

В. Б. СМЫЧЁК, Г. Я. ХУЛУП, В. К. МИЛЬКАМАНОВИЧ

**МЕДИКО-
СОЦИАЛЬНАЯ**

**ЭКСПЕРТИЗА
И РЕАБИЛИТАЦИЯ**

В.Б. СМЫЧЁК, Г.Я. ХУЛУЦ, В.К. МИЛЬКАМАНОВИЧ

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА
И РЕАБИЛИТАЦИЯ**

МИНСК ЮНИПАК 2005

УДК 616-039.76+616-036.865

Смычѣк В.Б. Медико-социальная экспертиза и реабилитация / В.Б. Смычѣк, Г.Я. Хулуп, В.К. Милькаманович. – Мн.:Юнипак, 2005. – 420 с.

ISBN 985-6745-28-4

В монографии представлены современные подходы к проведению медико-социальной экспертизы и реабилитации больных и инвалидов в соответствии с современной концепцией последствий болезни. В отдельных главах рассмотрены основные положения о временной нетрудоспособности и инвалидности, вопросы медицинской, медико-профессиональной, профессиональной и социальной реабилитации, приводятся основные критерии оценки эффективности проведенной реабилитации, а также типовые реабилитационные программы с учетом выраженности ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности. В отдельной главе приводятся основные регламентирующие документы, касающиеся вопросов реабилитации больных и инвалидов.

Книга предназначена для врачей-реабилитологов, врачей-экспертов-реабилитологов различного профиля, а также других специалистов, интересующихся вопросами медико-социальной экспертизы и реабилитации.

Авторы: В.Б. Смычѣк (главы IV, V, XIV, XVI, XVII, XVIII, XIX, XX, XXXI), Г.Я. Хулуп (глава II); В.К. Милькаманович (главы VI, VII, VIII, IX, X); В.Б. Смычѣк, Г.Я. Хулуп (главы I, III, XIII, XV); В.Б. Смычѣк, В.К. Милькаманович (главы XI, XIII).

Рецензенты:

доктор медицинских наук *Л.А. Пирогова*,
профессор, заведующая кафедрой медицинской реабилитации
и немедикаментозной терапии
Гродненского государственного медицинского университета;
кандидат медицинских наук *А.А. Гракович*,
директор Белорусского центра медицинских технологий.

ISBN 985-6745-28-4

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	9
ГЛАВА I. ОСНОВНЫЕ ИСТОРИЧЕСКИЕ ЭТАПЫ СТАНОВЛЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ	11
ГЛАВА II. СОЗДАНИЕ, РАЗВИТИЕ И СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ СЛУЖБЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ	24
ГЛАВА III. СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ ПОСЛЕДСТВИЙ БОЛЕЗНИ	40
ГЛАВА IV. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ И КАТЕГОРИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ	53
4.1. Основные категории (понятия) медико-социальной экспертизы.....	54
4.2. Основные задачи медико-социальной экспертизы.....	59
4.3. Основные методические и организационные принципы медико-социальной экспертизы..	66
4.4. Содержание медико-социальной экспертизы.....	67
ГЛАВА V. МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ...	69
5.1. Диагноз и прогноз в медико-социальной экспертизе.....	69
5.2. Методика экспертного освидетельствования.....	78
ГЛАВА VI. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ	85
6.1. Виды временной нетрудоспособности.....	85
6.2. Временная нетрудоспособность при заболеваниях и травмах.....	86
6.3. Сроки временной нетрудоспособности и продление лечения на МРЭК	87
6.4. Временная нетрудоспособность при различном течении заболевания	89
6.5. Документы, регламентирующие проведение экспертизы временной нетрудоспособности	90
6.6. Документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность.....	90
6.7. Специальные случаи определения временной нетрудоспособности	92
6.8. Общие вопросы выдачи листка нетрудоспособности.....	95
ГЛАВА VII. ПОРЯДОК ВЫДАЧИ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ	96
7.1. Выдача листка нетрудоспособности при амбулаторном лечении.....	96
7.2. Выдача листка нетрудоспособности в стационаре.....	99
7.3. Выдача листка нетрудоспособности при обследовании и направлении для специального лечения в другой город	100
7.4. Выдача листка нетрудоспособности работающим инвалидам и пенсионерам по старости	101
7.5. Оформление листка нетрудоспособности при направлении на МРЭК	102
7.6. Оформление листка нетрудоспособности при заболеваниях.....	104
7.7. Оформление листка нетрудоспособности при нарушении режима.....	106
ГЛАВА VIII. ПОРЯДОК УДОСТОВЕРЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЕЕ ВИДАХ	108
8.1. Временная нетрудоспособность при профессиональном заболевании.....	108
8.2. Временная нетрудоспособность при несчастных случаях на производстве.....	109
8.3. Временная нетрудоспособность при несчастных случаях в быту.....	110
8.4. Временная нетрудоспособность при алкогольном, токсикоманическом или наркотиче-	

ском опьянении.....	111
8.5. Временная нетрудоспособность при санаторно-курортном лечении, медицинской реабилитации и спелеолечении	112
8.6. Отпуска при беременности, родах и аборте.....	114
8.7. Временная нетрудоспособность по уходу.....	116
8.8. Другие виды временной нетрудоспособности.....	119
ГЛАВА IX. ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКСПЕРТИЗЫ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ.....	120
9.1. Штатно-организационная структура службы экспертизы временной нетрудоспособности	120
9.2. Осуществление контроля за организацией экспертизы временной нетрудоспособности...	123
9.2.1. Общие организационные и методические принципы контроля за проведением экспертизы временной нетрудоспособности.....	123
9.2.2. Организация контроля за обоснованностью выдачи и продления листков нетрудоспособности	125
9.3. Сбор и анализ информации о состоянии экспертизы временной нетрудоспособности	127
9.3.1. Объем и содержание информации.....	127
9.3.2. Уровни поступления информации.....	127
9.3.3. Периодичность поступления информации.....	128
9.3.4. Источники получения информации.....	128
9.4. Подготовка кадров.....	128
9.5. Взаимодействия лечебного учреждения в сфере экспертизы временной нетрудоспособности с другими системами	130
9.5.1. Взаимодействия лечебного учреждения с администрацией предприятия	130
9.5.2. Организация и проведение обязательных медицинских осмотров работников.....	130
9.5.3. Информация о состоянии заболеваемости и первичной инвалидности.....	133
9.5.4. Вопросы взаимодействия ВКК и МРЭК.....	135
9.6. Обязанности должностных лиц, занимающихся экспертизой временной нетрудоспособности	138
9.6.1. Обязанности лечащего врача.....	138
9.6.2. Обязанности заведующего отделением.....	139
9.6.3. Обязанности заместителя главного врача по медико-социальной экспертизе и реабилитации	140
9.6.4. Организация работы и функции врачебно-консультативной комиссии по вопросам медицинской реабилитации и экспертизы (ВКК)	141
9.6.5. Обязанности руководителей учреждений (главного врача, директора института).....	146
9.6.6. Обязанности главного специалиста Министерства (отдела) здравоохранения.....	147
ГЛАВА X. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ И ПУТИ ЕЕ СНИЖЕНИЯ.....	148
10.1. Понятие о заболеваемости с временной утратой трудоспособности.....	148
10.2. Шифровка листков нетрудоспособности.....	149
10.2.1. Кодирование диагноза в листках нетрудоспособности.....	149
10.2.2. Кодирование случая временной нетрудоспособности	150
10.3. Общая характеристика списка болезней, травм и других причин временной нетрудоспособности, анализируемых по форме № 16-ВН	151
10.4. Список заболеваний и других причин ВН.....	151
10.5. Характеристика построения списка разъяснения диагнозов по форме № 16-ВН и по МКБ-10	155

10.6. Показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности.....	163
10.7. Углубленный анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности.....	165
10.8. Диспансеризация.....	166
10.8.1. Этапы диспансеризации.....	167
10.8.2. Анализ качества диспансеризации.....	169
10.9. Организация работы с длительно и часто болеющими.....	171
ГЛАВА XI. ЭКСПЕРТИЗА ИНВАЛИДНОСТИ.....	173
11.1. Основные цели направления больных на МРЭК.....	173
11.2. Показания к направлению на МРЭК и его порядок.....	173
11.3. Критерии определения групп инвалидности.....	177
11.3.1. Полиморбидность и синдром взаимного отягощения –как фактор риска инвалидности	177
11.3.2. Определение I группы инвалидности.....	178
11.3.3. Определение II группы инвалидности.....	179
11.3.4. Определение III группы инвалидности.....	180
11.4. Показания (основания) для установления инвалидности без указания срока переосвидетельствования.....	181
11.5. Причины инвалидности.....	182
11.5.1. Причина инвалидности «Общее заболевание».....	182
11.5.2. Причина инвалидности «Профессиональное заболевание».....	182
11.5.3. Причина инвалидности «Трудовое увечье».....	183
11.5.4. Причина инвалидности «Инвалидность с детства».....	184
11.5.5. Причина инвалидности «Инвалидность с детства в связи с катастрофой на ЧАЭС»	185
11.5.6. Причина инвалидности «Инвалидность с детства, вследствие ранения, контузии или увечья связанных с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны» (либо с последствиями военных действий).....	185
11.5.7. Причины инвалидности «Заболевание, увечье, вызванное катастрофой на Чернобыльской АЭС».....	186
11.5.8. Причины инвалидности, связанной с военной службой, со службой в органах внутренних дел, органах и подразделениях по чрезвычайным ситуациям и органах финансовых расследований.....	186
11.6. Статистический анализ инвалидности.....	189
11.7. Определение степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.....	194
11.8. Медицинские противопоказания к допуску на работы.....	208
11.8.1. Медицинские противопоказания к управлению механическими транспортными средствами, тракторами и другими самоходными машинами	236
11.8.2. Перечень заболеваний и противопоказаний, запрещающих лицам допуск к управлению автомобилями, разрешенная максимальная масса которых не превышает 3500 килограммов, и число сидячих мест в которых не превышает девяти, включая сиденье водителя, или устанавливающих ограничения права управления ими (категория «В» с правом найма на работу)	236
11.8.3. Перечень заболеваний и противопоказаний, запрещающих допуск к управлению автомобилями, разрешенная максимальная масса которых превышает 3500 килограммов (категория «С»), составами механических транспортных средств с тягачами, относящимися к категории транспортных средств «В» и «С» (категория «Е»), автобусами и иными автомобилями, предназначенными для перевозки пассажиров и имеющими более девяти сидячих мест, включая виденье водителя (категория «Д» и «Е») или устанавливающих ограничения права управления ими	240
11.8.4. Перечень заболеваний и противопоказаний, запрещающих допуск лиц к управлению тракторами, самоходными сельскохозяйственными, мелиоративными и дорожно-	

строительными машинами (трактористов-машинистов) или устанавливающих ограничения права управления ими.....	244
11.9. Список профессиональных заболеваний.....	249
ГЛАВА XII. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ДЕТЕЙ (ЛИЦ ДО 18 ЛЕТ)	256
12.1. Оценка ограничения жизнедеятельности в детском возрасте.....	258
12.1.1. Концепция последствий болезни в педиатрической практике.....	258
12.1.2. Формирование критериев жизнедеятельности в детском возрасте.....	258
12.1.3. Возрастные аспекты ограничения жизнедеятельности у детей.....	260
12.1.4. Оценка социальной недостаточности у лиц до 18 лет.....	278
12.2. Методы клинико-экспертной диагностики в детском возрасте.....	280
12.2.1. Методы изучения основного дефекта и сопутствующих нарушений.....	280
12.2.2. Клинико-экспертные методы оценки ограничения жизнедеятельности и объективизации социальной дезадаптации ребенка.....	282
12.3. Подходы к определению инвалидности у детей (лиц до 18 лет) с последствиями заболеваний нервной системы в Республике Беларусь	283
12.3.1. Основные понятия медико-социальной экспертизы детей.....	283
12.3.2. Основные положения медико-социальной экспертизы детей.....	284
12.3.3. Критерии определения степени утраты здоровья у лиц до 18 лет.....	286
12.3.4. Сроки установления инвалидности в детском возрасте.....	286
ГЛАВА XIII. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ.....	294
13.1. Определение понятий.....	294
13.2. Основные принципы реабилитации.....	295
ГЛАВА XIV. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ.....	299
14.1. Основные цели и задачи медицинской реабилитации.....	301
14.2. Предупреждение инвалидности и медицинская реабилитация.....	302
14.3. Физиологические основы медицинской реабилитации.....	303
14.4. Физическая работоспособность.....	305
14.5. Общие показания, критерии отбора на медицинскую реабилитацию и противопоказания к ее проведению	306
14.5.1. Общие показания к проведению медицинской реабилитации.....	306
14.5.2. Критерии отбора на медицинскую реабилитацию.....	308
14.5.3. Экспертные показания проведения реабилитации.....	309
14.5.4. Общие противопоказания к проведению медицинской реабилитации.....	309
14.5.5. Фазы реабилитации.....	309
14.5.6. Длительность реабилитации.....	310
14.5.7. Методы медицинской реабилитации.....	310
14.6. Группировка реабилитантов (клинико-реабилитационные группы).....	313
14.7. Основные отличия реабилитации от лечения.....	318
14.8. Реабилитационный потенциал	319
14.9. Технология медицинской реабилитации.....	321
ГЛАВА XV. ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И ПОДГОТОВКА КАДРОВ.....	324
ГЛАВА XVI. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ.....	330
ГЛАВА XVII. ОЦЕНКА ЭФФЕКТА РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С	333

ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПРИ ПОМОЩИ ШКАЛ, ТЕСТОВ И ОПРОСНИКОВ.....	
ГЛАВА XVIII. МЕДИКО-ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ	354
ГЛАВА XIX. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ	360
ГЛАВА XX. СОЦИАЛЬНЫЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ.....	369
ГЛАВА XXI. ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНОГО И ИНВАЛИДА	375
21.1. Основные положения индивидуальной программы реабилитации	375
21.2. Принципы и порядок формирования индивидуальной программы реабилитации	376
21.3. Порядок реализации индивидуальной программы медицинской реабилитации больного	377
21.4. Порядок формирования и реализации индивидуальной программы реабилитации инвалида	379
21.5. Особенности составления программ реабилитации больным и инвалидам с двигательными нарушениями.....	393
ЛИТЕРАТУРА.....	407

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ГУ НИИ МСЭ и Р	Государственное учреждение «Научно-исследовательский институт медико-социальной экспертизы и реабилитации»
БелМАПО	Белорусская медицинская академия последипломного образования
ВКК	врачебно-консультативная комиссия
ВН	временная нетрудоспособность
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВУЗ	Высшее учебное заведение
ВТЭ	врачебно-трудовая экспертиза
ДФ	дефектная функция
ИПР	индивидуальная программа реабилитации
КРГ	клинико-реабилитационная группа
ЛПУ	лечебно-профилактическое учреждение
ЛФК	лечебная физическая культура
МКБ	Международная классификация болезней
МР	медицинская реабилитация
МПР	медико-профессиональная реабилитация
МРЭК	медико-реабилитационная экспертная комиссия
МСЭ	медико-социальная экспертиза
МЗ	Министерство здравоохранения
НИИ	Научно-исследовательский институт
ООН	организация объединенных наций
ПЗПДФ	профессионально значимый показатель дефектной функции
ПЗФ	профессионально значимая функция
РБ	реабилитационная бригада
РП	реабилитационный потенциал
Р	Реабилитация
РЭГ	реоэнцефалография
СР	социальная реабилитация
УПП	учебно-производственное предприятие
ФК	функциональный класс
ЧМТ	черепно-мозговая травма
ИБС	ишемическая болезнь сердца
ЭКГ	электрокардиограмма
ЭЭГ	электроэнцефалография

ВВЕДЕНИЕ

В Республике Беларусь в последнее время при оценке социально-экономической ситуации и разработке прогнозов развития наряду с традиционными макроэкономическими показателями все шире стали использовать показатели, характеризующие развитие человеческого потенциала, в том числе показатели заболеваемости, смертности, средней продолжительности жизни. Серьезной проблемой современного общества остается проблема инвалидности. По данным ЮНЕСКО, около 10% населения земного шара является инвалидами. Каждое государство стремится к обеспечению разных возможностей инвалидам и обычным гражданам, т.е. должен присутствовать процесс, обеспечивающий инвалидам доступность различных систем общества и окружающей среды, таких, как обслуживание, трудовая деятельность, информация и др.

Основой политики государства в отношении инвалидов по «созданию равных возможностей» является их реабилитация, на которой строится обеспечение качества жизни инвалидов.

Реабилитация – новое направление государственной политики Республики Беларусь в социальной сфере, так как неблагоприятные тенденции в показателях здоровья и в демографическом развитии (высокий уровень заболеваемости, рост числа хронических заболеваний, стабильный, но высокий уровень первичной инвалидности, неуклонное снижение удельного веса работающих инвалидов) выдвигают реабилитацию больных и инвалидов на одно из важнейших стратегических направлений деятельности социальных институтов нашего общества. Правильно организованная реабилитация как мера социальной защиты человека является одновременно и методом цивилизованного решения экономических проблем человека и государства. Большое значение придали реабилитации принятые Верховным Советом Республики Беларусь Законы «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь» (1991 г., 2001 г.) и «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» (1994 г.), которые определили государственную политику в отношении инвалидов: осуществление эффективных мер по предупреждению инвалидности, разработка и реализация программ способствующих снижению тяжести инвалидности и уменьшению первичного выхода на инвалидность.

В настоящее время в нашей республике продолжается процесс становления службы реабилитации в целом и медицинской реабилитации в частности. Происходит совершенствование реабилитации, технологии проведения реабилитационных мероприятий, форм текущей медицинской документации, большое внимание уделяется вопросам организации труда медицинского персонала. Однако служба медицинской реабилитации нуждается в систематизации и совершенствовании организации реабилитационного процесса, повышении эффективности ее деятельности, соблюдении всех основных принципов реабилитации.

Сегодня в мире принята новая концепция инвалидности, основанная на трехмерной модели болезни, разработанной ВОЗ: болезнь → нарушение (функций) → ограничение жизнедеятельности → социальная недостаточность. Согласно этой концепции инвалидом может быть признан и трудоспособный человек, имеющий выраженные ограничения в других сферах жизнедеятельности (мобильность, ориентация, общение, способность к обучению и др.), которые приводят к социальной недостаточности. Поэтому, реабилитацию нельзя рассматривать в отрыве от медико-социальной экспертизы – как самостоятельной области научных знаний и системы практической деятельности, функционирующей на стыке здравоохранения, социального страхования и социального обеспечения. Тем более, что основной стратегической задачей медико-социальной экспертизы в нашем государстве является профилактика заболеваемости и инвалидности, укрепление здоровья человека.

Принятые в Республике Беларусь законы по проблемам инвалидности рассматривают реабилитацию, как вид социальной помощи инвалидам, включающий медицинскую, медико-профессиональную, профессиональную и социальную реабилитацию.

Перечисленные аспекты реабилитации названные в законах этапами являются звеньями единого реабилитационного процесса, направленного на восстановление здоровья и социального статуса человека, максимальную интеграцию его в общество.

Первым этапом многопрофильного реабилитационного процесса является медицинская реабилитация, которая проводится в организациях здравоохранения как врачами-лечебниками, так и специалистами-реабилитологами. Большую роль в процессе реабилитации инвалидов играют врачи МРЭК. В соответствии с законодательством, они составляют ИПР инвалида, в которой определяют сегодня потребность в различных видах медико-социальной и реабилитационной помощи, плани-

руют мероприятия по реализации реабилитационного потенциала в рамках ИПР инвалида и осуществляют динамический контроль за процессом реабилитации инвалида.

В свете изложенного большое значение приобретает подготовка врачей лечебных учреждений и МРЭК по вопросам медико-социальной экспертизы и реабилитации. Это необходимо для организации службы реабилитации на местах, правильной оценки исходного состояния реабилитанта, грамотного составления его ИПР планирования и реализации реабилитационных мероприятий, оценки эффективности проведенной реабилитации больного или инвалида. На сегодняшний день литература, отвечающая на эти вопросы крайне скудная, что и послужило мотивом к написанию данной книги. Безусловно, трактование отдельных реабилитационных аспектов сегодня не однозначно и мы с благодарностью примем любые замечания и предложения, которые будут учтены при подготовке новых изданий по вопросам медико-социальной экспертизы и реабилитации.

