значительным снижением квалификации. После реабилитации (обучение чтению с губ) возможно восстановление профпригодности по профессиям, не требующим слухоречевого общения, исключающим возможность травматизма (через один год).</p> <p>При наличии выраженных вестибулярных нарушений передвижение ограничено пределами жилища. Необходимость постоянной посторонней помощи. Нетрудоспособны на период реабилитации (до 12 мес.).</p>

Примечание: слуховые нарушения ФК-0, 1, 2 у данной категории пациентов не встречаются.

В процессе проведения МСЭ позднооглохшего больного участвуют сурдологи, отоневрологи, сурдопедагоги, психологи, физиологи труда.

Для окончательного вынесения экспертного заключения кроме поликлинического обследования позднооглохшего больного может потребоваться консультативная помощь специализированных ЛПУ (сурдокабинеты, отоневрологические кабинеты), специалистов Республиканской клинической больницы патологии слуха, голоса и речи, НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОШИБОК И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

При недостаточном оснащении диагностическим оборудованием возможны ошибки и сложности в оценке функционального состояния слуховой, вестибулярной и статокINETической систем, что может привести к неверной оценке ограничений жизнедеятельности. При получении неоднозначных результатов рекомендуется повторить исследование через 2–3 дня.

Противопоказания к применению: выраженное обострение имеющейся сопутствующей соматической или психиатрической патологии, не позволяющее провести обследование.