

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра



В.В. Колбанов

9 сентября 2004 г.

Регистрационный № 223–1203

**ПРИНЦИПЫ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ
ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ
НАРУШЕНИЯМИ ВСЛЕДСТВИЕ ОЧАГОВЫХ
ПОРАЖЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

Инструкция по применению

Учреждение-разработчик: НИИ медико-социальной экспертизы
и реабилитации

Авторы: Т.Н. Бузенкова, Л.П. Васильева, Е.В. Шульга

ВВЕДЕНИЕ

По состоянию на 01.01.2003 г. в Беларуси насчитывается 30 253 детей-инвалидов. Одну из лидирующих позиций среди впервые признанных инвалидами занимают дети с заболеваниями нервной системы и органов чувств (4,71 на 10 тыс. населения). Среди детей, впервые признанных инвалидами вследствие заболеваний нервной системы, 98,8% случаев приходится на поражения центральной нервной системы. Основными патологическими состояниями, приводящими к инвалидности детей данной категории, являются: детский церебральный паралич; врожденные аномалии; последствия инфекционных заболеваний; последствия травм; новообразования головного мозга, часто имеющие очаговые поражения головного мозга. Ведущим симптомом в формировании социальной недостаточности у детей с очаговыми поражениями головного мозга являются двигательные нарушения. В совокупности с другими видами дефектов двигательные нарушения ведут к ограничениям (различной степени выраженности) в повседневной деятельности, социальной адаптации и дальнейшем развитии ребенка. Именно поэтому актуальным является дальнейшее совершенствование медико-социальной экспертизы и реабилитации детей с двигательными нарушениями вследствие очаговых поражений головного мозга.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Инструкция предназначена для врачей-реабилитологов, педиатров, специалистов вспомогательных служб детских поликлиник, подростковых врачей, специалистов детских стационаров и специализированных центров реабилитации детей, медицинского персонала школ, педагогов, психологов лечебных учреждений, специальных и общеобразовательных школ и других специалистов, решающих вопросы реабилитации и социальной адаптации детей с нарушением психофизического развития.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ

1. Стандартный набор материалов и оборудования, используемый в диагностической, коррекционной, развивающей, реабилитационной работе с детьми-инвалидами (и с риском инвалидности)

на разных этапах (поликлиника, центр, специальные отделения стационара, школа, Диагностико-реабилитационный центр Министерства образования, центр занятости).

2. Индивидуальная программа реабилитации ребенка с психофизическими особенностями и ограничениями жизнедеятельности.

ТЕХНОЛОГИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Принципы освидетельствования детей-инвалидов с двигательными нарушениями вследствие очаговых поражений головного мозга

С учетом современных подходов основными показателями социальной адаптации ребенка являются:

1. Возможность выполнения соответствующих возрасту основных видов деятельности.

2. Эффективность использования вспомогательных средств и мер компенсации.

3. Объем, частота, регулярность дополнительной посторонней помощи или ухода (с учетом физиологических норм возрастной зависимости ребенка от взрослого).

4. Возможность посещения ребенком детского дошкольного (школьного) коллектива обычного типа и усвоения общеобразовательной программы в специально созданных условиях.

5. Влияние изучаемого параметра на общее развитие ребенка и на формирование других социальных навыков на последующих этапах его развития.

В рамках выполнения НИР «Разработать комплекс реабилитационных и организационно-методических мероприятий, обеспечивающих повышение качества медико-социальной экспертизы и эффективность реабилитации детей школьного возраста и молодых лиц, не имеющих профессии с двигательными нарушениями, обусловленными очаговыми поражениями головного мозга» произведен анализ влияния последствий дефекта (и их совокупности) на необходимость оказания различных видов социальной помощи ребенку с очаговыми поражениями головного мозга.

Влиянию дефекта нервной системы наиболее подвержены двигательная активность, самообслуживание, общение, ориентация,

обучение, контроль над своим поведением, готовность к профессиональному обучению и трудовой деятельности (с 14-летнего возраста).

Влияние ограничения жизнедеятельности на степень зависимости ребенка от различных видов социальной помощи оценивается в баллах.

Балльная шкала предполагает следующую градацию:

– 0 баллов (незначительная степень нарушения) — ограничение жизнедеятельности, которое не препятствует (в том числе на фоне применения элементарных средств компенсации дефекта) реализации соответствующих возрасту видов деятельности, посещению детского коллектива обычного типа, дальнейшему физическому, нервно-психическому, личностному и социальному развитию ребенка, требует оказания эпизодической помощи ребенку со стороны взрослых в незначительном объеме по сравнению со здоровыми сверстниками и не является поводом к определению социальной недостаточности у ребенка с нарушением здоровья.