ГЛАВА I

ОСНОВНЫЕ ИСТОРИЧЕСКИЕ ЭТАПЫ СТАНОВЛЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ

Проблема неполнофункциональных граждан общества известна с древних времен и ее решение всегда зависело от экономического, политического, культурного уровня конкретной страны и от этапа развития общества в целом. Пройдя путь от идей неприязни и физического уничтожения инвалидов, общество пришло к пониманию необходимости интеграции и реинтеграции в общество лиц с различными физическими дефектами и психосоциальными нарушениями. Ведь с позиций сегодняшнего дня инвалидность следует рассматривать как проблему не одного конкретного человека, а всего общества в целом. Его интеграция в социальную среду требует значительных усилий многих специалистов: медиков, психологов, педагогов, юристов и др.

А.В. Чоговадзе и др. (1998) указывает, что система этапов и видов лечения, направленных на достижение максимально возможного результата в борьбе с болезнью, на наиболее быстрое возвращение больных к обычным условиям жизни и деятельности, т.е. ориентированных на снижение трудовых потерь, предотвращение или снижение инвалидизации населения, есть не что иное, как система медицинской реабилитации. Исходя из этого понятно, что **реабилитология – это наука, которая изучает закономерности, методы и средства восстановления морфологических структур и функциональных возможностей человека, утраченных им в результате того или иного заболевания, травмы или врожденных дефектов в формировании и развитии организма, а также связанные с этим восстановлением социальные последствия.**

Безусловно, изначально понятие «реабилитация» не касалось медицины. Согласно словаря С.И. Ожегова «Реабилитировать- восстанавливать прежнюю незапятнанную репутацию или восстановить в прежних правах». Словарь иностранных слов трактует реабилитацию как «восстановление доброго имени, прежней репутации».

Однако, реабилитация как способ восстановления нарушенных функций организма известна с очень давних времен. Еще древнеегипетские врачи использовали некоторые приемы трудовой терапии для более быстрого восстановления своих пациентов. Врачи Древней Греции и Рима также использовали в лечебных комплексах физическую активацию пациентов и трудовую терапию. В этих же странах широко применяли массаж как гигиеническое и лечебное средство, а также с целью повышения работоспособности. Основоположнику медицины Гиппократу принадлежит следующее высказывание «Врач должен быть опытен во многих вещах и, между прочим, в массаже».

В это же время стали уделять внимание и нетрудоспособным гражданам, получившим увечье при защите отечества. Так, в Римской империи легионерам, получившим увечье в военных походах, предоставлялись земельные наделы с рабами и единовременным материальным вознаграждением.

В эпоху средневековья отношение к неполнофункциональным гражданам ухудшилось, что выражалось в задержке развития организационных форм оказания помощи и только введение христианства способствовало становлению более высокого, чем ранее, уровня отношения к инвалидам в виде общественного и частичного призрения. При монастырях стали открываться приюты и богадельни, в которых призреваемые должны были обрабатывать предоставляемые им кров и пищу.

В это время понятие «инвалид» применялось только к бывшим военнослужащим, которые из-за увечья или болезни не могли содержать себя и в силу этого направлялись в приют. Это было широко распространено во многих странах Европы.

Однако далеко не все нуждающиеся имели возможность проживания в приютах, несмотря на то, что условия пребывания в них были крайне скромными, питание очень бедным, а медицинская помощь практически отсутствовала. Безусловно, в те времена ни в одной из стран не ставился вопрос о восстановлении призреваемых лиц до уровня полноценных членов общества, хотя следует отметить, что уже наметились определенные сдвиги в области восстановительного лечения и материальной компенсации.

Следует отметить, что картина динамики проблемы инвалидности имеет свои нюансы в каждой стране. Поэтому обратимся к истории развития проблемы инвалидности на примере

средневековой Руси, как общих предков современных славянских народов, включая нынешнюю Беларусь.

После введения христианства на Руси отношение общества к лицам с ограниченными возможностями сводилось к кормлению нищих, в годы правления князя святого Владимира на Руси появились первые больницы в которых оказывалась медицинская помощь. При многих монастырях устраивались особые помещения для нищих и убогих в соответствии с Церковным уставом 996 г., в котором в обязанности духовенства вменялись надзор и попечение.

В последующие столетия на Руси грандиозными масштабами развивается нищенство, издается Указ о регистрации всех «прокаженных и престаревшихся» и о введении дифференцированного подхода к нуждающимся. При этом рекомендуется либо призрение в богадельнях, либо «питание по дворам», либо привлечение к работам на добровольной основе или в принудительном порядке. В это же время начинают формироваться ростки медико-социальной экспертизы, в результате чего в 1663 г. был издан Указ о назначении инвалидам-раненым и пришедшим из плена денежного и кормового довольствия. Инвалиды по этому указу делились на две категории – тяжело- и легкокораненые, а с 1678 г. инвалиды подразделялись уже на три разряда: тяжело-, средне- и легкокораненых.

Систематизация мероприятий в сфере общественного призрения происходит при императоре Петре I – появляется дифференциация нуждающихся по их потенциалу (трудоспособные, профессиональные нищие, временно нетрудоспособные и т.д.). В 1700 г. император пишет о создании во всех губерниях богаделен для старых и увечных, а также госпиталей для незаконнорожденных («засорных») детей и сиротских домов.

В 1775 г. Екатерина II повелела создать в 40 губерниях целую сеть специальных учреждений, именуемых «Приказами общественного призрения», которым вменялось попечение народных школ, сиротских домов, госпиталей и больниц, домов для умалишенных и др. С введением в 1802 г. императором Александром I министерств вопросы общественного призрения было поручено решать министерству внутренних дел. В 1811 г. при Александре I все инвалиды войны были разделены на 3 разряда в зависимости от сохранившейся работоспособности. К каждому из этих разрядов применялся дифференцированный подход при распределении по различным службам внутренней охраны.

В 1814 г. в день первой годовщины Кульмского боя был учрежден «Комитет 18 августа 1814 г.», впоследствии преобразованный в «Александровский комитет о раненых». Первоначально этот комитет имел задачей оказывать помощь исключительно неимущим изувеченным офицерам, но в дальнейшем он оказывал некоторую помощь и нижним чинам. по степени тяжести инвалидности офицеры разделялись на 3 класса. К первому классу относились инвалиды, находящиеся в состоянии беспомощности, нуждающиеся в постороннем уходе, ко второму классу – нуждающиеся в постороннем уходе в исключительных случаях, к третьему классу – имеющие «недостатки и повреждения, затрудняющие отправление и действие некоторых органов и частей тела». За время управления Александра I в Санкт-Петербурге были созданы: медико-филантропический Комитет (1816 г.), Попечительский Комитет о бедных (1819 г.), Институт слепых (1819 г.), Дом воспитания бедных детей (1819 г.). В последующем возникли так называемые «дома трудолюбия» в Петербурге в 1886 г., Пскове в 1887 г., Смоленске в 1888 г., функции которых заключались в нравственном перевоспитании и развитии способностей для дальнейшей самостоятельной трудовой деятельности.

В эти же годы происходит разделение инвалидов войны на три класса или разряда в зависимости от сохранившейся работоспособности. К первому классу относились инвалиды, находящиеся в состоянии беспомощности и нуждающиеся в постороннем уходе, ко второму классу – нуждающиеся в постороннем уходе в исключительных случаях, к третьему классу – «имеющие недостатки и повреждения, затрудняющие отправление и действие некоторых органов и частей тела».

В конце XIX – начала XX столетия возникают понятия «полной и частичной трудоспособности», а в 1903 г. издаются «Правила для определения утраты трудоспособности от телесных повреждений вследствие несчастных случаев», в которых степень утраты трудоспособности выражалась в процентах. Было указано, что владельцы предприятий обязаны были лечить пострадавшего и уплачивать ему денежное пособие во время лечения и пенсию в случае наступления инвалидности. Однако вознаграждение по этому закону могли получать лишь те лица, несчастные случаи, с которыми не были вызваны грубой неосторожностью пострадавшего.

Пострадавшие должны были на суде привести доказательства того, что несчастный случай произошел по вине нанимателя, а не рабочего.

В 1905 г. П.В. Васильевым была предложена и научно обоснована четырехгрупповая классификация инвалидности, в которой автор дал следующую характеристику утраты трудоспособности: первая группа определялась лицам с полной потерей трудоспособности, вторая – лицам со значительно ограниченной трудоспособностью, третья группа характеризовалась ограничением трудоспособности средней степени, четвертая – ограничением трудоспособности слабой степени.

Однако, данная система не имела практического применения так как в то время в России пользовались по специальным таблицам процентной системой определения степени утраты трудоспособности, позаимствованной в Германии.

Начиная с 1908 г. в России стали организовываться врачебные консультационные бюро, явившиеся прообразом экспертных учреждений, главная задача которых заключалась в оценке трудоспособности больных с учетом характера заболевания или травмы. В состав консультационных бюро входило от трех до пяти врачей, и размещались они на базе городских больниц.

В 1912 г. царским правительством был издан закон «о признании нижних воинских чинов». В этом «положении» инвалиды, в зависимости от степени утраты трудоспособности, делились на 5 разрядов, каждому из которых устанавливался определенный размер пенсии.

В этот период получила развитие экспертиза временной нетрудоспособности, начало которой было положено в 1913 г. в виде создания больничных касс.

Дальнейшее свое развитие медико-социальная экспертиза получила после Октябрьской революции. Так 22 декабря 1917 г. был издан «декрет «О страховании на случай болезни», а 31 октября 1918 г. «Положение о социальном обеспечении трудящихся» согласно которого «наличие инвалидности и степень ее устанавливаются медицинской экспертизой, учреждаемой при страховой кассе». В соответствии с этим Положением в Кодексе законов о труде 1918 г. было записано, что факт постоянной или временной утраты трудоспособности удостоверяется медицинским освидетельствованием, проводимым бюро врачебной экспертизы при общегородских, районных и областных страховых кассах. В это время в России была принята пятигрупповая классификация инвалидности, в соответствии с которой I группа определялась при утрате трудоспособности более 75%, II группа – 60-74%, III группа – 45-59%, IV группа – 30-44%, V группа – 15-29%. Бюро врачебно-экспертной комиссии (БВЭ) состояло из врачебно-экспертной комиссии (ВЭК) и рабочей комиссии (РК). ВЭК проводила медицинскую экспертизу, а РК принимала окончательное решение на основе заключения ВЭК с учетом профессиональных моментов. В составе ВЭК было три врача (терапевт, невропатолог, хирург), а в состав РК входило три или четыре представителя профсоюза и один врач.

15 ноября 1921 г. был издан Советом Народных Комиссаров декрет о социальном страховании, согласно которому последнее распространяется лишь на лиц наемного труда, независимо от того, заняты ли они в государственных, общественных, кооперативных, концессионных, арендных, смешанных или частичных предприятиях, учреждениях и хозяйствах. Декретом были введены четыре вида страхования: 1) от временной нетрудоспособности, 2) от инвалидности, вдовства и сиротства, 3) от безработицы и 4) особое страхование на лечебную помощь. Высшим органом надзора становится Центральное управление социального страхования (Цустрах), организованное при Комиссариате труда и позднее, с ликвидацией последнего, перешедшее в ВЦСПС.

8 декабря 1921 г. Совнарком принял постановление, отменившее процентную систему определения неработоспособности и введшее в страховую практику так называемую «рациональную классификацию инвалидности» с установлением 6 ее групп:

1 группа – инвалид не только не способен ни к какой профессиональной работе, но нуждается в посторонней помощи для удовлетворения собственных нужд.

2 группа – инвалид не способен ни к какой профессиональной работе, но может обходиться без посторонней помощи.

3 группа – инвалид не способен ни в какой регулярной профессиональной работе, но может в некоторой степени добывать себе средства существования случайными и легкими работами.

4 группа – инвалид не может продолжать свою прежнюю профессиональную деятельность, но может перейти на новую профессию более низкой квалификации.

5 группа – инвалид должен отказаться от прежней профессии, но может найти новую профессию такой же квалификации.

6 группа – возможно продолжение прежней профессиональной работы, но только с пониженной производительностью.

Положительным моментом в данной классификации, которую разработал Н.А. Вигдорчик было то, что автор предлагал учитывать при вынесении заключения о трудоспособности не только диагноз больного, но и условия труда данного человека. Таким образом, уже в 20-е годы специалисты бюро врачебной экспертизы должны были учитывать условия труда больного, выносить экспертное заключение о возможности продолжения трудиться в своей основной профессии или необходимости рационального трудоустройства либо ограничении продолжительности труда в своей профессии.

Наряду с положительной стороной классификация имела существенные недостатки, выражающиеся в слишком широком, необоснованном трактовании понятия «инвалидность». Формулировки V и VI групп инвалидности оказались практически несостоятельными и в известной мере вредными, поскольку инвалидами признавались лица фактически трудоспособные, а нуждаемость в кадрах в связи с гражданской войной, начавшейся индустриализацией страны, была очень велика. К тому же пенсионное обеспечение получали только инвалиды первых трех групп.

В 1924 г. Совет Народных Комиссаров РСФСР утвердил «Положение о ВКК», предусматривающее его состав и функции. В состав ВКК входили представитель профсоюзной организации, доверенный врач страховой кассы и два врача по основным специальностям, помимо вопросов, связанных с контролем состояния экспертизы временной нетрудоспособности в лечебных учреждениях, и продления больничных листов, ВКК в ряде случаев занимались определением инвалидности с обязательным последующим утверждением своего решения в БВЭ.

В 20-е годы стали появляться первые общества инвалидов. В 1925 г. было организовано Всероссийское общество слепых (ВОС), а в 1926 г. – Всероссийское общество глухих (ВОГ), которые взяли на себя заботу и ответственность за трудовое устройство данного контингента инвалидов.

На смену ВЭК приходят ВТЭК – врачебно-трудовые экспертные комиссии. Днем рождения последних следует считать 25 июня 1932 г., когда было принято положение о ВТЭК, заменившее прежнее положение о ВЭК.

В 1933 г. БВЭ были реорганизованы во врачебно-трудовые экспертные комиссии (ВТЭК) и утверждено новое «Положение о ВТЭК», что, безусловно, было очень важным итогом в процессе дальнейшего развития врачебно-трудовой взаимосвязи органов здравоохранения и органов социальной защиты, т.е. было определено единство подходов в оказании помощи человеку начиная с лечебных мероприятий и заканчивая трудоустройством.

Основными задачами ВТЭК были определены:

- экспертное изучение (оценка) состояния здоровья, характера и условий труда больного, на основании чего выносится решение о степени утраты трудоспособности;
- установление времени наступления инвалидности ее группы и социально-биологической причины (общее или профзаболевание, трудовое увечье, инвалидность с детства; ранение, контузия, увечья, полученные при защите СССР или при исполнении обязанностей военной службы и т.д.);
- определение процента утраты трудоспособности, возникшей в результате увечья или заболевания, связанного с производством;
- определение условий и видов труда, доступных инвалидам по состоянию здоровья (трудовые рекомендации), а также рекомендация мероприятий, способствующих восстановлению их трудоспособности;
- повторное освидетельствование инвалидов в регламентированные сроки; изучение динамики и причин инвалидности.

Незадолго до этого, 29 февраля 1932 г., была отменена шестигрупповая система классификации инвалидности и вместо нее введена трехгрупповая.

Согласно этой классификации I группа инвалидности устанавливалась лицам, «утратившим трудоспособность полностью и нуждающимся в постороннем уходе», II группа – «утратившим полностью трудоспособность к профессиональному труду как по своей, так и по какой бы то другой профессии», III группа – «неспособным к систематическому труду по своей профессии в условиях работы, обычных для этой профессии, но могущим использовать свою остаточную

трудоспособность: а) либо на нерегулярной работе; б) либо при сокращенном рабочем дне; в) либо в другой профессии со значительным снижением квалификации».

Введение трехгрупповой классификации окончательно ликвидировало процентный принцип определения трудоспособности и утвердило понятие об инвалидности как синтезе медицинского и социального факторов. Эта классификация инвалидности с внесением в нее соответствующих коррективов легла в основу Инструкции по определению групп инвалидности, утвержденной Министерством здравоохранения СССР и ВЦСПС в 1956 г.

В эти же годы перед врачами-экспертами ставится важнейшая задача – изучить возможности рационального трудоустройства. Поэтому, в 1930 г. в Москве создается Институт экспертизы трудоспособности Московского областного отдела здравоохранения, в 1932 г. – Центральный научно-исследовательский институт трудоустройства инвалидов, которые в 1937 г. объединяются в Центральный научно-исследовательский институт экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов. Аналогичные институты создаются в 1932 –1934 гг. в других городах: в Харькове, Ростове, Горьком, Ленинграде, позже – в Днепропетровске, Виннице, Минске.

Организация этих научно-исследовательских учреждений способствовала разработке научных, теоретических и практических вопросов врачебно-трудовой (а ныне медико-социальной) экспертизы, подготовке кадров, началу изучения и анализа заболеваемости, разработке мероприятий по ее снижению.

Большое значение в улучшении качества экспертизы временной нетрудоспособности имело утверждение 14 августа 1937 г. инструкции «О порядке выдачи застрахованным больничных листов». Эта инструкция не утратила своего значения и до настоящего времени, так как вместе с последовавшими в дальнейшем дополнениями она являлась основным документом, регламентирующим показания к освобождению больных от работы в связи с временной нетрудоспособностью, обусловленной заболеваниями, травмами и др. Много внимания стало уделяться изучению анализа причин заболеваемости и разработке мероприятий по их предупреждению.

Огромные потери трудовых ресурсов нанесла Великая Отечественная война. Появилась новая категория инвалидов – инвалиды Великой Отечественной войны. Особенностью данной категории было то, что в основном это были лица молодого и среднего возраста, которые несмотря на тяжелые последствия ранений и травм, стремились продолжать свою трудовую деятельность. А как указывалось выше, в классификации групп инвалидности в 1932 г. не предусматривались трудовые рекомендации для инвалидов I и II групп.

Кроме того, много было инвалидов, у которых отсутствовала одна конечность, имелись обширные дефекты черепа, выраженный парез конечности и др. То есть появилась необходимость во введении понятия «выраженный анатомический дефект» дающее право на определение III группы инвалидности даже при сохранении трудоспособности в своей основной профессии.

Таким образом, возникла необходимость в изменении действующей классификации. Поэтому в 1943 г. было издано инструктивное письмо в соответствии с которым ВТЭК было дано право устанавливать III группу инвалидности лицам «выраженным анатомическим дефектом», но не потерявшим трудоспособность в своей профессии.

В послевоенные годы возникла необходимость в упорядочении сроков переосвидетельствования инвалидов, введении трудовых рекомендаций инвалидам I и II групп, повышении квалификации врачей-экспертов. Поэтому в 1945 г. на базе ЦИЭТИН бала создана первая в стране кафедра врачебно-трудовой экспертизы, на которой проходили обучение и усовершенствование специалисты-эксперты, организаторы здравоохранения, социального обучения и др. Позже аналогичные кафедры были открыты при Новокузнецком, Белорусском и Ташкентском ГИДУВ и курс ВТЭ при Тбилисском ГИДУВ.

На собравшемся в 1948 г. I Всероссийском съезде врачей-экспертов были подведены итоги большой работы и намечены дальнейшие пути ее совершенствования. Главной задачей съезд признал разработку новой инструкции по определению групп инвалидности с учетом тех дефектов, которые выявлялись в практической деятельности. Инструкция была создана в 1954 г. В ней была сохранена трехгрупповая классификация инвалидности, но были рационально скорректированы критерии для установления групп, предусмотрены рекомендации инвалидам I и II групп, введено понятие «выраженный анатомический дефект», установлены более рациональные сроки переосвидетельствования инвалидов, утвержден «Перечень заболеваний и дефектов, при которых группа инвалидности устанавливается бессрочно».

В целях повышения ответственности за работу по экспертизе трудоспособности в лечебных учреждениях приказом Министерства здравоохранения СССР от 26 декабря 1955 г. № 282 была введена должность заместителя главного врача по экспертизе трудоспособности, которой одновременно назначался и председателем врачебно-консультационной комиссии (ВКК).

1956 г. ознаменовался выходом нового Закона о государственных пенсиях, согласно которому пенсионеры стали получать более высокую пенсию и право на пенсию приобрели многие трудящиеся, которые до этого ее не получали: инвалиды с детства, инвалиды, не имеющие необходимого трудового стажа в связи с заболеваниями, дефектами и др. В этом же году было утверждено новое «Положение о ВТЭК», в котором четко были сформулированы функции ВТЭК: установление группы и причины инвалидности, времени фактического наступления инвалидности, вынесение трудовых рекомендаций, определение реабилитационных мероприятий, изучение условий труда работающих инвалидов.

В соответствии с этим в 1956 г. была переиздана «Инструкция по определению групп инвалидности», утвержден новый «Перечень заболеваний и дефектов, при которых группа инвалидности устанавливается ВТЭК без указания срока переосвидетельствования».

Важным событием данного периода явилось I Международное совещание специалистов по врачебно-трудовой экспертизе социалистических стран, которое состоялось в Бухаресте в 1961 г. На совещании было определено понятие «врачебно-трудовая экспертиза» и указаны задачи и пути дальнейшего ее развития.

В марте 1963 г. было принято Постановление Совета Министров РСФСР и ВЦСПС «О мерах по снижению инвалидности среди трудящихся и улучшению врачебно-трудовой экспертизы». В нем были отмечены потенциальные возможности снижения инвалидности и определены пути их реализации.

Важной вехой в становлении врачебно-трудовой экспертизы было принятие в 1964 г. Закона о пенсиях и пособиях членам колхозов и их семьям, согласно которому колхозники получили право на пособие по временной нетрудоспособности, пенсии по инвалидности (I и II группы), а также в случае потери кормильца. Позже (1967 г.) на них были распространены и другие положения: увеличение минимального размера пенсий, введение пенсионного обеспечения инвалидам III группы вследствие трудового увечья и профессионального заболевания, уравнивание колхозников при выходе на пенсию по старости с возрастом рабочих и служащих.

Начиная с 50-х годов в Советском Союзе также развивается концепция интеграции больных и инвалидов в общество. При этом упор делается на их обучение, получение ими технических средств.

В 70-е годы в Ленинграде поэтапно создаются многопрофильные центры реабилитации больных с хроническими неспецифическими заболеваниями легких, последствиями травм опорно-двигательного аппарата, головного, спинного мозга, болезнями сердечно-сосудистой системы, почек, с использованием комплексов восстановительного лечения в условиях стационаров – поликлиник, курортных учреждений.

В соответствии с приказом Минздрава СССР на базе городской больницы № 40 Сестрорецкого района г. Ленинграда был организован и стал функционировать многопрофильный центр на 645 коек для реабилитации больных с последствиями травм опорно-двигательного аппарата, последствиями повреждений спинного и головного мозга, последствиями травм и заболеваний периферической нервной системы и сосудов головного мозга, больных после трансплантации почек.

В эти же годы мощное развитие получает реабилитация и в других регионах СССР. Опыт работы специализированных реабилитационных отделений в различных городах страны (Москва, Киев, Караганда, Рязань, Горький и др.) с использованием средств восстановительного лечения показал высокую эффективность лечения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, травмами головного, спинного мозга, периферической нервной системы, опорно-двигательного аппарата, неспецифическими заболеваниями легких, почек, профессиональными болезнями и др.

В 1975 г. впервые в СССР на базе 51-й поликлиники Московского района г. Ленинграда было организовано амбулаторное реабилитационное отделение, обеспечивающее восстановительное лечение больных с последствиями повреждений и заболеваний опорно-двигательного аппарата с заболеваниями и последствиями травм центральной и периферической нервной системы, перенесших острый первичный или повторный инфаркт миокарда, больных сурдологического профиля. Для осуществления реабилитации в поликлинике проводилось

комплексное лечение с использованием многообразных средств лечебной физкультуры, физиобальнеотерапии, механотерапии, гидротерапии, иглорефлексотерапии, оксигаротерапии, психотерапии, и др. Широко использовалась трудотерапия, которая проводилась в переплетно – брошюровочной, механической, столярной, швейно-гладильной мастерских и на автотренажере. Бытовая реабилитация осуществлялась в специально оборудованной комнате со всеми необходимыми предметами личной гигиены туалета и бытового обслуживания.

Значительный вклад в развитие методических принципов реабилитации сделан М.М. Кабановым (1982). В его работах акцентируется роль личности в оптимизации реабилитационного процесса, независимо от характера заболевания.

В 70-е годы впервые в стране создана система промышленной реабилитации на базе Горьковского автозавода, которая была одобрена коллегией Минздрава РСФСР в 1978 г. и рекомендована для широкого внедрения в стране. Учреждения реабилитации, созданные на промышленных предприятиях, располагают собственной технической базой, благодаря чему здесь возможны создание эргономических приспособлений к оборудованию для инвалидов с целью сохранения ими прежней профессии, адаптация к профессиональному труду, рациональное трудоустройство и приобретение новой профессии. Такого рода учреждение может быть использовано для восстановительного лечения работающих разных профессий, поскольку целенаправленное воздействие специально сконструированного промышленного оборудования может быть в одинаковой степени эффективно для больных различных профессиональных групп.

Системы реабилитации в разных странах имеют значительные различия и поэтому поднимаются вопросы о необходимости международного сотрудничества разработки координированной программы реабилитации физически неполноценных лиц. В 1993 г. Генеральная ассамблея ООН приняла «Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов политической и моральной основой которых являлись Международный билль о правах человека, включающий Всеобщую декларацию прав человека, Международный пакет об экономических, социальных и культурных правах, Международный пакет о гражданских и политических правах, Конвенция о правах ребенка, Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, а также Всемирная программа действия в отношении инвалидов.

Что касается этапов развития медико-социальной экспертизы и реабилитации в мире, то уже с XVIII столетия медицинская реабилитация в Европе сочетается с элементами психологической поддержки пациентов. Тогда же испанские врачи заметили, что те больные, которые в процессе своего лечения ухаживали за другими пациентами, выздоравливали быстрее, чем те, кто был в своем лечении пассивен. В XIX столетии фокус восстановительной терапии перемещается в США. С начала XX века там растет число учреждений, которые используют различные виды физической активизации пациентов для решения различных социально-психологических проблем. В 1917 г. в США была организована Ассоциация по восстановительной терапии.

В 1903 г. Франц Иозеф Раттер фон Бус впервые использует понятие «реабилитация» в книге «Система общего попечительства над бедными», подразумевая при этом благотворительную деятельность. По отношению к лицам с физическими недостатками термин «реабилитация» начал употребляться в 1918 г., когда в Нью-Йорке был организован Институт Красного Креста для инвалидов.

К. Biesalski, начав проводить в 1906 г. в Германии статистику инвалидов и создав их попечение, был пионером реабилитации. Позже, в 1924 г. он говорил о социальном движении, возникшем в системе здравоохранения, целью которого явилось восстановление социальной значимости всех инвалидов, получивших увечье в результате травм наследственных и приобретенных заболеваний, а также других факторов.

Мощным стимулом для развития реабилитации послужила Первая мировая война. Тысячи раненных и искалеченных, воинов получали восстановительное лечение и реконструктивную помощь. Это способствовало росту специалистов-реабилитологов, расширению сети их подготовки как в области физической, так и психологической реабилитации. Вторая мировая война значительно стимулировала развитие различных видов реабилитации: медицинской, психологической, социальной, в том числе профессиональной. В частности, в Великобритании были созданы ортопедические госпитали для лечения инвалидов войны. Особенностью этих учреждений являлось широкое применение трудотерапии, которая носила характер максимальной приближенности к профессиональному труду и проводилась под руководством квалифицированных рабочих, вышедших на пенсию.

Однако, официально понятие «реабилитация» впервые было применено только в 1946 г. в Вашингтоне, во время проведения конгресса по реабилитации. Согласно решения данного конгресса, «сущность реабилитации следует усматривать в восстановлении физических и духовных сил пострадавшего. Последнее условие становится возможным только при создании специальных учреждений, где осуществляется профессиональная адаптация больного».

Таким образом, уже в 1946 г. ученые рассматривали реабилитацию, не только как медицинские восстановительные мероприятия, но и как систему реализации возвращения человека в общество путем профессионального обучения, переобучения, трудоустройства.

В эти же годы во многих европейских странах появились общества реабилитации, объединяющие научных сотрудников и врачей – практиков, занимающихся реабилитацией. В 1959 г. комиссия экспертов по медицинской реабилитации ВОЗ пришла к выводу, что свыше 75% больных с двигательными нарушениями и 25% всех больных с соматическими нарушениями, находящихся в больницах общего профиля, нуждаются в реабилитации, так как она способствует возвращению их к труду и в общество. То есть для врача реабилитация должна представлять собой распространение его деятельности за пределы терапии. Начиная с 50-х годов, стали выделять чистую терапию (лечение) и реабилитацию – проведение терапии в совокупности с другими реабилитационными методами и средствами, ориентированными на социальное восстановление пациентов.

Бурное развитие реабилитации сопровождалось различным трактованием как самого понятия «реабилитация», так и ее отдельных видов, аспектов и этапов. Так, на международном симпозиуме социалистических стран по реабилитации (г. Балле, 1964г.) под реабилитацией было решено понимать «деятельность коллектива медицинских работников, педагогов, экономистов, руководителей общественных организаций, направленную на восстановление здоровья (в физическом, психическом и социальном смысле) и трудоспособности инвалидов». В то же время по определению Международной организации труда «под реабилитацией следует понимать восстановление здоровья лиц с ограниченными физическими и психическими возможностями с целью достижения максимальной полноценности их с физической, психической, социальной и профессиональной точек зрения». Первое определение довольно расплывчатое, неконкретное, а во втором уже более определяется контингент лиц, которому должна проводиться реабилитация, но не указывается какими методами и средствами. На заседании экспертов по реабилитации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) указывалось, что «реабилитация – это комбинируемое и координируемое использование медицинских, социальных, просветительных и профессиональных мер с целью обучения или переучивания инвалидов для достижения ими по возможности наиболее высокого уровня функциональных возможностей».

Уже в начале 60-х годов в научной литературе широко обсуждается цель реабилитации – это возвращение больного или инвалида к труду и пути ее достижения – создание оптимальных условий для активного участия инвалида в жизни общества (R. Jochhein, 1963).

Стремление к обмену опытом, координации и кооперации в области реабилитации привело в 1966 г. к образованию Международного Постоянного комитета экспертов по реабилитации. Комитет решал задачи обмена информацией, совместного проведения рабочих заседаний, подготовкой рекомендаций Министрам здравоохранения в области реабилитации, координации действий в решении международных вопросов.

В 1967 г. M.Chenal указывает, что сущность реабилитации включает в себя три основных момента: профессиональную адаптацию пострадавшего в процессе лечения (адаптация), приобщение к труду лиц с частичной утратой профессиональных навыков (реадаптация), использование в общественной жизни лиц с полной утратой профессиональных навыков (переквалификация)».

В ноябре 1967 г. в Праге на IX конференции Министров здравоохранения и социального обеспечения социалистических стран было принято определение реабилитации, давшее дальнейший толчок развитию системы реабилитации и касавшееся взрослых и детей, больных и инвалидов, а также лиц с временной утратой трудоспособности, так и инвалидов. «**Реабилитация** – система государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и др. мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов (детей и взрослых) в общество и к общественно полезному труду».

Основные решения IX конференции министров здравоохранения:

1. Организация и систематическое углубление тесного сотрудничества государственных и общественных, особенно профсоюзных организаций Международного Красного Креста, организаций инвалидов и хозяйственных организаций для реализации мероприятий, которые обеспечат прогресс в деле реабилитации.

2. Создание в случае необходимости организаций на всех уровнях государственного руководства для координации деятельности всех учреждений, участвующих в процессе реабилитации.

3. Активизация санитарно-просветительной деятельности среди населения путем разъяснения целей и методов реабилитации в прессе, по радио и телевидению

4. Создание сети учреждений реабилитации в системе здравоохранения, социального обеспечения и народного образования, совокупность которых обеспечит в полной мере необходимую всестороннюю помощь гражданам, нуждающимся в реабилитации. Использование всех учреждений здравоохранения, в том числе и курортов, для целей реабилитации. Создание комплексной системы реабилитации в ее полном объеме не только при повреждениях двигательного аппарата, но и при внутренних и психических заболеваниях.

5. Разработка нормативов потребности населения в стационарных и амбулаторных мероприятиях по реабилитации и уточнение медицинских и социальных критериев оценки трудоспособности больных.

6. Разработка индивидуальной программы реабилитации для каждого гражданина с нарушенным здоровьем и в рамках этой программы не только обеспечение своевременного начала реабилитации, но и ее дальнейшее непрерывное и координированное проведение до успешного завершения, т.е. вплоть до возвращения гражданина к активной производственной и общественной деятельности с максимальной эффективностью.

7. Разработка новых методов исследования, определение научных критериев объективной оценки получаемых с их помощью результатов и внедрение их в практику (необходимо предпринять максимальные усилия для ускорения научных исследований в области медицинской, профессиональной и социальной реабилитации).

8. Реализация разработанной программы реабилитации с помощью коллектива специалистов, которые должны осуществлять координирующую деятельность в отношении отдельных компонентов реабилитации. Решающую роль должен играть врач, хотя его роль на отдельных этапах осуществления программы реабилитации меняется.

9. Целесообразное дифференцирование обучения и подготовки специалистов со средним и высшим образованием, которые принимают участие в рабочем процессе реабилитации. Для ознакомления врачей с принципами реабилитации и обеспечения предварительной подготовки в этой области необходимо включить данную дисциплину в учебную программу высших медицинских учебных заведений и институтов усовершенствования врачей. Целесообразно также, если это возможно, организовать кафедру реабилитации при институте усовершенствования врачей.

10. Изучение связи мероприятий в области реабилитации, прежде всего- трудотерапии, с критериями, которыми руководствуются при определении пенсии по инвалидности; необходимость проведения мероприятий по реабилитации больного и разработки трудовых рекомендаций при первичном и повторном назначении пенсии по инвалидности.

11. Изучение влияния научно-технического прогресса на возможность вовлечения граждан-инвалидов в трудовой процесс и возможность разработки мероприятий для полного претворения в жизнь этих целей.

Решения Пражской конференции сохраняют свою актуальность до настоящего времени. К сожалению, в бывшем СССР они не получили полной реализации.

В 70-е годы большое внимание вопросам реабилитации уделяет Организация Объединенных наций. Так, в 1975 г. на Генеральной ассамблее ООН была принята резолюция, призывающая государства – члены ООН укреплять веру инвалидов в права человека, в основные свободы и принципы мира, достоинства и ценности человека, в принципы социальной справедливости. Генеральная ассамблея ООН, провозгласила «Декларацию о правах людей с физическими или умственными недостатками» и призвала все страны к соблюдению ее положений, которые являются эталоном в защите прав увечных.

1. Люди с физическими или умственными недостатками – это все те лица, которые на основании врожденного или приобретенного повреждения (физического или умственного) не в состоянии обеспечить себе полностью или частично собственными силами как люди, не имеющие физических или умственных недостатков, соответствующее положение на работе, в профессиональной деятельности и в обществе.

2. Лица с физическими или умственными недостатками должны пользоваться всеми содержащимися в этой декларации правами. Эти права должны предоставляться всем людям с физическими или умственными недостатками без всякого исключения, независимо от расы, цвета, кожи, пола, языка, религии, политических или других взглядов, национального или социального происхождения, независимо от имущественного положения, рождения или прочих обстоятельств как в отношении самого лица с физическими или умственными недостатками, так и в отношении его семьи.

3. Лица с физическими или умственными недостатками имеют неотъемлемое право на уважение их человеческого достоинства, имеют те же самые основные права, что и другие их сограждане, и, прежде всего право на жизнь, которая должна быть настолько нормальной и наполненной содержанием, насколько это возможно.

4. Лица с физическими или умственными недостатками имеют те же самые гражданские и политические права, что и все другие люди. Статья 7 этой декларации запрещает всякое возможное ограничение или подавление этих прав у лиц с умственными недостатками.

5. Люди с физическими или умственными недостатками имеют право на мероприятия, которые им помогут добиться максимальной самостоятельности.

6. Люди с физическими или умственными недостатками имеют право на медицинское, психологическое и функциональное лечение, включая обеспечение протезами и ортопедию, на медицинскую и социальную реабилитацию, профессиональное обучение, на мероприятия по реабилитации, способствующие профессиональной подготовке, на помощь, консультацию службы, занимающейся трудоустройством, и других служб, которые способствуют максимальному развитию способностей и навыков у лиц с физическими или умственными недостатками и ускоряют процесс их социального вовлечения или восстановления.

7. Люди с физическими или умственными недостатками имеют право на экономические и социальные гарантии и на соответствующий уровень жизни. Они имеют право найти себе рабочее место, соответствующее их навыкам, и сохранить его или возобновить работу и вступить в члены профсоюза.

8. Люди с физическими или умственными недостатками имеют право на то, чтобы их особые потребности учитывались на всех фазах экономического и социального планирования.

9. Люди с физическими или умственными недостатками имеют право жить со своей семьей или приемными родителями и принимать участие во всех сферах социальной и творческой жизни. Ни один человек с физическими или умственными недостатками не должен подвергаться никакому другому лечению, кроме того, которого требует его состояние или которое необходимо для улучшения его здоровья. Если необходимо пребывание человека с физическими или умственными недостатками в специальном учреждении, то окружающая среда и условия жизни там должны в высшей степени соответствовать тому окружению и тем условиям, в которых бы жил человек его возраста, не имеющий физических или умственных недостатков.

10. Люди с физическими или умственными недостатками должны быть защищены от всякого использования их в корыстных целях, от определений и обращений дискриминирующего, оскорбительного и дискредитирующего характера.

11. Люди с физическими или умственными недостатками должны иметь возможность обратиться за квалифицированной юридической помощью, если такая помощь окажется необходимой для защиты их личности или их собственности. Если судебное производство направлено против них, то на процессе следует полностью учитывать их физическое и умственное состояние.

12. По всем вопросам, касающимся прав людей с физическими или умственными недостатками, они могут обращаться к организациям людей с физическими или умственными недостатками.

13. Люди с физическими или умственными недостатками, их семьи и коллективы, в которых они живут, должны быть информированы всеми доступными средствами о правах, содержащихся в этой Декларации.

На 31-м заседании Генеральной ассамблеи ООН было принято решение объявить 1981 г. «Международным годом инвалидов», а позднее 80-ые годы «Декадой инвалидов».

Таким образом, во всем мире за последние десятилетия произошли существенные изменения по отношению как к вопросам инвалидности в целом, так и непосредственно к самим инвалидам. В настоящее время признается равенство инвалидов на полноценную жизнь в обществе и создание государствами условий для реабилитации и социальной интеграции инвалидов. Безусловно, в различных странах исторический опыт формирования правовых и организационных аспектов медико-социальной экспертизы и реабилитации имеет свою специфику, хотя в большинстве стран различают физическую, общую и профессиональную инвалидность, связанную как с утратой органа или умственной функции независимо от экономических или профессиональных последствий, так и с потерей возможности выполнять вообще какую-либо работу, либо работу по прежней профессии.

В Германии в Конституцию внесены слова: «Никто не может быть ущемлен по причине своей инвалидности». Она предоставляет всем гражданам «право на реабилитацию и интеграцию в нормальную жизнь». Она обязывает законодательную, исполнительную власть и судебные органы на федеральном, так и на уровне земель и общин, а также прочие учреждения и организации общественной власти использовать все возможности для введения инвалидов всех групп «насколько это возможно, в нормальную жизнь».

Существует свод норм и правил, целью которых является интеграция в жизнь общества инвалидов и лиц, которым угрожает инвалидность. В нем подчеркнуто, что понятие выделение инвалидности не должно способствовать идеологической или социальной дискриминации инвалидов, оно лишь призвано подчеркнуть индивидуальность их проблем и шансов.

В Германии в основе законодательства об инвалидах лежит идея, о том, что реабилитация и последующее трудоустройство инвалидов экономически выгоднее, чем постоянное обеспечение их пенсиями и пособиями.

Существуют законы «О выравнивании услуг по реабилитации», «О социальной помощи», нормы которых направлены на реабилитацию инвалидов с применением механизмов страхования. Согласно этим законам, финансирование процесса интеграции инвалида в трудовую жизнь имеет приоритет перед пенсионным финансированием. Здесь действует принцип «реабилитация до назначения пенсии».

Законодательно определены меры поощрения профессиональной реабилитации инвалидов. Работающим инвалидам предусмотрена выплата специальной компенсации транспортных расходов на дорогу до работы и обратно.

Однако в соответствии с законодательством социальная защита инвалидов в Германии распространяется лишь на лиц, у которых степень утраты трудоспособности составляет не менее 50%.

Инвалиды с тяжелыми ограничениями жизнедеятельности получают компенсацию ущерба и имеют много льгот (снижение налогов, защита от увольнений и др.).

Непосредственно сама экспертиза инвалидности является трехступенчатой. Заключение лечащего врача представляется уполномоченному врачу страхового общества. Этот врач проверяет заключение лечащего врача и оценивает оставшийся трудовой потенциал больного. После этого оценка поступает к утверждающему врачу, который эту оценку дополняет, интерпретирует и утверждает.