– 1 балл (легкая степень нарушений) — ограничение жизнедеятельности обусловлено легкой степенью недостаточности при повседневной и ведущей возрастной деятельности, временно влияющей на дальнейшее физическое, нервно-психическое, личностное и социальное развитие ребенка (на фоне неблагоприятного прогноза), и приводит к необходимости эпизодического участия со стороны взрослых в осуществлении возрастных навыков и повседневной деятельности. При этом общая способность к самостоятельному выполнению и совершенствованию вышеперечисленных действий сохранена в объеме, достаточном для посещения детских коллективов обычного типа на общих основаниях, или при условии индивидуального подхода к уходу за ребенком, его обучению или социальной деятельности в незначительном объеме.

– 2 балла (умеренная степень нарушений) — умеренное ограничение жизнедеятельности: выраженность дефекта оказывает влияние на дальнейшее развитие двигательной функции и формирование возрастных навыков жизнедеятельности. Возможность посещения детского коллектива сохранена в обычных условиях (для детей школьного возраста) либо ограничена рамками интегри-

рованных или специализированных групп детского сада при условии дополнительного присмотра и ухода извне для детей младшего возраста или необходимости периодического участия со стороны взрослых в выполнении соответствующих возрасту видов деятельности, а также повседневной деятельности.

– 3 балла (выраженная степень нарушений) — значительное ограничение возможности осуществления повседневной и соответствующей возрасту основной деятельности, что требует дополнительного ухода в значительном объеме, а также постоянной (для детей до 3 лет) или систематической (для детей старше 3 лет) помощи со стороны взрослых. Необходимо создание специальных условий организации детских коллективов или воспитание (обучение) на дому. Выраженное и стойкое влияние дефекта на дальнейшее развитие двигательной функции и последующую социальную адаптацию ребенка на фоне сомнительности прогноза восстановления и развития функции.

– 4 балла (резко выраженная степень нарушений) — резко выраженные ограничения или полное отсутствие сформированности возрастных навыков, возможности выполнения ведущей возрастной деятельности. При этом возникает необходимость постоянного ухода в полном (или почти полном) объеме за ребенком на фоне постоянной зависимости от помощи взрослых и резко неблагоприятного прогноза дальнейшего развития ребенка.

Балльная шкала необходимости в дополнительном уходе и помощи извне была положена в основу определения тяжести инвалидности у детей с двигательными нарушениями вследствие очаговых поражений головного мозга.

Согласно действующим инструктивным документам по определению инвалидности детям, при наличии признаков инвалидности у лиц до 18 лет определяется степень утраты здоровья (СУЗ), которая имеет 4 градации и зависит от наличия и выраженности дефекта.

В настоящей работе установлена взаимосвязь между проявлениями дефекта и СУЗ ребенка с учетом показателей социальной дезадаптации, а также критериев ограничения жизнедеятельности, и разработаны подходы к определению СУЗ у детей с двигательными нарушениями вследствие очаговых поражений головного мозга.

Подходы к определению степени утраты здоровья у детей с двигательными нарушениями вследствие очаговых поражений головного мозга

СУЗ имеет прямую взаимосвязь с выраженностью двигательных нарушений. При этом целесообразно определение СУЗ I детям-инвалидам с двигательными расстройствами, приводящими к легкой социальной недостаточности (перечень легких двигательных нарушений, приводящих к социальной недостаточности, представлен в Приложении). СУЗ II определяется детям с умеренными, III — с выраженными и IV — с резко выраженными двигательными нарушениями.

Сочетание двигательных и психоречевых нарушений оказывает влияние на основные параметры социальной недостаточности ребенка с последствиями очаговых поражений головного мозга и приводит к усугублению основных критериев жизнедеятельности (самообслуживания, общения, обучения, игровой и познавательной деятельности, готовности к профессиональному обучению и труду). СУЗ при этом устанавливается с учетом выраженности ведущего инвалидизирующего нарушения.

Шкала зависимости СУЗ от выраженности и сочетания дефектов приводится в Приложении.

При освидетельствовании детей-инвалидов с двигательными нарушениями вследствие очаговых поражений головного мозга необходимо использовать следующие основные принципы:

1. Своевременная оценка клинико-функционального состояния здоровья с учетом основного дефекта, всех видов сопутствующей патологии, соматического здоровья и физического развития организма.