Во Франции принято 7 законов, направленных на защиту и трудоустройство инвалидов. Организация деятельности по защите инвалидов возложена на Министерство здравоохранения и социального обеспечения. Пенсию по инвалидности назначают местные кассы страхования по временной нетрудоспособности на основании оценки врача-специалиста указанной кассы.

В Финляндии на законодательном уровне закреплена интеграция реабилитационной деятельности в сферу социальной защиты населения, здравоохранения, занятости, социального страхования, образования, а также сформированы механизмы их сотрудничества и кооперирования.

Особое внимание уделяется профессиональной реабилитации инвалидов, которая предоставлена трехуровневой системой с интеграцией обучения, профессионального образования, а также профессиональной ориентации и обеспечению занятости, профессиональному развитию и оценке результатов реабилитации.

Вопросы социального обслуживания, реабилитации инвалидов и оказания им медицинской помощи находятся в компетенции местных органов власти, однако государство компенсирует им значительную часть затрат. Для инвалидов многие услуги бесплатны или оплачиваются на

льготных условиях. Создана правовая база и для развития частных реабилитационных структур, которые нередко используются для размещения государственных заказов.

В период прохождения реабилитации инвалидам выплачивается специальное реабилитационное пособие за счет средств социального страхования.

В Канаде существует обширное законодательство, направленное на защиту прав и интересов инвалидов. В частности, это Акт о слепых, Акт об инвалидах, Акт о профессиональной реабилитации инвалидов, Закон о правах человека в Канаде, Закон о труде, Закон о компенсации наемным работникам и ряд других.

Система образования в Канаде законодательно предусматривает возможность обучения инвалидов на всех уровнях от школы до университета. Преобладает форма интеграционного образования, применяются специальные технические средства и индивидуальные программы. Среди студентов канадских университетов не менее 1% составляют инвалиды.

В процессе реабилитации инвалидов предусмотрены особые виды специалистов – оккупациональные терапевты и сестры-менеджеры, деятельность которых направлена на определение индивидуальных потребностей инвалидов и компенсацию ограничений жизнедеятельности.

В Дании вопрос о степени инвалидности и пенсии решается на основе заключения лечащего врача так называемыми трибуналами страхования по случаю инвалидности. Существует сеть государственных центров реабилитации, каждый из которых обслуживает определенную территорию. Приоритетным направлением признается интеграция детей-инвалидов в общий учебный процесс в обычных школах.

В Италии медико-социальную экспертизу на предмет определения инвалидности осуществляют врачи-специалисты бюро (канцелярий) Областных бюро Национального института социального страхования. Эти врачи объединены в диагностические кабинеты, а заключение утверждается руководителем бюро.

В Австрии существует много законодательных документов, направленных на социальную защиту и реабилитацию инвалидов: акт об интеграции инвалидов, Акт о попечении инвалидов, Акт о медицинском обслуживании жертв войны, Акт о туберкулезе, Общий закон о социальном обеспечении, Общий закон о социальном страховании, Закон об оказании помощи при трудоустройстве.

Что касается пенсии по инвалидности, то ее назначает Пенсионная комиссия страхового общества, а экспертизу осуществляют врачи страхового общества, которые объединены в диагностические центры.

В Великобритании вопрос о нетрудоспособности решает врач государственного управления здравоохранением. Однако это решение может быть опротестовано страховым служащим местных контор (канцелярий), после чего должна быть проведена экспертиза другим врачом.

Серьезное значение придается организации профессиональной реабилитации инвалидов в специализированных центрах. Эффективность профессиональной реабилитации и процент возврата инвалидов к профессиональной деятельности достаточно велик. Предусмотрена организация предприятий с щадящим режимом труда для инвалидов, на которых они осваивают новые профессии и переходят затем на обычные предприятия. Для инвалидов с тяжелыми формами могут быть созданы условия обучения и трудоустройства на дому. Указано квотирование и резервирование рабочих мест для инвалидов.

В Швеции медико-социальную экспертизу осуществляет комиссия, состоящая из семи человек. При этом в комиссию входят представители пенсионного фонда (председатель), врачи, представители Государственного страхового института и представители местного самоуправления.

Правительство стимулирует работодателей не предоставлением налоговых льгот предприятиям, а выплатой индивидуальных дотаций на каждого работающего инвалида. Сам инвалид получает пособие по инвалидности и заработную плату, но сумма выплат не превышает определенного предела.

Законодательно определено предоставление инвалиду технических средств для протезирования, передвижения, занятий спортом и др. кроме того, предусмотрено оборудование квартир для проживания инвалидов специальными адаптационными устройствами.

В Бельгии законодательством утверждено создание обширной системы социального страхования, в рамках которой осуществляется медицинская и социальная реабилитация инвалидов. Учреждения, оказывающие разные виды медицинских реабилитационных услуг,

относятся в основном к частному сектору. Оплата услуг частично (порядка 10-15%) осуществляется за счет инвалидов, остальная сумма выплачивается за счет страховых средств.

Пенсии по инвалидности назначает Государственное управление страхования по болезни и по инвалидности на основании оценок, которые разрабатывают областной врачебный совет по инвалидности Государственного управления и которые в некоторых случаях утверждает Центральный врачебный совет.

В Норвегии медико-социальную экспертизу осуществляет областной комитет комиссий в составе специалиста по трудоустройству, врачей и других необходимых специалистов, которые выносят экспертное решение.

В Японии организацией социальной защиты инвалидов занимается Министерство здравоохранения и социального обеспечения. При этом медицинская реабилитация инвалидов проводится в рамках общенациональных медицинских страховых программ.

В Австралии законодательство уделяет особое внимание инвалидам со сложными функциональными нарушениями. Предусмотрена реализация мер для возвращения их к обычной, повседневной жизни. Всем инвалидам, проходящим реабилитацию, положено предоставление протезной и других видов вспомогательных средств. При необходимости инвалидам оборудуются дома, где они могут работать на предоставляемых машинах и станках.

В Соединенных Штатах Америки в Акте об инвалидах сказано, что предприниматели не могут прибегать к дискриминации работников лишь по причине инвалидности. Что касается проведения медико-социальной экспертизы и признания гражданина инвалидом, то для этого в США достаточно лишь заключения врача о том, что имеющаяся и у больного неспособность выполнять полноценную деятельность из-за любого физического или умственного расстройства будет продолжаться не менее 12 месяцев.

Профессиональная подготовка инвалидов предусмотрена как на предприятиях со щадящими условиями труда, так и на крупных предприятиях.

Медицинская реабилитация инвалидов предусмотрена в рамках специальных программ «Medicare» и «Medicaid», финансируемых федеральным правительством.

Акт об устранении архитектурных барьеров узаконил необходимость приспособления к пользованию инвалидами общественных зданий. Актом о реабилитации был создан специальный орган, который обязан контролировать создание безбарьерной среды для инвалидов.

Специальными актами предусмотрено также обеспечение инвалидам возможности в реализации своих потребностей (покупок в магазине, посещения библиотеки) с помощью адаптационных технических устройств, предоставляемых им нормативно установленным способом.

Таким образом, в различных странах мира сложились различные службы экспертизы и реабилитации, привязанные к особенностям государственного устройства, системы пенсионирования, территориальным особенностям и т.д. Общим для подавляющего числа стран является комиссионное решение экспертных вопросов, существования сравнительно самостоятельных экспертных служб и наличие законодательной базы, направленной на социальную защиту и осуществление медицинской, профессиональной и социальной реабилитации.

ГЛАВА II

СОЗДАНИЕ, РАЗВИТИЕ И СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ СЛУЖБЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Важнейшими направлениями снятия остроты проблемы инвалидности является квалифицированная врачебно-трудовая (а ныне – медико-социальная) экспертиза, профилактика инвалидности и реабилитация больных и инвалидов. В соответствии с решением Государственного Комитета Совета Министров СССР по науке и технике и Постановлением Совета Министров БССР № 297 от 1 сентября 1967 года было принято решение об открытии Белорусской научно-исследовательской лаборатории экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов (БНИИЭТИН).

Возглавил лабораторию Карелин Николай Ефимович.

В 1967 году в лаборатории работало 11 научных сотрудников, из них 7 кандидатов наук

Трудностями в проведении научных исследований в 1967-68 годах было отсутствие клинической базы.

Официально клиника была открыта в 1968 году, но первых пациентов смогли принять только в апреле 1969 года, когда начал функционировать стационар на 300 коек. Первым главным врачом клиники был назначен также Карелин Н.Е. Естественно клиника была базой для выполнения научных работ по проблемам инвалидности, методическим и консультационным центром по врачебно-трудовой экспертизе в Белорусской ССР. Кроме того, в клинике решались вопросы социально-медицинской реабилитации инвалидов и больных при заболеваниях ЛОР органов, органов зрения и опорно-двигательного аппарата.

Практическому открытию клиники предшествовало полгода подготовительной работы. Принятые на работу с 1 сентября 1968 года около 60 выпускниц медучилищ, начали свою трудовую деятельность не с облачений в белые халаты и работы с пациентами, а с благоустройства служебных помещений, своих рабочих мест и создания условий для пациентов. Многие специалисты из пришедших на работу в те годы, не меняя места работы, ушли на заслуженный отдых.

Изучение истории создания и развития нашего учреждения показало, что для его становления многие и многие специалисты вложили массу сил, энергии и частичку собственной души. Прежде всего, надо отдать должное первому руководителю лаборатории Карелину Н.Е. Это прекрасный врач и талантливый организатор, награжден Орденом Трудового Красного знамени, медалью «За отвагу» и еще 8 другими медалями. Он заслуженный врач БССР. Главным врачом проработал до 1975 года. Его преемником стал Селицкий Эдуард Тимофеевич. Это высококвалифицированный врач. Работавшие с ним сотрудники до сих пор вспоминают его как очень интеллигентного руководителя, очень доступного и стремящегося помочь каждому, кто нуждался в его помощи. Главным врачом он проработал более 12 лет.

Начиная с первых лет образования, лаборатория выполняла приоритетные научные исследования в соответствии с требованиями времени: это разработка концептуальных и частных вопросов врачебно-трудовой экспертизы, поиск путей влияния на показатели инвалидности, формирование подходов к рациональному трудоустройству инвалидов.

В 1973 году (согласно Постановления Совета Министров БССР) лаборатория была преобразована в Белорусский научно-исследовательский институт экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов Министерства социального обеспечения Белорусской ССР (БНИИЭТИН).

Первым директором был назначен Турович Евгений Адамович. Это высококвалифицированный хирург, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник, участник ВОВ, награжден орденами «Отечественной войны 2 степени», «Красной Звезды», 14 медалями, знаком «Отличник здравоохранения», Почетными грамотами Верховного Совета БССР, Минсобеса и Минздрава БССР, избирался депутатом Партизанского райсовета г. Минска. Под руководством этого замечательного специалиста и прекрасного организатора институт работал около 13 лет.

Заместителем по научной работе у него был Романенко Вальдемар Викторович,

проработавший в этой должности 7 лет.

Работая в одной упряжке, эти замечательные специалисты сделали очень много для становления и развития нашего института. Благодаря их незаурядным профессиональным и организационным способностям в клинику в 1969 году было закуплено и смонтировано самое прогрессивное по тем временам медицинское оборудование, в том числе радиоизотопное для проведения различных функциональных и диагностических исследований и лечения сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, пищеварения, мышечной, нервной и костной тканей; операционного инструментария и другого оборудования.

Клиника в то время состояла из пяти отделений: офтальмологического - на 80 коек; ЛОР - на 80 коек; хирургии вместе с ортопедией - на 60 коек; терапии и неврологии - по 40 коек каждое.

Следует отметить, что уже к 1978 году институт был укомплектован высококвалифицированными научными и врачебными кадрами. Значительная их часть (124 человека) была подготовлена на кафедре врачебно-трудовой экспертизы и других кафедрах института усовершенствования врачей Минска, Ленинграда, Москвы. К этому времени специалистами института было защищено 14 и подготовлено к защите 4 диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. В институте уже работало 2 доктора и 30 кандидатов медицинских наук, более 60 врачей и научных сотрудников, а также 335 человек старшего и младшего обслуживающего персонала.

Особое место в исследованиях тех времен занимало изучение трудоспособности и трудового устройства инвалидов ВОВ. За первые 10 лет было обследовано 3000 инвалидов ВОВ.

Научными подразделениями лаборатории, а затем и института изучались и научно обосновывались условия труда слепых, слабовидящих, слабослышащих, глухих, которые работали в условиях учебно-производственных предприятий обществ глухих и слепых. Особое место отводилось изучению состояния трудового устройства и профессионально-технического обучения инвалидов в БССР. Большая работа проводилась по медицинской реабилитации инвалидов.

Анализ выполнения научных разработок в течение первых 10 лет показывает, что исследования института проводились в рамках союзной проблемы "врачебно-трудовая экспертиза и социально-трудовая реабилитация инвалидов" по двум направлениям:

- организационные и клинические принципы врачебно-трудовой экспертизы;
- социально-трудовая реабилитация больных и инвалидов.

В результате проведения НИР по указанным направлениям были разработаны и научно обоснованы принципы экспертизы трудоспособности, экспертно-диагностические методы для практики ВТЭ, вопросы организации труда инвалидов при различных заболеваниях, в том числе и инвалидов Великой Отечественной войны.

В 1971-1975 г.г. институтом выполнялось 32 научные темы, направленные на разработку клинко-физиологических критериев оценки трудоспособности лиц, страдающих заболеваниями различных нозологических профилей.

Внедрение результатов НИР в практику за эти годы способствовало положительному решению ряда проблем, связанных с инвалидностью.

Важным достижением в стране (СССР) и республике (БССР) стало проведение лабораторией, а затем институтом восстановительных корригирующих операций в области офтальмологии, отоларингологии и хирургии (всего 23 вида операций). Ежегодно проводилось свыше 700 операций, специалисты института имели заслуженную славу не только в Советском Союзе, но и за рубежом. За эти годы институт посетили делегации более чем из 15 стран мира, сотрудники института изучали зарубежный и делились своим положительным опытом.

С момента создания и до распада СССР институт обеспечивал информационную, организационную, методическую и консультативную помощь по проблемам врачебно-трудовой экспертизы, социально-трудовой реабилитации гражданам Белоруссии, Литвы и Молдавии.

За первые 10 лет существования институтом были разработаны критерии оценки состояния трудоспособности, обоснованы рекомендации по трудовому устройству и условиям труда слепых, слабовидящих, слабослышащих, глухих, по профессиональной ориентации и профилактике инвалидности, было изучено и проанализировано состояние трудового устройства и профессионально-технического обучения инвалидов в БССР.

Успешная разработка указанных направлений, в значительной мере, обеспечивалась за счет хорошей оснащенности института. По уровню оснащенности медицинским оборудованием институт был одним из лучших функционально-диагностических центров Белорусской ССР.

Восстановительное лечение и оперативная деятельность в институте наиболее широкое развитие получили в 1980 году, когда восстановительное лечение получил 1931 больной, а оперативное 743 человека.

В последующие годы в оперативной деятельности института наметился некоторый спад. Уже к концу 1983 года число восстановительных операций сократилось до 701, а в 1990 году – до 400 операций. Это было связано с моральным и физическим старением оперативного оборудования, а также со структурными изменениями в кадровом составе, необходимостью проведения капитального ремонта.

В восьмидесятые годы институт начал исследования по проблемам профилактики инвалидности, в том числе у детей с дефектами физического развития, актуальными оставались исследования по вопросам врачебно-трудовой экспертизы, восстановительной хирургии, социально-трудовой реабилитации, сохранения трудоспособности у пожилых.

С 1986 по 1998 года институт возглавлял Зборовский Эдуард Иосифович, доктор медицинских наук, профессор, автор многочисленных публикаций по проблемам инвалидности, награжден медалями «За трудовое отличие», «Ветеран труда» знаками «Отличник здравоохранения», «Выдатник социальной обороны Республики Беларусь», медалями и дипломами ВДНХ СССР и БССР, знаками «Изобретатель СССР», «Победитель соцсоревнования» ряда пятилеток, Почетной грамотой Верховного Совета БССР. С учетом требований времени под руководством этого высококлассного специалиста с необычайно широким кругозором и неординарным мышлением началось реформирование сначала научной, а затем и клинической деятельности института.

Вместе с Эдуардом Иосифовичем разработкой и реализацией научной тематики по проблемам инвалидности занимались его заместители по научной работе в течение 6 лет Нарейко Антон Антонович, а затем Гракович Александр Александрович.

Главным врачом был Колбанов Виктор Васильевич, который начал работу заведующим неврологическим отделением в 1981 году, затем с 1987 года стал главным врачом клиники и проработал до 1992 года, т.е. до перехода на работу в вышестоящую организацию.

Специалисты, работавшие с ним, в нашем институте вспоминают его, как профессионала высокого уровня, внимательного и чуткого руководителя, доступного в общении.

С 1986 года в республике начался пересмотр существовавшей концепции по отношению к инвалидам. Постановлением Совета Министров БССР от 21.11.86г. № 349 «Об уточнении направлений научной деятельности Белорусского НИИ экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов Министерства социального обеспечения БССР», в качестве основной задачи, стоящей перед институтом, была определена разработка подходов к профилактике инвалидности и реабилитации больных и инвалидов, с целью их социальной интеграции. В основу государственных мер по проблемам инвалидности были положены важнейшие принципы, сформулированные во Всемирной программе действий в отношении инвалидов, принятой ООН на 1982-1992 годы.

Значительным шагом по переходу на принципы ООН стал для республики 1988 год, когда была организована самая многочисленная организация инвалидов - Белорусское общество инвалидов, объединяющее 200 тысяч человек (до этого в республике уже около 50 лет существовали - Белорусское общество глухих и Белорусское общество инвалидов по зрению).

Важной вехой в совершенствовании деятельности института был 1988 год, когда на Республиканской научно-практической конференции «Социальные и медицинские проблемы профилактики инвалидности и сохранения трудовых ресурсов» (13-15 октября 1988г. г. Минск) и в связи с решением Всесоюзного Ученого координационного совета по проблеме «Врачебно-трудовая экспертиза и трудоустройство инвалидов» БНИИЭТИНу была поручена межведомственная координация научно-исследовательских работ по вопросам профилактики инвалидности в СССР. Иначе говоря, с 1988 года важнейшим направлением работы БНИИЭТИНа стала деятельность по профилактике инвалидности. В структуре научного сектора института было 9 научных лабораторий. В клинике, было, пять основных отделений на 300 коек: терапевтическое, неврологическое, хирургическое ортопедо-травматологическое, офтальмологическое.

В конце восьмидесятых - начале девяностых годов через стационар ежегодно проходило около 6000 больных и инвалидов и свыше 2000 - через амбулаторный консультативный центр, работавший до 1988 года на общественных началах.

Республиканский консультативный центр по профилактике инвалидности, врачебно-

трудоустройству и социально-трудоустройству инвалидов официально был открыт только в 1988 году

В 1990 году в институте работало 381 человек, в научном секторе - 117 человек, в клинике - 264 человека, в том числе 43 врача и 98 средних медработников. Из числа работающих в институте 3 доктора медицинских наук, 27 кандидатов медицинских наук (в т.ч. 1 врач - в клинике), 4 кандидата других наук. Оперативная деятельность в 1990 году составляла порядка 400 операций по 23 видам.

По результатам разработок института в 1990 году была разработана и внедрена система «Инвалидность», разработана концепция реабилитации инвалидов в Республике Беларусь.

С 1990 года началось становление и развитие государственной системы мер по предупреждению инвалидности и реабилитации инвалидов, по ее научно-организационному и методическому обеспечению.

Решением Комиссии Президиума Совета Министров БССР по вопросам научно-технического прогресса от 23 октября 1990 года была принята первая Республиканская научно-техническая программа 69.04р «Разработать методы и технические средства для медицинской и социально-трудоустройственной реабилитации инвалидов на 1991-1995 годы», в дальнейшем - программа «Реабилитация», головной организацией по реализации которой был определен БНИИЭТИН.

Впервые в Республике Беларусь научные коллективы учреждений системы здравоохранения, социальной защиты, народного образования, министерства труда приступили в рамках этой программы к разработке вопросов совершенствования статистики инвалидности, новых подходов к экспертизе, методологии и технологии профессиональной диагностики и медико-профессиональной реабилитации больных и инвалидов.

В результате выполнения этих работ в нашей республике в 1990 году была разработана информационная система «Инвалидность». Это специализированная медико-социальная информационно-аналитическая система, учитывающая обращаемость граждан, была первой информационной системой, по вопросам инвалидности среди стран бывшего СССР.

В Республике Беларусь в 1991 г. был принят «Закон о социальной защите инвалидов в Республике Беларусь», который определил государственную политику в области социальной защиты инвалидов, ввел новое определение инвалидности. Согласно статье 2 данного Закона «инвалидом является лицо, которое в связи с ограничением жизнедеятельности вследствие наличия физических или умственных недостатков нуждается в социальной помощи и защите». Следует отметить, что подобный Закон, защищающий права инвалидов, был принят в Республике Беларусь на несколько лет раньше, чем в России. Закон направлен на защиту прав инвалидов, он расширил возможности инвалидов заниматься трудом и ввел реабилитацию инвалида как вид социальной помощи инвалидам и обязанность лечебных и других учреждений оказывать услуги в области реабилитации.

Согласно закону (статья 13) было введено понятие «индивидуальная программа реабилитации инвалидов». В соответствии с данной статьей «медицинская, профессиональная и социальная реабилитация инвалидов осуществляется в соответствии с индивидуальной программой реабилитации, определяемой на основе заключения медико-социальной экспертизы государственными органами с участием представителей общественных организаций инвалидов». Индивидуальная программа реабилитации определяет конкретные объемы, виды и сроки проведения реабилитационных мер, виды социальной помощи и является «документом, обязательным для исполнения соответствующими государственными органами, а также предприятиями, учреждениями и организациями независимо от форм собственности и хозяйства».

После принятия «Закона о социальной защите инвалидов» в Беларуси была проведена существенная реорганизация служб врачебно-трудоустройственной экспертизы и реабилитации. ВТЭ была переименована в медико-социальную экспертизу с приданием ей новых задач. Произошло объединение службы МСЭ и реабилитации. Должность заместителя главного врача по экспертизе временной нетрудоспособности была переименована в «заместителя главного врача по медицинской реабилитации и экспертизе» с расширением их функциональных обязанностей. Врачебно-трудоустройственные экспертные комиссии (ВТЭК) были переданы в систему здравоохранения с последующей реорганизацией в медико-реабилитационные комиссии (МРЭК) с приданием этой службе новых, более широких задач. Новое «Положение о медико-реабилитационных экспертных комиссиях» было утверждено постановлением Совета Министров Республики Беларусь № 801 от 31 декабря 1992 г. Для кадрового обеспечения реорганизованной службы МСЭ и реабилитации в

номенклатуру врачебных специальностей были введены новые специальности «врач-эксперт-реабилитолог» и «врач-реабилитолог» и при республиканской аттестационной комиссии создана подкомиссия для аттестации врачей по данным специальностям.

Однако выход «Закона о социальной защите в Республике Беларусь» способствовал резкому увеличению показателей первичного выхода на инвалидность, так как был направлен на защиту только инвалидов, но не больных. Поэтому на МРЭК обратился большой поток больных за получением социальных льгот и гарантий, которые могли получить инвалиды.

Следствием данного роста первичной инвалидности стал выход нового Закона «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» утвержденного Постановлением Верховного Совета Республики Беларусь от 17 октября 1994 г.

Этот закон определяет государственную политику Республики Беларусь в области предупреждения инвалидности и реабилитации инвалидов как составной части охраны общественного здоровья в целях гарантий и обеспечения условий для его сохранения, восстановления и компенсации, нарушенных или утраченных способностей инвалидов к общественной, профессиональной и бытовой деятельности в соответствии с их интересами и потенциальными возможностями.

Согласно ст.19 Закона «при возникновении у больных дефекта здоровья в результате заболевания или травмы, в том числе при переходе заболевания в хроническую стадию реабилитационные учреждения составляют индивидуальную программу медицинской реабилитации». Таким образом, в республике получила свое дальнейшее развитие единая служба реабилитации и медико-социальной экспертизы.

Принятие Закона Республики Беларусь “О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов” (1994г.) ознаменовало собой начало нового этапа в решении проблем, связанных с инвалидностью. Закон направлен на предупреждение инвалидности, на развитие государственных мер по активному проведению реабилитации, на интеграцию инвалидов в общество путем гарантированной реализации индивидуальной программы реабилитации.

Для реализации вышеназванных Законов и по результатам выполнения РНТП 69.04р “Реабилитация” была разработана структурно-функциональная схема службы реабилитации в Республике Беларусь. Основной целью создания этой службы стало возвращение инвалида к труду, в общество. Все эти предложения нашли реальное отражение в приказе Минздрава Республики Беларусь от 25 января 1993 №13 “О создании системы реабилитации больных и инвалидов в Республике Беларусь”. В соответствии с ним утверждены положения о профильном и специализированном центре медицинской реабилитации; отделениях медицинской реабилитации поликлиники и стационара; заведующем отделения медицинской реабилитации и враче-реабилитологе; отделе, и секторе медико-социальной реабилитации и экспертизы управления здравоохранения облисполкомов; центре медико-профессиональной реабилитации областной больницы; Совете по медицинской и медико-профессиональной реабилитации больных и инвалидов; организации реабилитации в лечебно-профилактических учреждениях. Было начато формирование единой системы медицинской реабилитации в республике.

В процессе выполнения заданий РНТП 69.04р, ориентированных на разработку и производство технических средств реабилитации больных и инвалидов, были созданы предпосылки для обеспечения граждан Республики Беларусь отечественными средствами реабилитации. В 1996 году при непосредственном участии института Правительством Беларуси был утвержден первый перечень технических средств реабилитации и порядок их предоставления инвалидам.

Выполнение РНТП 69.04 Р позволило разработать и перейти с 1993 года на новую инструкцию по определению инвалидности. Серьезным результатом выполнения программы явилась разработка новой для Республики Беларусь и стран СНГ технологии медико-профессиональной реабилитации (МПР) при основной инвалидизирующей патологии.

На базе БНИИЭТИН, как головной организации по медико-профессиональной реабилитации, была создана служба профессионального консультирования и профессиональной адаптации инвалидов на ряде рабочих мест.

В девяностые годы, в соответствии с новыми целями и задачами, была проведена реструктуризация клиники института.

Следует отметить, что к 1992 году основное медицинское оборудование в институте частично устарело, а помещениям клиники необходим был капитальный ремонт, который был начат в 1992 году. В связи с этим стационар сократился до 260 коек и была проведена радикальная

реорганизация клиники. Экспертная клиника была реорганизована в клинику медико-профессиональной реабилитации.

В клинике было организовано два отдела: медико-социальной реабилитации (200 коек) и медико-социальной экспертизы (60 коек).

Для решения реабилитационных проблем в клинике было создано 5 отделений медико-профессиональной реабилитации: терапевтическое (40 коек); офтальмологическое (40 коек); отоларингологическое (40 коек); ортопедотравматологическое (40 коек) и неврологическое (40 коек). Был также организован ряд вспомогательных отделений: консультативно-поликлиническое, физиотерапии, лечебной физкультуры, профконсультации, трудотерапии.

Основными задачами реабилитационных отделений клиники - было восстановление медицинскими, физическими, психологическими методами утраченных функций, определяющих профессиональную пригодность больного, а также оказание содействия в выборе новой профессии и тренировка новых профессионально-значимых функций.

В отделении медико-социальной экспертизы было 60 коек различного профиля (30 - терапевтических, 18 - неврологических и 12 - ортопедических). Койко-день экспертного больного снизился до 12.8 вместо 17 в 1991 году.

Кроме того, в 1992 году были созданы отделения профдиагностики, психодиагностики и психокоррекции, трудотерапии, а также расширены отделения физиотерапии и лечебной физкультуры.

С сентября 1992 года при институте создана клиническая ординатура по специальности врач - реабилитолог - эксперт.

По результатам реализации программы 69.04р была разработана новая технология медико-профессиональной реабилитации при основной инвалидизирующей патологии, которая способствовала снижению инвалидности, восстановлению трудоспособности и интеграции инвалидов в общество.

Во время реализации РНТП 69.04р институт принял непосредственное участие в разработке технических средств реабилитации. В 1996 году Правительством Беларуси был утвержден перечень этих средств и порядок их предоставления инвалидам.

В 1995 году был организован Центр абилитации детей-инвалидов и аномальной молодежи, также созданы службы психологической реабилитации, голосо-речевой терапии, сурдопедагогической реабилитации и слухопротезирования, физических методов реабилитации с эрготерапией, профориентации для детей и подростков, отделение трудотерапии экспертиза профпригодности и профподбора. Был проведен эксперимент по переводу клиники на медико-профессиональное направление.

Благодаря созданию такого Центра, ежегодно сотни учащихся вспомогательных школ стали получать более квалифицированные профконсультации и трудовые рекомендации.

Следует отметить, что в девяностые годы большая работа выполнялась институтом по профилактике неинфекционных заболеваний в рамках программы СИНДИ, инициированной Всемирной Организацией здравоохранения.

В Республике Беларусь было принято к выполнению 15 демонстрационных проектов, среди которых: «кардиология», «обучение населения здоровому образу жизни», «здоровье школьника», «здоровье работающих на промышленном предприятии», «стоматология». В 1998 году был подготовлен приказ Минздрава № 305 от 4.11.98 «О совершенствовании деятельности организаций и учреждений практического здравоохранения по продолжению контроля за выполнением программы СИНДИ в Беларуси».

Работы по выполнению программы СИНДИ продолжают и сегодня.

Кроме вышеназванных программ, институтом с 1993 по 1995 годы выполнялась Республиканская программа по проблемам пожилых людей.

С 1996 года институт приступил к выполнению Государственной научно - технической программы «Разработать технологии, методы и средства предупреждения инвалидности и реабилитации инвалидов», главной целью которой было создание технологии предупреждения инвалидности, устранения препятствий на пути интеграции инвалида в общество, создание методических предпосылок реализации принципа - приоритет реабилитации перед пенсией.

Институт также принимал участие в выполнении государственной программы по предупреждению инвалидности и реабилитации инвалидов, одобренной постановлением Совета

Министров Республики Беларусь № 613 от 30.05.1997 года.

Результатом выполнения НИР 1996-1997 годов стала подготовка ряда приказов Минздрава Беларуси. В частности приказы «О совершенствовании реабилитации больных с ампутационными культями нижних конечностей», «О внедрении технологии комплексной реабилитации детей-инвалидов неврологического и офтальмологического профилей на амбулаторном этапе», «О совокупности обеспечения этапности реабилитационных мероприятий, профилактики инвалидности» и др.

Результатом выполнения ГНТП «Реабилитация» 1996-1997 годы явилось создание технологии реализации проектов программы СИНДИ и комплекса программных средств для ее обеспечения, технологии медико-социальной защиты больных и инвалидов, технологии комплексной реабилитации детей-инвалидов с двигательными и зрительными нарушениями в условиях детской поликлиники, технологии медико-социальной реабилитации и замедления инволюционных процессов у лиц пожилого возраста, технологии аттестации профессий для освоения их инвалидами с протезами нижних конечностей, включая перечень профессий и показатели аттестации рабочих мест, технологии медицинской реабилитации детей с последствиями перенесенных нейроинфекций, (включая методику диспансерного наблюдения и схему проведения медицинской реабилитации), а также педагогические основы профессионально-трудовой подготовки детей с недостатками умственного развития (календарные планы, учебные программы, структурно-логические схемы, количественные критерии для медико-социальной экспертизы с целью ее совершенствования на основе использования Международной классификации и номенклатуры нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности).

Активным помощником Эдуарда Иосифовича и непосредственным исполнителем программы СИНДИ был А.А. Гракович. Он хорошо владел вопросами развития современной медицинской отечественной и зарубежной науки. Имел тесные профессиональные связи с коллегами из России, Украины, Литвы, Латвии, Польши, Финляндии и ряда других стран. При его непосредственном участии выполнялись три государственных научно-технические программы.

С 1999 г. по настоящее время институт возглавляет доктор медицинских наук, профессор Смычек Василий Борисович, автор свыше 320 научных публикаций, в том числе 7 книг по вопросам медико-социальной экспертизы и реабилитации. Награжден тремя грамотами министерства здравоохранения Республики Беларусь, знаком «Отличник здравоохранения», в числе лучших ученых Республики Беларусь удостоен персональной надбавки Президента Республики Беларусь.

Смычек В.Б. вместе со своим заместителем по науке Копать Тересой Тадеушевной, главным врачом клиники (а позже – заместителем директора по лечебной и экспертной работе) Сильченко Вячеславом Станиславовичем, Ученым секретарем Глинской Татьяной Николаевной много времени и сил уделяют дальнейшему совершенствованию и развитию медико-социальной экспертизы и реабилитации в Республике Беларусь, совершенствованию деятельности института.

В результате проведенных исследований в рамках ГНТП «Реабилитация» созданы:

- технология профилактики инвалидности при ведущих инвалидизирующих неинфекционных заболеваниях в Республике Беларусь на основе оценки ближайших результатов реализации программы интегрированной профилактики неинфекционных заболеваний (СИНДИ) в условиях практического здравоохранения;

- система регионального и республиканского мониторинга за частотой развития и исходами инфаркта миокарда и некоторыми показателями оказания лечебно-профилактической и реабилитационной помощи;

- дифференцированные программы реабилитации больных с мозговым инсультом, черепно-мозговой травмой на амбулаторно-поликлиническом и стационарном этапах с учетом выраженности имеющегося дефекта на основе «Международной номенклатуры нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности»;

- технология медико-социальной реабилитации пожилых лиц, страдающих от клинических форм атеросклероза коронарных и мозговых сосудов, технология медико-профессиональной реабилитации детей-инвалидов и детей с отклонениями в умственном и физическом развитии школьного возраста с учетом количественной оценки особенностей их психосоматического развития;

- программа профилактики инвалидности, медицинской и социальной реабилитации инвалидов, больных деформирующим остеоартрозом с поражением крупных суставов нижних конечностей (коксартроз, гонартроз);
- технология реабилитации больных с основными инвалидизирующими заболеваниями центральной нервной системы на этапах оказания медицинской помощи;
- технология медицинской и социальной реабилитации инвалидов и больных туберкулезом органов дыхания на основе экспертной диагностики;
- критерии МСЭ при хронических гепатитах и циррозах печени, методики оценки причинной связи с профессиональным фактором для отдельных категорий населения Республики Беларусь (медработники);
- критерии для медико-социальной экспертизы больных раком щитовидной железы;
- технология медицинской реабилитации детей с первичными и вторичными иммунодефицитными состояниями (ИДС) на этапах оказания медицинской помощи (амбулаторном, стационарном и санаторном);
- содержание и методика профессионально-трудового обучения детей с недостатками умственного развития во вспомогательных школах;
- система медико-социальной реабилитации больных и инвалидов со слуховыми нарушениями с созданием перечня профессий;
- технология коррекции психофизического статуса детей и подростков с инсулинозависимым сахарным диабетом с целью повышения эффективности их реабилитации.

Разработанные в рамках ГНТП “Реабилитация” технологии, методы и средства реабилитации больных и инвалидов позволяют ежегодно обеспечивать сохранение трудоспособности значительному числу лиц, выходящих в настоящее время на инвалидность, и обеспечивают возможность дифференцированной адресной помощи тем, кто нуждается в пенсионном обеспечении через инвалидность.

В результате реализации программ “Реабилитация” показатель полной реабилитации увеличился по сравнению с 1986 годом в три раза и составил на начало 2005 г. 5,7 %.

Особое внимание стало уделяться формированию контингента преинвалидов, которые могут вызвать большой рост показателей инвалидности. Создание системы отбора преинвалидов и проведение интенсивных мер по предупреждению их инвалидизации позволяет удлинить срок трудовой деятельности преинвалидов (на два и более лет), у некоторых лиц избежать выхода на инвалидность или снизить тяжесть инвалидизации. Положительные социальные тенденции ожидаются примерно у 20 процентов потенциальных инвалидов, а таких в республике около 600 тысяч человек.

В связи с введением в действие Гражданского кодекса Республики Беларусь и в соответствии с Декретом Президента Республики Беларусь № 11 от 16.03.2000 г. «Об упорядочении государственной регистрации и ликвидации (прекращении деятельности) субъектов хозяйствования» и Приказом Минздрава № 207 от 29.08.2000 г. институт переименован в Государственное учреждение «Научно-исследовательский институт медико-социальной экспертизы и реабилитации».

Дальнейшее развитие отрасли и института связано с совершенствованием экспертно-диагностических подходов в соответствии с современными научными достижениями и принятой за рубежом Международной номенклатурой нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности, а также с развитием этапных подходов к созданию стандартизированных программ комплексной медицинской, медико-профессиональной и социальной реабилитации при наиболее значимой в эпидемиологическом смысле инвалидизирующей патологии.

В республике остается весьма актуальным дальнейшее развитие и совершенствование службы медицинской реабилитации. Правительством страны, Министерством здравоохранения сформулированы задачи по развитию службы МСЭ и реабилитации, которыми предусмотрено создание современной концепции развития медицинской реабилитации, разработка мероприятий по улучшению ситуации в регионах с наиболее высокими показателями заболеваемости с ВН и ПИ, разработка методических подходов, регламентирующих стационарный этап медицинской реабилитации, стандартизированных подходов к объемам лечебно-реабилитационной помощи, дальнейшее совершенствование системы санаторно-курортной помощи и рекреационных услуг на основе научно обоснованных и социально-экономических подходов. Современные направления

развития экспертно-реабилитационного направления нашли свое отражение в Государственной программе по профилактике инвалидности и реабилитации инвалидов на 2001-2005 годы (одобрена Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 19.01.2001 года № 68).

Это государственная программа предусматривает решение следующих задач:

реализацию мер по профилактике инвалидности;

развитие и совершенствование структур службы медицинской, профессиональной, трудовой и социальной реабилитации в соответствующих министерствах и других республиканских органах государственного управления;

расширение и укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения, социальной защиты, образования, службы занятости и других организаций, занимающихся проблемами предупреждения инвалидности и реабилитации инвалидов;

развитие системы подготовки и переподготовки специалистов по реабилитации;

обеспечение инвалидов техническими средствами реабилитации;

«пенсия после реабилитации»;

улучшение системы управления службой реабилитации.

Деятельность головного научно-исследовательского учреждения - ГУ НИИ МСЭ и Р постоянно совершенствуется в соответствии с меняющимися требованиями времени, но неизменным остается активное участие института в решении как организационно-методических задач, так и научно-практических вопросов, связанных с инвалидностью. Для осуществления координации и контроля выполнения поставленных задач в республике действует межведомственный совет по проблемам инвалидов, вопросы, связанные с инвалидностью постоянно включаются в повестки коллегий Минздрава, функционирует профильный отдел в структуре министерства, в ГУ НИИ МСЭ и Р работает реабилитационная консультативная комиссия. Курацию вопросов научно-технической и инновационной политики в указанном направлении осуществляют научно-технический совет по отраслевой научно-технической программе (ОНТП) «Медицинская реабилитация» методическая комиссия Минздрава по проблемам реабилитации, а в головной организации (ГУ НИИ МСЭ и Р) - ученый совет института.

В настоящее время в институте имеется 6 научных лабораторий.

Лаборатория медико-социальной экспертизы и реабилитации при последствиях терапевтических заболеваний

Основными направлениями научно-исследовательской деятельности лаборатории являются:

- разработка технологии реализации программ медицинской и медико-профессиональной реабилитации инвалидов и больных с риском инвалидизации при терапевтической патологии;

- формирование прогнозных показателей реализации на основе отраженных результатов реализации;

- организация экспериментального внедрения новых разработок количественной оценки дефектов и ограничений жизнедеятельности при терапевтической патологии в систему медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов и больных с риском инвалидизации (во МРЭК и на ВКК ЛПУ);

- разработка протоколов ранней медицинской реабилитации и поздней медицинской реабилитации при основной терапевтической патологии;

- организация внедрения положений новой «Инструкции по определению инвалидности» и «Разъяснений» к ней;

- разработка организационно-методических основ медико-профессиональной реабилитации больных ИБС, перенесших аортокоронарное шунтирование.

Возглавляет лабораторию кандидат медицинских наук Власова-Розанская Елена Валерьевна.