2. Оценка степени выраженности ограничений жизнедеятельности детей различного возраста с учетом возрастных подходов, выраженности социальной недостаточности, вызванной ограничениями жизнедеятельности, и уточнение СУЗ ребенка.

3. Составление индивидуальной программы реабилитации (коррекции нарушенных и развития отстающих функций организма ребенка).

4. Регулярный контроль медико-социальных показателей функциональных нарушений и ограничения жизнедеятельности.

Предлагаемый подход к оценке последствий дефекта на уровне ограничения жизнедеятельности повышает информативность экспертного поиска и снижает вероятность экспертной ошибки за счет комплексной оценки социальной недостаточности ребенка с ограничениями жизнедеятельности.

Полученные результаты исследования позволили определить научно обоснованные подходы к медико-социальной экспертизе детей с очаговыми поражениями головного мозга:

1. Медико-социальная экспертиза детей с очаговыми поражениями головного мозга представляет собой комплексную диагностику влияния дефекта и всех видов сопутствующих нарушений на жизнедеятельность ребенка.

2. Освидетельствование детей с очаговыми поражениями головного мозга должно включать этапную оценку функциональных (органных), организменных и социальных последствий заболевания через диагностику клинико-функциональных параметров здоровья, ограничения жизнедеятельности ребенка и степени необходимости оказания различных видов социальной помощи.

3. Медико-социальная экспертиза детей с очаговыми поражениями головного мозга предполагает участие группы специалистов различного профиля: врача-невролога, педиатра, профильного специалиста (при наличии сопутствующих нарушений), логопеда, психолога (при необходимости психиатра), физиолога труда (для детей старше 14 лет).

4. Основанием для признания ребенка инвалидом является ограничение жизнедеятельности по основным критериям: двигательная активность, самообслуживание, общение, ориентация, обучение, игровая и познавательная деятельность (для детей до 6 лет), контроль над своим поведением, готовность к профессиональному обучению и труду (для детей старше 14 лет).

5. СУЗ у детей с очаговыми поражениями головного мозга определяется степенью выраженности ограничения жизнедеятельности ребенка (по одной или нескольким категориям), а также объемом и сложностью дополнительного участия взрослого и/или необходимостью использования средств компенсации, социальной адаптации, общественной интеграции ребенка.

6. Оценка ограничений жизнедеятельности ребенка и определение мер комплексной реабилитации с учетом всех видов выявленных нарушений являются единым процессом медико-социальной экспертизы детей с очаговыми поражениями головного мозга.

7. Обязательным условием медико-социальной экспертизы детей с очаговыми поражениями головного мозга является регулярный контроль динамики признаков инвалидности при всех нозологических формах. Установление инвалидности однократно до 18 лет производится в случаях стойких и необратимых врожденных и приобретенных нарушений с резко неблагоприятным прогнозом восстановления функции, а также при неэффективности реабилитационных мероприятий (после 4-летнего наблюдения в МРЭК).

Возможные осложнения или ошибки и пути их устранения: на данный момент не прогнозируются.

Противопоказания к применению: нет.

Приложение

**Перечень показаний к определению инвалидности у детей
(лиц до 18 лет) с двигательными нарушениями вследствие
очаговых поражений головного мозга**

Таблица 1

**Определение степени утраты здоровья у детей с изолированными
двигательными нарушениями**

Степень утраты здоровья	Степень выраженности дефекта
1	2
0	<p>Незначительные (минимальные) нарушения двигательной функции, которые проявляются незначительным снижением силы (до 4,5 баллов), объема активных движений, точности движений, незначительными изменениями тонуса, состояния окружающих тканей, наличием отдельных невыраженных патологических рефлексов, изменением качества походки, наличием редких неконтролируемых движений (тиков, гиперкинезов) на фоне общей сохранности способности к передвижению в пространстве на расстояния, предусмотренные возрастными нормами, и выполнению соответствующих возрасту видов деятельности.</p> <p>Данные нарушения могут наблюдаться при пирамидной недостаточности, легком монопарезе или легком гемипарезе неведущей стороны, незначительных нарушениях координации, незначительной атаксии и других состояниях.</p> <p>Настоящая функциональная недостаточность требует эпизодической помощи, присмотра извне за ребенком взрослыми в незначительном объеме по сравнению со здоровыми сверстниками, не препятствует (в том числе и на фоне применения простых средств компенсации дефекта) реализации соответствующих возрасту видов деятельности, дальнейшему физическому, нервно-психическому, личностному и социальному развитию ребенка</p>