Лаборатория реабилитации медико-социальной экспертизы при последствиях неврологических заболеваний

Основными направлениями деятельности в работе лаборатории являются:

- разработка количественных критериев оценки ограничений жизнедеятельности у больных с двигательными и речевыми нарушениями после инсульта и ЧМТ;

- разработка программ реабилитации больных и инвалидов с двигательными нарушениями после инсульта, черепно-мозговой травмы;

- разработка протоколов ранней медицинской реабилитации и поздней медицинской реабилитации при основной неврологической патологии;
- разработка методических основ медико-социальной экспертизы и реабилитации больных с нарушениями голосо-речевой коммуникации при неврологической патологии;
- разработка системы медико-социальной реабилитации больных и инвалидов со слуховыми нарушениями, а также медико-социальной экспертизы при слухоречевой патологии (научно-исследовательская группа отоневрологов и сурдологов).

Возглавляет лабораторию кандидат медицинских наук Чапко Игорь Яковлевич.

Лаборатория медико-социальной экспертизы и реабилитации при последствиях ортопедо-травматологических заболеваний

Основными направлениями деятельности в работе лаборатории являются:

- изучение общих вопросов медико-социальной экспертизы при последствиях травм и заболеваний опорно-двигательного аппарата;
- проведение профилактических мероприятий по снижению тяжести инвалидности при последствиях травматизма, запущенности некоторых врожденных и приобретенных заболеваний опорно-двигательного аппарата;
- создание современных, общедоступных индивидуальных технологий реабилитации больных с последствиями опорно-травматологических заболеваний для снижения тяжести инвалидности;
- разработка протоколов ранней медицинской реабилитации и поздней медицинской реабилитации при ортопедо-травматологической патологии;
- разработка критериев эффективности реабилитации больных и инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата;
- совершенствование организационно-методической помощи лечебным и реабилитационным учреждениям республики по вопросам медико-социальной экспертизы и реабилитации.

Возглавляет лабораторию кандидат медицинских наук Казак Лариса Георгиевна

Лаборатория медико-социальных проблем детей-инвалидов

Основными направлениями деятельности лаборатории являются:

- разработка новых подходов к медико-социальной экспертизе детей;
- проведение медико-профессиональной диагностики;
- медико-профессиональное консультирование;
- тренировка профессионально-значимых функций детей-инвалидов и инвалидов с детства;
- выявление задатков способностей к труду у детей-инвалидов;
- определение профессиональных интересов и склонностей у детей с различными дефектами умственного и физического развития;
- Разработка основ медико-профессиональной реабилитации детей-инвалидов;
- Разработка методов, позволяющих развивать задатки способностей к труду и осуществлять коррекцию имеющихся дефектов.

Возглавляет лабораторию Голикова Виктория Валентиновна.

Лаборатория психологических проблем реабилитации

Основными направлениями деятельности лаборатории являются:

- разработка и внедрение психологической и психотерапевтической помощи больным и инвалидам неврологического, терапевтического и ортопедо-травматологического профиля, а также лицам с сенсорными нарушениями (ЛОП и офтальмологическая патология);
- разработка и внедрение клинико-психологических критериев экспертной оценки ограничений жизнедеятельности у больных и инвалидов;
- разработка и внедрение методов оценки эффективности проведения реабилитационных мероприятий;
- разработка подходов к экспертной оценке и медико-психологической реабилитации ветеранов военных действий, жертв терроризма, природных и техногенных катастроф;

- компьютерная психодиагностика;
- психологическая экспертиза;
- медико-психологическая реабилитация.

Руководит лабораторией доктор медицинских наук, профессор Игумнов Сергей Александрович.

Лаборатория клинико-физиологических методов исследования

Основными направлениями деятельности лаборатории являются:

- * разработка новых подходов к проведению клинико-физиологических и психофизиологических исследований для целей медико-социальной экспертизы и реабилитации;
- * оценка качества жизни больных и инвалидов: определение степени их физического, психического и социального благополучия;
- * разработка критериев экспертной оценки болевого синдрома у больных и инвалидов неврологического, терапевтического и ортопедо-травматологического профиля;
- * изучение особенностей состояния здоровья водителей-профессионалов, разработка реабилитационных мероприятий для сохранения их профессиональной пригодности.

Возглавляет лабораторию кандидат медицинских наук Катько Елена Викторовна.

Отдел научно-технической информации и оргработы

Основными направлениями деятельности отдела являются:

- сбор, анализ, обработка, хранение научно-технической информации по вопросам медико-социальной экспертизы, медицинской, медико-профессиональной, социальной реабилитации инвалидов, профилактики инвалидности и обеспечение доступа к ней сотрудникам института;
- проведение патентно-информационного поиска по темам НИР института;
- организация выпуска издательской продукции;
- обеспечение организационно-методического сопровождения проводимых в институте мероприятий пропаганды (конференций, семинаров, совещаний и др.).

Руководит отделом Притыкина Вера Александровна.

Многие специалисты института активно работают над повышением своего профессионального и научного уровня, значительно активизировалась работа по подготовке и защите диссертаций. Только за период с 1999 по 2004 год защищено 17 диссертаций, в том числе 3 докторские.

В настоящее время над утвержденными на Ученом совете института диссертациями работают еще 14 человек, целый ряд как научных сотрудников, так и врачей клинических отделений регулярно проходят курсы повышения квалификации на кафедре медико-социальной экспертизы и реабилитации Белорусской академии последиplomного образования.

Кафедра врачебно-трудоустройственной экспертизы (с 1993 г. – медико-социальной экспертизы и реабилитации) БелМАПО была открыта в марте 1975 г. на основе доцентского курса ВТЭ, функционировавшего с 1962 г. Кафедру возглавила профессор Л.С. Гиткина, которая проработала в этой должности в течение 25 лет (1975-2000 гг.) С 2000 г. кафедрой МСЭР заведует профессор В.Б. Смычек.

Заведующим курса ВТЭ были доцент П.Д. Чепик (1962-1971 гг.) и доцент Т.А. Гуринович (1971 – 1975 гг.). Курс ВТЭ послужил базой для подготовки кадров врачей ВТЭК в Белоруссии. На базе курса ВТЭ существовала клиническая ординатура, в ней подготовлено 3 врача.

Первоначально в составе кафедры ВТЭ было 3 преподавателя (профессор Л.С. Гиткина, доцент Т.А. Гуринович, ассистент М.М. Хомич, позднее преподавательский состав кафедры пополнили Г.С. Северин (1979), Л.Ф. Медведев (1980), О.П. Шатыко (1982), И.С. Сикорская (1995), В.Б. Смычек (1998) В.К. Милькаманович (2000) и Л.С. Казакевич (2000), а доценты Т.А. Гуринович и М.М. Хомич оставили работу на кафедре в связи с уходом на пенсию.

За годы работы кафедры Г.С. Северин, Л.Ф. Медведев, О.П. Шатыко и аспирант Ж.К. Сухих защитили кандидатские диссертации, И.С. Сикорская и Д.С. Казакевич работают над ее выполнением. Все стажированные сотрудники кафедры имеют высшую квалификационную категорию по специальности эксперт-реабилитолог и по лечебной специальности. Пяти сотрудникам кафедры присвоено ученое звание доцента и одному – профессора (доцент В.Б. Смычек в 1999 г. защитил докторскую диссертацию).

На первом этапе (1975–1992) основной задачей учебно-производственной работы кафедры была подготовка врачей ЛПУ по врачебно-трудоу экспертизе для первичных звеньев здравоохранения. С 1993 года в связи с законодательным изменением концепции инвалидности, реорганизацией ВТЭ в медико-социальную экспертизу (МСЭ) и объединением ее с реабилитацией кафедра была переименована и ее задачи существенно изменились и расширились. Без остановки учебно-производственного процесса сотрудники кафедры перестроили преподавание экспертизы в соответствии с новой концепцией инвалидности, ввели в программу обучения новый раздел – реабилитацию, интегрировав ее с МСЭ и разработав концепцию медицинской реабилитации и основной ее понятийный аппарат. Реорганизация кафедры сопровождалась значительным расширением контингента обучающихся. В настоящее время кафедра готовит специалистов для службы МСЭ и реабилитации (по специальностям реабилитолог и эксперт-реабилитолог) и реабилитации излагаются интегрировано с проблемами специализированных служб.

Контингент слушателей кафедры МСЭ и реабилитации разнообразный: заместители главных врачей по медицинской реабилитации и экспертизе, председатели и врачи МРЭК, заведующие отделениями реабилитации, врачи-реабилитологи ЛПУ и МРЭК, заведующие специализированными отделениями (терапевтическими, неврологическими, хирургическими, ортопедо-травматологическими) и врачи этих специальностей, методисты ЛФК (готовятся на базе Республиканского центра реабилитации детей в г. Бресте).

Кроме преподавания на основных циклах, сотрудники кафедры излагают вопросы МСЭ и реабилитации на всех клинических кафедрах института и на кафедре социальной гигиены (7 – 14 часов на каждом цикле, около 300 часов за год).

Всего на кафедре за 1975 – 2004 гг. прошли подготовку свыше 5500 курсантов. В педагогическом процессе кафедры используются разные формы обучения, в том числе деловые игры, экспертная оценка медицинской документации, анализ заболеваемости и инвалидности (оперативный, углубленный, по данным статистической отчетности), программированный контроль знаний.

Основные направления научной деятельности кафедры - организационные основы ВТЭ в лечебно-профилактических учреждениях, информационное обеспечение органов и учреждений здравоохранения данными о потерях, разработка концепции медицинской реабилитации.

Профессор Л.С. Гиткина возглавила кафедру будучи доктором медицинских наук. Около 20 лет она занималась проблемой цереброваскулярных заболеваний. Этой теме посвящена ее докторская диссертация («Ишемический инсульт», 1971 г.), написанные в соавторстве монографии «Инфаркт мозга» (1975 г.), «Вертебрально-базиллярные инсульты» (1977) – награждена премией АН СССР им. В.М. Бехтерева за 1979 г., «Заболевания периферических артерий» (1975).

В 80-е и 90-е годы большинство работ Л.С. Гиткиной посвящено вопросам медицинской экспертизы и реабилитации. Совместно с Т.А. Гуринович и М.М. Хомич написано пособие для врачей «Врачебно-трудоу экспертиза» (1981 г.). Всего перу Л.С. Гиткиной принадлежит 270 научных работ, в том числе 11 монографий и справочников для врачей, 25 методических рекомендаций.

Сотрудники кафедры В.Б. Смычек, Г.С. Северин, Л.Ф. Медведев, О.П. Шатыко выполнили диссертации под руководством профессора Л.С. Гиткиной, она являлась консультантом 3 докторских диссертаций (А.Ф. Филиппович, В.Б. Шалькевич, В.Б. Смычек) и руководителем 12 кандидатских диссертаций.

Профессор В.Б. Смычек вошел в состав кафедры МСЭ и реабилитации в 1998 году, пройдя путь от доцента кафедры до заведующего и одновременно директора НИИ МСЭ и реабилитации, успешно защитив докторскую диссертацию в 1999 году. Около 10 лет он занимался проблемой прогнозирования мозгового инсульта, в 90-е годы – вопросами эпидемиологии инвалидности, медико-социальной экспертизы и реабилитации больных черепно-мозговой травмой. Этой теме посвящена его докторская диссертация «Клиническая и эпидемиологическая характеристика инвалидности вследствие черепно-мозговой травмы и обоснование путей ее снижения через реабилитацию». В.Б. Смычек опубликовал свыше 320 научных работ, в том числе 5 книг, 7 руководств для врачей, 15 методических рекомендаций, 17 информационно-аналитических обзоров. Под руководством В.Б. Смычка защищено 7 кандидатских и 1 докторская диссертация, выполняется 8 кандидатских диссертаций.

Доцент Г.С. Северин – автор 58 печатных работ, из них 5 методических рекомендаций. Доцент Л.Ф. Медведев – автор 70 печатных работ, из них 12 методических рекомендаций. Доцент В.К. Милькаманович – автор 110 печатных работ, из них 9 монографий, 10 методических рекомендаций. Областью его научной деятельности являются медико-социальная экспертиза и реабилитация при заболеваниях терапевтического профиля. В рамках этой тематики им выполнены научные исследования по взаимному отягощению сочетанной патологии у больных и инвалидов с ИБС, по прогнозированию инвалидизации у терапевтических больных, по определению реабилитационного потенциала у больных ИБС, по улучшению качества жизни больных стенокардией на медицинском этапе реабилитации.

Доцент О.П. Шатыко – автор 32 печатных работ, в том числе 2 методических рекомендаций, раздела в монографии. Ассистент И.С. Сикорская – автор 61 печатной работы, в том числе 6 методических рекомендаций, 13 рацпредложений и 1-го изобретения, выполняет диссертацию на тему «Гипербарическая оксигенация в комплексной реабилитации больных с нейропатиями лицевого нерва».

Ассистент Д.С. Казакевич – автор 18 научных работ, в том числе 2 методических рекомендаций. Работает над завершением кандидатской диссертации.

Доцент Л.Ф. Медведев – ведущий консультант терапевтического и хирургического экспертно-реабилитационного отделения, доцент Г.С. Северин – консультант неврологического отделения, в котором представлены наиболее сложные больные, является ведущим специалистом по решению вопросов о причинной связи заболеваемости и инвалидности. Доцент О.П. Шатыко курирует больных по терапии, ассистент И.С. Сикорская – по физической реабилитации, консультирует неврологическое и хирургическое отделения. Ассистент Д.С. Казакевич консультирует экспертных больных терапевтического отделения.

Кроме лечебной работы на своей базе Л.С. Гиткина была консультантом-невропатологом Главного управления лечебно-профилактических учреждений Управления делами Президента, медицинских служб МВД и железной дороги, в сложных случаях оказывала консультативную помощь медицинской службе КГБ и Центрального госпиталя Министерства обороны; профессор В.Б. Смычек является консультантом-невропатологом Главного управления лечебно-профилактических учреждений Управления делами Президента по реабилитации и главным специалистом Минздрава по реабилитации и санаторно-курортному лечению; доцент Л.Ф. Медведев – консультант Республиканской специализированной МРЭЖ; доценты Л.Ф. Медведев и Г.С. Северин – консультанты Республиканского протезно-ортопедического центра.

Кафедра все годы работает в тесном контакте с органами здравоохранения. Она принимала активное участие в работе Минздрава по сокращению временной нетрудоспособности в Республике Беларусь. Внедрение в 80-е годы, разработанные на кафедре системы текущего и углубленного анализа временной нетрудоспособности в работу ЛПУ, способствовало административному влиянию на динамику временной нетрудоспособности. Кафедрой были разработаны оптимальные (минимальные) сроки ВН при заболеваниях различного профиля, изданные как методические указания Минздрава (6 указаний), и подготовлен приказ Минздрава № 10 (1985) «О мерах по снижению временной нетрудоспособности в Республике». Все это позволило добиться выдающихся результатов в сокращении временной нетрудоспособности в БССР, причем достигнутый низкий уровень ВН сохранился и в 90-е годы.

После введения в Беларуси новой концепции инвалидности, произошло преобразование ВТЭ в медико-социальную экспертизу и ее объединение с реабилитацией. Кафедра способствовала внедрению новой концепции инвалидности в деятельность МРЭЖ и ЛПУ. Одновременно кафедра обосновала концепцию медицинской реабилитации в республике, которая была принята Минздравом. Сотрудниками кафедры разработаны «Квалификационные требования к врачу-реабилитологу», используемые при аттестации врачей.

Ежегодно сотрудники кафедры организуют и/или выступают с докладами на 10 – 20 республиканских, областных, городских и других семинарах для практических врачей, составляют информационные письма, справки и разъяснения по различным вопросам МСЭ и реабилитации, участвуют в проверках состояния МСЭ и реабилитации, проводимых Минздравом, издают методические рекомендации по актуальным вопросам МСЭ и реабилитации.

В 1999 – 2001 гг. сотрудники кафедры подготовили новый перечень заболеваний для статистического отчета о заболеваемости с временной утратой трудоспособности, который утвержден Министерством статистики и анализа в форме государственной отчетности № 16-ВН.

Для внедрения его в практику разработаны и изданы методические указания Минздрава, а в 2001 г. проведена адаптация «Перечня» к МКБ-10 и составлены новые методические указания. В 2001 г. подготовлен проект новой Инструкции о порядке выдачи листов нетрудоспособности. В 1999 – 2001 гг. сотрудники кафедры принимали активное участие в разработке новой инструкции по определению инвалидности, работу над которой возглавил профессор В.Б. Смычек. Обе инструкции утверждены Министерством здравоохранения в 2002 году.

Институт продолжает начатую еще в восьмидесятые годы традицию по проведению мероприятий пропаганды, в том числе и международного уровня.

Следует отметить, что первая Международная конференция проводилась институтом в 1996 году. Это было достаточно крупное событие в жизни не только института, но и всей республики. На конференции была принята Минская Декларация «О направлениях развития реабилитации в системе социальной защиты больных и инвалидов в условиях рыночных отношений», в 1998 году были опубликованы материалы этой конференции.

Вторая Международная конференция по проблемам медико-социальной экспертизы и реабилитации проводилась институтом в 2001 году. Конференция завершилась принятием Резолюции, опубликованием сборников тезисов докладов участников конференции и полнотекстовых докладов на пленарных заседаниях, включая итоговые доклады руководителей секций. Третья Международная конференция по актуальным вопросам медико-социальной экспертизы и реабилитации будет проведена в 2005 г.

Кроме того, во исполнение Государственной программы по предупреждению инвалидности и реабилитации инвалидов практически ежегодно проводятся республиканские научно-практические конференции, на которых обсуждаются актуальные вопросы в области медико-социальной экспертизы и реабилитации. Ежегодно, начиная с 1999 года, институтом издается сборник научных статей, подготовленных по результатам научных исследований.

В институте стало традицией ежегодное проведение республиканского совещания по итогам работы служб медико-социальной экспертизы и медицинской реабилитации за прошедший год и выработка направлений ее совершенствования.

Основные направления научно-практической деятельности института находятся в полном соответствии с задачами, стоящими перед службой МСЭ и реабилитации, - это профилактика инвалидности; реабилитация больных и инвалидов в Республике Беларусь с целью интеграции их в общество; медико-социальная экспертиза. Научные исследования выполняются как в рамках ОНТП «Медицинская реабилитация» так и по заказу Министерства здравоохранения (фундаментальные, поисковые НИР и НИР по обеспечению деятельности Министерства здравоохранения).

Основные направления научных исследований:

- разработка количественных критериев оценки нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности при ведущих инвалидизирующих заболеваниях и нарушениях; совершенствование критериев оценки утраченных способностей и умений с целью более объективного и дифференцированного подхода к проведению освидетельствования граждан Беларуси и своевременного выявления инвалидизирующих нарушений;

- разработка научно-обоснованных стандартизованных подходов к отбору больных и инвалидов на медицинскую и медико-профессиональную реабилитацию (на основе предварительной оценки реабилитационного потенциала), что позволит сконцентрировать усилия экспертно-реабилитационной службы на реабилитации лиц, перспективных для ее проведения, способных в будущем вернуться к трудовой деятельности;

- создание современных этапных реабилитационных технологий при ряде нозологий, предусматривающих разработку единых протоколов восстановительного (реабилитационного) лечения для каждого из этапов реабилитации (стационар - амбулаторно-поликлиническое учреждение - санаторий - кабинет медико-профессиональной реабилитации);

- разработка объективных критериев оценки эффективности медицинской и медико-профессиональной реабилитации на каждом из этапов реабилитации с целью формирования адекватных моделей конечных результатов деятельности реабилитационных структур;

- разработка научно-обоснованных показаний и противопоказаний к труду лиц с ограничениями профессиональной трудоспособности; создание списков (перечней) профессий, доступных для трудовой занятости больных и инвалидов, на основании предварительно выполненной оценки тяжести и напряженности труда, обусловленной процессом и условиями труда, организацией рабочего места;

- разработка вопросов вторичной и третичной профилактики инвалидности при наиболее социально значимых формах инвалидизирующей патологии; создание эффективных реабилитационных технологий работы с преинвалидами, так как профилактика инвалидизирующих заболеваний, инвалидности и утяжеления инвалидности, своевременная и качественная комплексная реабилитация, позволяют снизить риск наступления инвалидности, ее тяжесть, максимально использовать остаточный трудовой потенциал ограниченно трудоспособных;

- изучение фундаментальных аспектов восстановительной медицины - причин, механизмов и условий возникновения стойких нарушений функций (дефектов), приводящих к нарушениям жизнедеятельности; механизмов восстановления и компенсации нарушенных функций, сохранения и реализации функциональных резервов, особенностей компенсации нарушенных функций и адаптации к условиям окружающей среды у больных и инвалидов с различной степенью выраженности ограничений жизнедеятельности;

- разработка и совершенствование программных средств для учета количественного и качественного состава инвалидов, для изучения и анализа качественных и количественных показателей экспертно-реабилитационной работы ЛПУ и МРЭК, проведения эпидемиологических исследований.

Научные исследования в соответствии с перечисленными направлениями реализуются в деятельности девяти научно-исследовательских лабораторий института.

Выполнение программы ("Медицинская реабилитация") 2001-2003 г.г. завершается разработкой и внедрением ряда эффективных реабилитационных технологий, усовершенствованных научно-обоснованных экспертных критериев с использованием современных международных подходов. В частности, созданы технология отбора на медицинский этап реабилитации инвалидов с ишемической болезнью сердца; пособие по количественным критериям оценки ограничения жизнедеятельности у больных, перенесших мозговой инсульт и черепно-мозговую травму, технология этапной реабилитации больных и инвалидов рассеянным склерозом; технология комплексной реабилитации больных раком щитовидной железы, получающих супрессивную терапию L-тироксином; технологическая документация по реализации комплекса 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; реабилитационные программы при политравме, программа медико-психологической реабилитации при посттравматическом стрессовом расстройстве и сопутствующей соматической патологией у участников военных действий.

Сотрудниками института впервые в СНГ разработаны положения для определения инвалидности у детей с учетом международных подходов, что позволит качественно изменить процесс медико-социальной экспертизы у лиц до 18 лет. Заслуживают внимания создание Регистра детей-инвалидов и успешная апробация учетных форм для его формирования и пополнения; разработка автоматизированной системы учета и анализа реализации индивидуальных программ реабилитации больного для отделений медицинской реабилитации лечебно-профилактических учреждений республики, которая позволит упорядочить и работу отделений, и контроль за качеством и полнотой формирования и выполнения реабилитационных программ. Завершается работа по созданию программ реабилитации и критериев оценки эффективности для санаторного этапа медицинской реабилитации больных и инвалидов (с цереброваскулярной, бронхолегочной, ортопедо-травматологической патологией), остро затребованных на местах; также на завершающей стадии находится разработка технологии реализации ИПР инвалида на всех этапах реабилитационной помощи, призванная обеспечить полноту и качество выполнения программ реабилитации учреждениями любой ведомственной подчиненности в соответствии с Законом Республики Беларусь "О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов". Много внимания уделяется вопросам медико-профессиональной реабилитации, профессионального обучения и переобучения лиц с дефектами здоровья и инвалидов, в том числе подростков и молодых взрослых, лиц после хирургической реваскуляризации миокарда по поводу ИБС, а также других нозологических групп.

Сотрудники института активно участвуют в разработке инструктивных и инструктивно-методических документов по поручению отраслевого министерства, других министерств и

ведомств, курирующих вопросы, связанные с инвалидностью, по поручению правительственных структур.

На отраслевом уровне внедрение разработок включало и включает в себя апробацию и внедрение непосредственно в НИИ МСЭ и Р и базовых ЛПУ и МРЭК, а затем в учреждениях здравоохранения (заинтересованных ведомств) по всей республике, подготовку методических и инструктивных документов на отраслевом уровне, подготовку проектов приказов Минздрава, комитета по здравоохранению Мингорисполкома, областных управлений здравоохранения по использованию в практической деятельности медицинских учреждений созданных разработок, а на межотраслевом - подготовку проектов постановлений для других заинтересованных министерств. За период с 1998-2004 годы в рамках выполнения заданий программы “Реабилитация” и с целью освоения результатов научных разработок были подготовлены 46 методических рекомендаций и инструкции. Сотрудниками НИИ МСЭ и Р за этот же период по результатам научно-исследовательской деятельности подготовлено 15 проектов приказов по Министерству здравоохранения.

С целью обмена и популяризации собственных разработок научные сотрудники НИИ МСЭ и Р и организаций - соисполнителей заданий ОНТП “Медицинская реабилитация” активно участвовали в научных и научно-методических семинарах, конференциях, других организационных мероприятиях. Только на базе НИИ МСЭ и Р за последние пять лет проведена международная конференция, два международных семинара, 24 семинара и совещания по актуальным вопросам медико-социальной экспертизы и реабилитации. Материалы научных исследований включены в содержание 14 научных сборников, 9 монографий, 9 пособий, 11 информационно-статистических сборников и аналитических обзоров.

Только за последние годы коллективом принято участие в разработке таких важных для страны документов, как:

- Постановление Министерства здравоохранения и Министерства социальной защиты Республики Беларусь “Об утверждении Инструкции о порядке выдачи листков нетрудоспособности и справок о временной нетрудоспособности и Инструкции по заполнению листков нетрудоспособности и справок о временной нетрудоспособности” от 9 июля 2002 года № 52/97.

- Постановление Министерства здравоохранения “Об утверждении Инструкции по определению группы инвалидности и Инструкции по определению причины инвалидности” от 12 августа 2002 года № 61.

- Постановление Совета Министров Республики Беларусь “Об утверждении положения о независимой экспертизе” от 25 июля 2002 г. № 1006.

- Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь “Об утверждении Перечня заболеваний и противопоказаний запрещающих допуск лиц к управлению механическими транспортными средствами или устанавливающих ограничения права управления ими” от 18 декабря 2002 г. № 91.

Принимая во внимание необходимость дальнейшего развития и совершенствования системы медицинской и медико-профессиональной реабилитации (потребность в мероприятиях медицинской и медико-профессиональной реабилитации составляет соответственно 65 % и 25 % только по группе лиц первично признанных инвалидами), приоритетное значение в укреплении здоровья нации приобретает пролонгирование научных исследований и разработка в рамках ОНТП и по заказу Минздрава на последующие годы новых реабилитационных технологий, направленных на предупреждение инвалидности, снижение ее тяжести, смертности, повышение качества жизни больных и инвалидов.

Разработка современных программ и протоколов диагностики, лечения и реабилитации, создание новых реабилитационных технологий, с учетом имеющейся материально-технической базы, позволит добиться дальнейшей стабилизации уровня заболеваемости инвалидизирующей патологией, стабилизации уровня временной нетрудоспособности и первичного выхода на инвалидность, достичь устойчивых показателей снижения первичного выхода на инвалидность. Снижение тяжести инвалидности будет достигнуто за счет высоких реабилитационных технологий, своевременности, полноты и преемственности реабилитационной помощи на этапах: медицинская реабилитация - медико-социальная экспертиза, в том числе, экспертиза профессиональной пригодности и профессиональный подбор - рациональное трудоустройство инвалида. Решение социальных аспектов реабилитации позволит добиться в значительной мере полной интеграции инвалидов в общество.

ГЛАВА III

СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ ПОСЛЕДСТВИЙ БОЛЕЗНИ

Теоретической основой реабилитации является трехмерная концепция болезни, разработанная экспертами ВОЗ и представленная как дополнение к Международной статистической классификации болезней (МКБ IX и X пересмотров) в виде «Международной классификации ...» и «Номенклатуры нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности». Предпосылкой для разработки этой концепции послужила необходимость изучения и отражения влияния болезни на человека, т.к. клинические классификации МКБ, основанные на нозологическом принципе, отражают преимущественно особенности болезни.

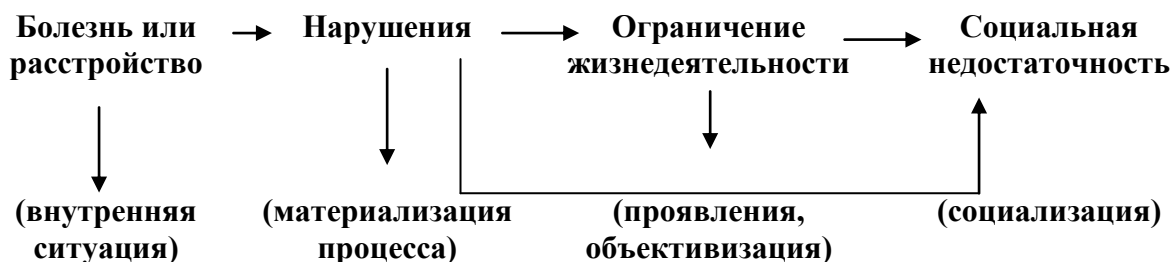
Согласно трехмерной концепции болезни ее воздействие на организм человека рассматривается на трех уровнях:

- I уровень - последствия болезни на уровне орган – морфофункциональные изменения со стороны отдельных органов или систем («дефект» нарушения функций), в классификации отражены как «нарушения»;

- II уровень - последствия на организменном уровне (в классификации – «ограничение жизнедеятельности») – нарушение интегративных функций целостного организма или его способностей (к передвижению, самообслуживанию, ориентации, общению, контролю своего поведения, обучению, труду), позволяющих индивидууму адаптироваться к окружающей среде и не зависеть от помощи посторонних лиц;

- III уровень - последствия на социальном уровне (в классификации «социальная недостаточность») - социальная дезадаптация (невозможность выполнения общественной роли, определяемой возрастом, воспитанием, образованием, профессией и конкретными условиями среды).

Болезнь и ее последствия можно представить следующей схемой:



Болезнь определенное время может протекать латентно. Первые ее последствия материализуются в виде морфологических изменений одного, реже нескольких органов, приводящих к нарушению функций органа или систем. В классификации морфо-функциональные сдвиги обозначаются как «нарушения» или «дефект» - последствия на органном уровне. По мере нарастания функционального дефекта ограничивается повседневная деятельность целостного организма - болезнь проявляется на организменном уровне ограничением жизнедеятельности, что приводит к социальным последствиям - социальной недостаточности. Последствия болезни на трех уровнях - это 3 грани патологического процесса, на определенной стадии заболевания существующие одновременно как триединая целостность.

Схема иллюстрирует, что все последствия болезни имеют место у одного и того же индивида. Они могут возникать последовательно, как это представлено графически на схеме и имеет место при хронических заболеваниях, либо возникать одновременно на трех уровнях – при острых заболеваниях, травмах, последствиях оперативных вмешательств или врожденных дефектах.

Большая ценность представления концепции последствий болезни в таком виде состоит в том, что во-первых она дает исчерпывающую характеристику влияния болезни на все сферы жизнедеятельности инвалида, во-вторых, вырисовывается общая последовательность элементов, позволяющая разрешить многие проблемы, воздействуя на один элемент и получая эффект в других элементах цепи. В настоящее время разработан проект нового варианта классификации -

«Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья», которая развивает и углубляет как на органном уровне, где рассматриваются и структурные и функциональные нарушения, так и, особенно, на социальном уровне, где рассматриваются проблемы, связанные со здоровьем

Каждая из трех граней последствий болезни: нарушение (материализация патологического процесса), ограничение жизнедеятельности (проявление, объективизация патологического процесса) и социальная недостаточность или дезадаптация (социализация нарушения и ограничения жизнедеятельности) требуют более детального рассмотрения.

В контексте оценки здоровья, **"нарушение"** - это любая потеря или аномалия психологической, физиологической или анатомической структуры или функции.

В этом определении необходимо подчеркнуть, что термин "нарушение" является более емким, чем "расстройство" потому что в него входят также потери, например, потеря ноги, является нарушением анатомической структуры, а не расстройством. Нарушение представляет собой отклонение от некоторой нормы в биомедицинском состоянии индивида, и определение характеристик этого статуса дается врачами-специалистами, которые могут судить об отклонениях в выполнении физических и умственных функций, сопоставляя их с общепринятыми стандартами.

В принципе, **нарушение** - это внешнее проявление патологического состояния и представляет собой расстройство на уровне органа.

Номенклатура нарушений

1. Умственные и психические нарушения.
2. Другие психологические нарушения.
3. Языковые и речевые нарушения.
4. Слуховые (или слухо-вестибулярные) нарушения.
5. Зрительные нарушения.
6. Висцеральные и метаболические нарушения.
7. Локомоторные или двигательные нарушения.
8. Уродующие нарушения.
9. Общие нарушения (сенсорные).

Под **ограничением жизнедеятельности** в характеристиках здоровья понимается любое ограничение или отсутствие (в результате нарушения) способности осуществлять деятельность способом или в рамках, считающихся нормальными для человека данного возраста.

Ограничение жизнедеятельности представляет собой отклонение от нормы в интегративной деятельности целостного организма, в отличие от работы органа или механизма. Это понятие характеризуется чрезмерностью или недостаточностью в обычно ожидаемом поведении или деятельности, что может быть временным или постоянным, обратимым или необратимым, а также прогрессирующим или регрессивным. Таким образом, ограничение жизнедеятельности представляет собой объективное выражение нарушения одного органа в деятельности целостного организма и в этом качестве отражает расстройство на уровне личности.

В Международной классификации нарушений (1980) перечислены 7 основных способностей – категорий (критериев) жизнедеятельности.

Классификация ограничений жизнедеятельности

1. Способность к передвижению.
2. Способность к самообслуживанию.
3. Способность к ориентации.
4. Способность к общению.
5. Контроль за своим поведением (или способность адекватно вести себя).
6. Способность к обучению.
7. Способность к труду.

Эти критерии вошли в определение инвалидности, приведенные в Законе о социальной защите инвалидов (1991,2001) и в Инструкцию по определению инвалидности (1993, 2002).

В Номенклатуре нарушений основные категории жизнедеятельности изменены. Нарушение способности к движению разделено на 3 категории: способность действовать руками, владеть туловищем и передвигаться: сохранена способность ухаживать за собой, общаться и адекватно вести себя (итого 6 категорий жизнедеятельности). Ориентация рассматривается в разделе

«нарушения», а способность к обучению и трудовой деятельности отнесена к разделу социальной недостаточности.

Сохраняя перечень ограничений жизнедеятельности, приведенный в регламентирующих документах, мы разделяем их на 2 группы: социально-бытовые (первые 5 способностей) и социально-трудовые (способность к обучению и трудовой деятельности).

Каждый из критериев жизнедеятельности может нарушаться изолированно или в комплексе с другими способностями и вызывать различную степень социальной недостаточности. Поэтому, характеристика жизнедеятельности требует специальной оценки по каждому ее критерию.

Социальная недостаточность (социальная дезадаптация) - неспособность больного человека (вытекающая из нарушения функций и ограничения жизнедеятельности) выполнять обычную для его положения роль в жизни (в зависимости от возраста, пола и социального положения). Социальная недостаточность представляет собой социализацию болезни и отражает бытовые, социальные и экономические последствия болезни для инвалида и его контактов со средой обитания. Следствием ее является нарушение возможности интеграции в общество.

Социальная недостаточность оценивается по обстоятельствам, которые ставят больного в невыгодное положение по сравнению со здоровыми. Измерителями социальной недостаточности являются так называемые критерии «выживания»: ориентация в окружающем, физическая независимость, мобильность, общение с окружающими (социальная интеграция), способность к занятиям, поддержание социально-экономической деятельности. Несоответствие любому из этих критериев вызывает социальную недостаточность.

Характеристика последствий болезни в практике врача-реабилитолога и реабилитолога-эксперта требует количественной оценки, необходимой при определении нарушений и ограничений жизнедеятельности. Социальная недостаточность по рекомендации экспертов ВОЗ, пока количественно не оценивается. В клинической практике определяются разные классификации для оценки «нарушений», в которых ранжирование их выраженности проводится по степени недостаточности органа (сердечная, дыхательная и т.д.) причем критерии оценки включают от 2-3 до 5-6 градаций степени их выраженности. Оценка ограничений жизнедеятельности в медицинской практике на проводилась.

Мы поставили задачу унифицировать подход к оценке разных нарушений и ограничений жизнедеятельности. С этой целью было использовано понятие **функциональный класс (ФК)**. ФК в соответствии с методическими рекомендациями «Оценка жизнедеятельности и эффективности реабилитации» (Л.С. Гиткина и др., 1995 г.) ранжируется по 5-ти бальной шкале, принятой за 100%.

ФК0 – характеризует нормальное состояние параметра, ФК1 – легкое его нарушение (до 25%), ФК2 – умеренное - среднее (от 25% до 50%), ФК3 – значительное (от 51% до 75%), ФК4 – резко выраженное и полное нарушение данного параметра (от 76% до 100%).

Целесообразность количественной оценки разных параметров по единой шкале предложена в настоящее время экспертами ВОЗ в последнем варианте «Классификации». Принципы балльной оценки этой классификации практически совпадают с градацией баллов, выделяемых нами.

Характеристика и оценка критериев жизнедеятельности

Передвижение - способность эффективно передвигаться в своем окружении, обеспечивающая мобильность человека. Способность к передвижению может быть расширена и компенсирована за счет использования технических средств, протезов, ортезов и других вспомогательных устройств, облегчающих передвижение, а также транспорта.

Медико-технические средства компенсации передвижения делятся на основные и вспомогательные. К основным относятся кресло -, вело-, мотоколяски и автомобили. Они улучшают мобильность, повышают качество жизни, но не изменяет нарушенную функцию нижних конечностей, в связи, с чем не являются основанием для снижения группы инвалидности.

К вспомогательным средствам относятся ходунки, протезы, трости, костыли, облегчающие передвижение; к ним же относятся протезы и ортезы нижних конечностей, которые одновременно улучшают или частично замещают утраченную функцию конечности. В подобных случаях наличие или отсутствие компенсации функции влияет на определение ФК. Так, ампутация одной нижней конечности без протезирования вызывает значительное нарушение передвижения (ФК-3), а после протезирования и адаптации к протезу оценивается ограничение передвижения баллом 2 (ФК-2).

Способность к передвижению определяется состоянием и интегрированной деятельностью многих органов и систем: костно-мышечно-суставной, нервной, кардио-респираторной, зрения, слуха, вестибулярного аппарата и др. Однако, в первую очередь, нарушения передвижения возникают при заболеваниях опорно-двигательного аппарата и систем его жизнеобеспечения (нервной, кровоснабжения), поражение которых сказывается на способности к передвижению тогда, когда другие критерии жизнедеятельности, в том числе трудоспособность, могут еще не нарушаться. Снижение зрения, дыхательная и сердечная недостаточность вызывают нарушения передвижения по достижении значительной их выраженности, когда одновременно и в большей степени нарушаются другие способности организма, особенно трудоспособность.

Для оценки передвижения используются следующие параметры:

1. Расстояние, на которое больной может передвигаться (отправная точка - постель);
2. Темп передвижения и характер походки (нормальная, измененная);
3. Возможность использования медико-технических средств для компенсации нарушений передвижения;
4. Необходимость посторонней помощи при передвижении;
5. Возможность использования транспорта (общественного и личного);

ФК-0 - полная мобильность

ФК-1 - легкое нарушение передвижения - сохранение возможности передвижения на большие (не ограниченные) расстояния при некотором замедлении темпа ходьбы, небольшом изменении походки, необходимости использования простых вспомогательных средств (трость, не сложная ортопедическая обувь) или медикаментов, полностью коррегирующих двигательные расстройства (периферические вазодилататоры, коронаролитики, нестероидные противовоспалительные и др. противоболевые средства, корректоры нарушений мышечного тонуса, гиперкинезов и др.). Использование транспорта не ограничено.

ФК-II - умеренное нарушение передвижения (пониженная мобильность) - ограничение расстояния передвижения районом проживания (до 1,5-2 км), медленный темп ходьбы, явное изменение походки, необходимость использования более сложных вспомогательных средств (функциональные виды протезов, ортезов), неполная медикаментозная коррекция нарушенных функций, использование транспорта затруднено, но возможно без посторонней помощи.

ФК-III - значительное ограничение мобильности - передвижение только в пределах ближайшего соседства (до 0,5 км), резкое изменение походки и темпа ходьбы, необходимость использования сложных вспомогательных средств передвижения (костыли, ходунки, протезы двух нижних конечностей или одной при значительном нарушении функции другой, атипичное сложное протезирование малофункциональными видами протезов, ортезов и др.) или кресла-коляски. Общественным транспортом без содействия посторонних пользоваться невозможно, использование личного транспорта затруднено и не всегда возможно.

ФК-IV - полная утрата мобильности и резкое ограничение передвижения - ограничение мобильности пределами жилья, кресла или постели; ходьба по комнате при специальном обустройстве жилья поручнями или с помощью малофункциональных, в основном фиксирующих ортезов, протезов с обязательным дополнительным использованием костылей, когда возможен лишь двухтактный характер биомеханики ходьбы ("шаг кенгуру"), мобильность за пределами жилья только при использовании основных средств передвижения (коляска и др.) или с посторонней помощью (поводырь у слепых).