1	2
I	<p>Легкие изолированные двигательные расстройства (легкий гемипарез ведущей стороны, легкий парапарез, умеренный монопарез ведущей руки, легкие координаторные, гиперкинетические и атаксические нарушения). Нарушения при этом характеризуются снижением мышечной силы, легким ограничением объема движений, координации, анизорефлексии и т. д.</p> <p>Нарушения приводят к ограничению жизнедеятельности незначительной степени. При этом существует необходимость эпизодического участия со стороны взрослых, использования более сложных средств компенсации дефекта при выполнении возрастных навыков, повседневной деятельности. Данная степень ограничения обуславливает легкую степень социальной недостаточности и незначительно влияет на дальнейшее развитие ребенка на фоне благоприятного прогноза. Сохранена общая способность к самостоятельному выполнению возрастных навыков в объеме, достаточном для посещения детских коллективов обычного типа на общих основаниях или при условии индивидуального подхода к уходу за ребенком, его обучению или социальной деятельности</p>
II	<p>Умеренные двигательные нарушения (легкий тетрапарез, умеренный гемипарез ведущей стороны, умеренный парапарез, выраженный монопарез ведущей руки, умеренные координаторные, гиперкинетические и атаксические нарушения). При этом существует необходимость периодического участия в повседневной деятельности ребенка. Характер дефекта относительно стойкий, прогноз восстановления функции — сомнительный на неопределенной время. Выраженность дефекта оказывает умеренное влияние на дальнейшее развитие и формирование возрастных навыков.</p> <p>Возможность посещения детского коллектива сохранена в обычных условиях (для детей школьного возраста) или ограничена в рамках интегрированных или специализированных групп детского сада при условии дополнительного присмотра и ухода извне для детей младшего возраста. Лицу, осуществляющему уход за ребенком-инвалидом, определяется пособие по уходу</p>

1	2
III	<p>Выраженные изолированные двигательные нарушения (умеренный тетрапарез, выраженный гемипарез ведущей стороны или выраженный парапарез, резко выраженный монопарез ведущей руки, выраженные координаторные, гиперкинетические и атаксические нарушения).</p> <p>Значительное ограничение возможности осуществления повседневной деятельности, что требует дополнительного систематического ухода в значительном объеме, а также постоянной помощи со стороны взрослых.</p> <p>Необходимо создание специальных условий в детских коллективах или воспитание (обучение) на дому.</p> <p>Выраженное и стойкое влияние дефекта на дальнейшее развитие двигательной функции и последующую социальную адаптацию ребенка на фоне неблагоприятного прогноза на длительный срок</p>
IV	<p>Резко выраженные двигательные нарушения (выраженный и резко выраженный тетрапарез, резко выраженные парезы и параличи двух и более конечностей, резко выраженные координаторные, гиперкинетические и атаксические нарушения), приводящие к стойким резко выраженным ограничениям или полному отсутствию сформированности навыков деятельности, соответствующей возрасту и т. д. При этом возникает необходимость постоянного ухода в полном (или почти полном) объеме за ребенком на фоне резко неблагоприятного прогноза дальнейшего развития</p>

Таблица 2**Определение степени утраты здоровья у детей с двигательными нарушениями в сочетании с психическими, зрительными, слуховыми и речевыми расстройствами**

Степень утраты здоровья	Степень выраженности дефекта
II	Легкие двигательные нарушения в сочетании с легкими нарушениями нервно-психической сферы и/или умеренными нарушениями зрения и слуха, легкие речевые нарушения в сочетании с легкими психическими расстройствами, легкие психические расстройства в сочетании с умеренными нарушениями зрения и слуха
III	Умеренные двигательные нарушения в сочетании с умеренными психическими, зрительными или слуховыми расстройствами; умеренные речевые нарушения в сочетании с умеренными и выраженными психическими расстройствами; умеренные психические нарушения в сочетании с умеренными зрительными и слуховыми нарушениями
IV	Выраженные двигательные нарушения в сочетании с умеренными и выраженными психическими, зрительными или слуховыми расстройствами; выраженные речевые нарушения в сочетании с умеренными и выраженными психическими нарушениями в сочетании с умеренными зрительными и слуховыми нарушениями