Самообслуживание - способность ухаживать за собой, самостоятельно справляться с основными потребностями, обеспечивать эффективное независимое существование в окружающей среде без помощи других лиц - физическая независимость. Самообслуживание включает самостоятельное удовлетворение самых насущных повседневных потребностей, так называемых нерегулируемых потребностей (физиологических отправления, личной гигиены, одевания и приема пищи) и осуществление более широкого круга повседневных бытовых потребностей (покупки в магазине, приготовление пищи, уборка помещения, заправка постели, стирка (малая и крупная), поддержание должной температуры помещения, пользование замками, выключателями, кранами, различными домашними приборами, телефоном и др.) В отличие от первых - это регулируемые потребности, в отношении которых помощь посторонних может быть спланирована и оказываться реже одного раза в сутки или эпизодически. В экспертной практике самообслуживание рассматривалось в узком значении этого понятия и учитывало только нерегулируемые

потребности, нарушение которых служило единственным критерием определения 1 группы инвалидности. В практике реабилитации и при рассмотрении социальной недостаточности из-за ограничения физической независимости - самообслуживание понимается в широком значении - как условие физической независимости организма.

Для реализации способности к самообслуживанию и физической независимости требуется интегрированная деятельность практически всех органов и систем и сохранение других сторон жизнедеятельности. Поэтому нарушения самообслуживания возникают при заболеваниях разных органов и систем. Чаще они проявляются в далеко зашедших стадиях болезни и позднее, чем ограничения других сторон жизнедеятельности. Раньше самообслуживание ограничивается при нарушении способности действовать руками, владеть телом, передвигаться и адекватно себя вести. Самообслуживание может быть частично компенсировано за счет вспомогательных средств.

Параметрами для оценки нарушений самообслуживания и физической независимости служат:

- нуждаемость в посторонней помощи и уходе при удовлетворении регулируемых или нерегулируемых потребностей;
- интервалы, через которые возникает такая нуждаемость: эпизодическая нуждаемость (1-2 раза в неделю), длительные интервалы (24 часа и реже), короткие - каждые несколько часов, критические (более короткие и непредсказуемые) интервалы и постоянная нуждаемость;
- возможность коррекции с помощью вспомогательных средств и адаптации помещения.

ФК-0 - полная независимость - способность эффективного существования без посторонней помощи и вспомогательных средств.

ФК-I - легкая физическая зависимость - потребность в небольшой, непостоянной и регулируемой помощи других лиц (генеральная уборка, крупная стирка, мелкий ремонт и т.д.) или полная компенсация с помощью небольших технических средств и устройств (зубные протезы, устройства, регулирующие экскреторные функции, поддерживающие выпадение матки и др.).

ФК-II - умеренная физическая зависимость - необходимость эпизодической помощи других лиц в осуществлении одной или нескольких регулируемых потребностей при самостоятельной реализации других повседневных способностей (помощь для вхождения и выхода из ванны, в сезонной подготовке продуктов, в использовании отдельных домашних приборов и т.д.) или использование технических средств и устройств, значительно компенсирующих нарушение функции и способности (протезы одной нижней конечности, регуляция экскреторных функций адаптивными устройствами или стимуляторами) или адаптация жилья.

ФК-III - значительное ограничение физической независимости - необходимость систематической помощи других лиц через длительные интервалы (1 раз в сутки и реже) в удовлетворении нескольких или многих регулируемых потребностей (покупка продуктов, мытье в ванной, уборка, отопление, пользование некоторыми бытовыми приборами и др.) или частичная компенсация физической зависимости с помощью технических средств и устройств, коляски) при условии самостоятельного их использования больным или только эпизодической помощи в некоторых действиях (вывоз автомашины из гаража при условии самостоятельного выхода больного из жилья и перемещения в коляску и из коляски).

ФК-IV - резко выраженное и полное нарушение физической независимости - включает нарушение самообслуживания в узком значении этого термина - необходимость помощи посторонних лиц в удовлетворении нерегулируемых потребностей через короткие и критические интервалы либо постоянно, сюда же относится частичная компенсация с помощью технических средств и устройств, если больной не может их использовать без посторонней помощи (неспособность самостоятельно перемещаться в коляску). Нуждаемость в постоянной посторонней помощи кроме невозможности самостоятельного удовлетворения нерегулируемых потребностей возникает и при резком нарушении передвижения в пределах жилья.

ФК-IV - определяется не только при нарушении всех перечисленных способностей, но и любой из них, например, передвижения по комнате или неконтролируемых нарушениях физиологических отправлениях.

Ориентация - способность человека самостоятельно ориентироваться в окружающей обстановке, воспринимать и анализировать ее состояние и соответственно реагировать на ее изменения.

Для реализации ориентации необходимо интегрированное функционирование нескольких систем:

- зрения, слуха, осязания, обоняния (систем ориентации), речи, чтения, письма (систем коммуникации)
- центральной и периферической нервной системы для передачи, анализа информации и выработки ответной реакции на ее изменение, адекватной психической деятельности.

Расстройства ориентации на уровне анализаторов иногда могут быть полностью или частично компенсированы за счет медико-технических средств (очки, линзы, слуховые аппараты, электрические устройства и др.) либо за счет компенсации одного анализатора другим (глухой компенсирует свой недостаток зрением, слепой - слухом и осязанием и т.д.). Компенсации нарушений психической деятельности может достигаться медикаментозными средствами (нейролептики и др.).

Для характеристики выраженности нарушений ориентации используются:

- оценка состояния систем ориентации и возможности их компенсации;
- оценка состояния систем коммуникации и возможность их компенсации;
- степень ориентации в собственной личности, месте, времени и пространстве;
- способность анализировать и адекватно реагировать на поступившую информацию;
- возможность компенсации речи и поведения медикаментозными средствами.

ФК-0 - нормальная способность воспринимать, анализировать и реагировать на информацию, обеспечивающая возможность самостоятельной ориентации в окружающей обстановке.

ФК-I - легкое ограничение ориентации - возникает при грубом одностороннем или легком двустороннем нарушении функций одной из систем ориентации (зрение, слух) или при более значительном нарушении, но возможности хорошей компенсации функции с помощью технических средств (очки, слуховой аппарат), либо при легких психических нарушениях, которые практически полностью компенсируются за счет систематического приема медикаментов; при эпизодическом нарушении ориентации в связи с различными, но редкими пароксизмальными состояниями (эпилептические припадки, головокружение и др.), временно нарушающими ориентацию.

ФК-II - умеренное нарушение ориентации - определяется при значительном нарушении деятельности одной из систем ориентации, которое не компенсируется или компенсируется недостаточно (2-х стороннее снижение зрения до 0,11-0,15, тугоухость 3-4 степени по ВОЗ на оба уха), склонности к частым пароксизмальным нарушениям ориентации, которые не компенсируются медикаментами, легкой дезориентации только в месте или времени при сохранности ориентации по другим параметрам, сниженной и замедленной реакции на информацию об окружающей среде.

ФК-III - значительное ограничение ориентации - определяется при значительном нарушении зрительной ориентации (слабовидение на оба глаза - 0,06-0,1 или полная гемианопсия), при одновременном умеренном поражении 2-х систем ориентации (зрение и слух), взаимно отягощающих возможности ориентации, при частичной дезориентации в месте, времени, пространстве и собственной личности, при выраженной сенсорной афазии, если перечисленные нарушения не компенсируются медико-техническими средствами, но не создают необходимости постоянной посторонней помощи и ухода.

ФК-IV - резко выраженное нарушение ориентации - возникает при полном или резко выраженном нарушении зрительной системы ориентации (слепота или снижение зрения на оба глаза до 0,05 с коррекцией, "трубчатое" зрение - поле зрения не более 10°), значительном поражении 2-х систем ориентации, включая зрение (слабовидение и двусторонняя глухота) или системы ориентации и коммуникации (двухсторонняя глухота и значительно выраженная моторная афазия), а также при выраженной дезориентации в связи с психическими заболеваниями или сенсорной афазией, если эти нарушения не могут быть компенсированы.

Общение - способность человека устанавливать контакты с другими людьми и поддерживать привычные общественные взаимоотношения. Общение имеет 2 синонима, отражающие узкое и широкое применение этого термина.

Коммуникация - связь - способность генерировать, распространять, воспринимать и понимать сообщения посредством средств коммуникации.

Основным средством коммуникации является речь, вспомогательными средствами - чтение и письмо; коммуникация может осуществляться как с помощью вербальных (словесных), так и невербальных символов. Помимо сохранности речи коммуникация требует сохранности систем ориентации (слуха и зрения). Другим условием общения служит нормальное состояние психической деятельности и психологических особенностей личности. Коммуникация характеризует общение в физиологическом смысле и отражает узкое содержание этого термина.

Социальная интеграция - сложный многоплановый процесс установления и развития всех форм контактов между людьми, порожденных потребностью в совместной деятельности - отражает социальное содержание этого понятия - проявление социального бытия человека. Общение является средством передачи форм культуры и опыта, обучения, организации производственной, научной и др. видов деятельности, формирования психической и эмоционально-волевой сферы человека. Именно в таком широком понимании общение характеризует способность к интеграции в общество, а его нарушение приводит к социальной недостаточности.

Социальная интеграция требует согласованной деятельности многих органов и систем и сохранности других, более элементарных способностей человека (самообслуживания, мобильности), отсюда вытекает большая частота ее нарушений при многих и разных заболеваниях, когда нарушения общения носят вторичный характер (прикованность к жилью, постели). Первичное ограничение общения возникает при поражении систем коммуникации, ориентации, расстройствах психической деятельности и наличии психологических особенностей личности.

Параметрами для характеристики общения служит оценка возможностей контактов с расширяющимся кругом лиц; с ближайшими родственниками, друзьями, соседями, коллегами, с новыми людьми.

ФК-0 - нормальное общение (социально интегрированные лица) - способность участвовать во всех обычных общественных взаимоотношениях.

ФК-I - легкое ограничение общения - сдерживаемые контакты (из-за психологических особенностей личности) при сохранности принципиальной возможности общения при сохранности всех других; легкое нарушение речи (заикание, легкое нарушение речи (заикание, легкая моторная или амнестическая афазия, умеренная аудиогенная дислалия при двустороннем нарушении слуха, умеренная дизартрия без других нарушений и др.).

ФК-II - умеренное нарушение общения - невозможность устанавливать и поддерживать новые контакты при сохранности устоявшихся контактов - пониженное общение: при легких психических нарушениях, тяжелых психологических расстройствах, (при выраженных акцентуациях характера, психопатизации личности, патологической некоммуникабельности, чрезмерной застенчивости и др.), при умеренных речевых нарушениях (легкая сенсорная или умеренная моторная и амнестическая афазии), выраженная аудиогенная дислалия - сопряженный дефект речи и слуха в связи с умеренным 2-х сторонним нарушением слуха с детства, при тяжелых 2-х сторонних нарушениях слуха (тугоухость III – IV ст., по ВОЗ, хроническая двусторонняя глухота).

ФК-III - значительное нарушение общения - нарушение устоявшихся контактов (друзья, соседи, коллеги) при сохранности отношений со значимыми людьми (ближайшие родственники) - обедненное общение: выраженные психические нарушения, полная моторная, выраженная сенсорная афазия, невозможность невербального общения у глухонемых с детства в связи с безграмотностью или необученностью, в том числе необученность при острой двусторонней глухоте.

ФК-IV - резко выраженное нарушение и невозможность общения - затруднения в поддержании контактов даже с близкими родственниками или полная невозможность поддержания отношений с другими людьми - значительно и резко выраженные психические нарушения и сенсорная афазия.

Способность к обучению - способность воспринимать, усваивать и накапливать передаваемые знания, формировать опыт, умения и навыки. Способность к обучению - одна из важнейших интегративных форм жизнедеятельности. Она зависит, в первую очередь, от состояния психических функций (интеллекта, памяти, внимания, ясности сознания, мышления и др.), сохранности систем коммуникации (речи - устной и письменной) и ориентации (зрение и слух и др.). Одновременно обучение требует использования способности к общению, передвижению, самообслуживанию и др., определяемых психологическими особенностями личности, состоянием

локомоторного аппарата, висцеральных функций и др. Способность к обучению нарушается при заболеваниях многих и разных органов и систем. Из всех критериев жизнедеятельности нарушение способности к обучению имеет наибольшую социальную значимость в детском возрасте, оно эквивалентно нарушению способности к труду у взрослых и является самой частой причиной социальной недостаточности ребенка.

Параметрами для оценки способности к обучению служат:

1. Возможность обучения в общеобразовательной или в специальной школе (либо на дому).
2. Объем обучения по программе общеобразовательной или специальной школы.
3. Сроки обучения.
4. Необходимость использования специальных вспомогательных средств обучения.

ФК-0 - нормальное обучение - получение образования способом и в рамках, обычных для ребенка (с учетом возраста, места жительства и др. факторов).

ФК-I - легкое ограничение способности к обучению - возможность обучения в обычном учебном заведении при наличии затруднений, вызывающих необходимость временного освобождения от отдельных предметов (по заключению ВКК), периодического непосещения занятий из-за обострений или необходимости курсового лечения, а также потребность в эпизодической помощи в некоторых видах деятельности или использовании незначительных технических средств.

ФК-II - умеренное ограничение способности к обучению - обучение с регулярным использованием серьезных технических средств, обучение в специальной школе или в специальном классе общеобразовательной школы с обычным сроком обучения или незначительным его удлинением - на 1 год (школы слабослышащих, слабовидящих, детей со сколиозом).

ФК-III - значительное нарушение способности к обучению - возможность обучения только в специальных школах-интернатах с использованием специальных приемов, методов и средств обучения и значительном удлинении сроков обучения (школы для глухих, слепых), сокращением программы (вспомогательные спецшколы для умственно отсталых детей), а также обучение дома (вне зависимости от объема программы).

ФК-IV - невозможность обучения.

Способность к труду (трудоспособность) - критерии оценки трудоспособности много лет используемые в экспертной практике, сохраняют свое значение в медико-социальной экспертизе и реабилитации и легко могут быть ранжированы по ФК.

ФК-0 - трудоспособность полностью сохранена.

ФК-I - незначительное ограничение трудоспособности (трудоустройство по ВКК).

ФК-II - значительное ограничение трудоспособности (инвалидность III группы).

ФК-III - возможность труда только в специально созданных условиях (инвалидность II группы).

ФК-IV - невозможность труда (инвалидность I группы).

Для иллюстрации вышеизложенного в табл.3.1 описываются основные ограничения жизнедеятельности и социальная недостаточность соответствующие имеющимся нарушениям конкретного функционального класса. Полное описание будет приведено в разъяснениях к «Инструкции по определению инвалидности» под названием «Основные виды нарушений и вызванные ими инвалидизирующие последствия – ограничения жизнедеятельности и социальная недостаточность».

Таким образом, знание и применение на практике врачами-реабилитологами «Международной классификации нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности» позволит понять сущность современной концепции последствий болезни, своевременно оценивать состояние реабилитанта и качественно расставлять акценты в методах воздействия на состояние здоровья больного или инвалида с целью его максимальной интеграции в общество.

**ПРИМЕРНОЕ СООТВЕТСТВИЕ ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ
И СОЦИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИМЕЮЩИХСЯ У БОЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ**

Нарушения	Ограничения жизнедеятельности	Социальная недостаточность
1	2	3
<p>Легкие двигательные нарушения ФК-I</p>	<p>Сохранена возможность передвижения на большие (не ограниченные) расстояния при некотором замедлении темпа ходьбы, небольшом изменении походки, необходимости использования простых вспомогательных средств, независимость в повседневной жизни, ходьба без посторонней помощи.</p>	<p>Легкая физическая зависимость - потребность в небольшой, непостоянной и нерегулируемой помощи других лиц. Исключение из обязательного перечня профессиональных действий работ, требующих значительного физического напряжения, и относящихся к категории тяжелых, а также воздействия вредных и опасных условий труда, пребывание в условиях повышенной опасности травматизма.</p>
<p>Умеренные двигательные нарушения ФК-II</p>	<p>Нарушение передвижения, ограничение расстояния передвижения районом проживания (до 1,5-2км), медленный темп ходьбы, явное изменение походки, необходимость использования более сложных вспомогательных средств, частичная зависимость от окружающих в повседневной жизни, ходьба по квартире без посторонней помощи, по улице - с помощью.</p>	<p>Умеренная физическая зависимость - необходимость эпизодической помощи других лиц в осуществлении одной или нескольких регулируемых потребностей при самостоятельной реализации других повседневных способностей. Ограничение трудоспособности. Продолжение выполнения профессионального труда на прежнем рабочем месте при условии возможности сокращения объема работ, продолжительности рабочего дня или другой доступной профессии (после подбора доступных видов деятельности и условий труда). Допустима занятость трудом со снижением квалификации в прежней или новой профессии. Профпереподготовка и трудоустройство возможны в спец. созданных условиях (спец. организованные оснащенные спец. приспособлениями и забронированные рабочие места для инвалидов на обычных предприятиях, учебно-производственных предприятиях и др.). Выполняемые работы относятся к I, II, III категории тяжести и напряженности труда.</p>

<p>Выраженные двигательные нарушения ФК-III</p>	<p>Значительное ограничение передвижения – передвижение только в пределах ближайшего соседства (до 0,5 км), резкое изменение походки и темпа ходьбы, необходимость использования сложных вспомогательных средств передвижения, значительная зависимость от окружающих в повседневной жизни, ходьба по квартире с посторонней помощью, по улице больные не ходят, значительные ограничения в выполнении прежних домашних обязанностей или полная неспособность к ним.</p>	<p>Значительное ограничение физической независимости – необходимость систематической помощи других лиц через длительные интервалы (1 раз в сутки и реже) в удовлетворении нескольких или многих регулируемых потребностей. Выраженные ограничения трудоспособности: Труд без установления норм выработки в спец. созданных условиях: УПП обществ инвалидов, комбинате надомного труда, на дому. Возможно привлечение 3-го лица для оказания помощи. Допустима занятость на рабочем месте обычного предприятия, организации на специально аттестованном для инвалида рабочем месте при наличии спец. приспособлений, спец. режима и пр.</p>
<p>Резко выраженные двигательные нарушения ФК-IV</p>	<p>Полная утрата передвижения и резкое ограничение передвижения - ограничение мобильности пределами жилья, кресла или постели; ходьба по комнате при специальном обустройстве жилья поручнями или с помощью малофункциональных, использованием костылей, когда возможен лишь двухтактный характер биомеханики ходьбы, полная зависимость от окружающих в повседневной жизни.</p>	<p>Резкое выраженное и полное нарушение физической независимости - включает нарушение самообслуживания в узком значении этого термина - необходимость помощи посторонних лиц в удовлетворении нерегулируемых потребностей через короткие и критические интервалы либо постоянно, сюда же относится частичная компенсация с помощью технических средств и устройств, если больной не может их использовать без посторонней помощи. Невозможность труда</p>
<p>Легкие языковые и речевые нарушения (ФК-0, ФК-I)</p>	<p>Незначительное снижение способности общаться с окружающими</p>	<p>Незначительное ограничение в выполнении некоторых работ, связанных с постоянным общением в большом коллективе</p>
<p>Умеренные языковые и речевые нарушения (ФК-I, ФК- II)</p>	<p>Умеренное снижение способности общаться с окружающими</p>	<p>Умеренное ограничение к получению образования (вследствие неучастия в некоторых видах обучения или профессиональной подготовке), умеренное ограничение в профессиональной деятельности (в профессиях, связанных со значительным общением) интеграции в общество.</p>

Выраженные языковые и речевые нарушения (ФК-III)	Выраженное снижение способности общаться с окружающими	Выраженное ограничение к получению образования, умеренное или выраженное (в зависимости от профессии) ограничение в профессиональной деятельности, экономической самостоятельности, интеграции в общество.
Резко выраженные языковые и речевые нарушения (ФК-IV)	Резко выраженное снижение способности общаться с окружающими	Резко выраженное ограничение к получению образования, выраженное ограничение в профессиональной деятельности, экономической самостоятельности, интеграции в общество
Легкие слуховые и вестибулярные нарушения (ФК-I)	Сохранена возможность общаться с окружающими. Легкое ограничение передвижения вследствие снижения способности поддерживать некоторые позы, самообслуживания вследствие снижения способности пользоваться личным транспортом.	Легкое ограничение мобильности, профессиональной деятельности (в отдельных профессиях)
Умеренные слуховые и вестибулярные нарушения (ФК-II)	Легкое снижение способности общаться с окружающими, умеренное ограничение передвижения вследствие снижения способности поддерживать некоторые позы, самообслуживания вследствие снижения возможности пользоваться транспортом.	Умеренное ограничение мобильности, профессиональной деятельности, невозможность участия в профессиональной деятельности в отдельных профессиях
Выраженные слуховые и вестибулярные нарушения (ФК-III)	Умеренное и выраженное снижение способности общаться с окружающими, выраженное ограничение передвижения (ходить, бегать, поддерживать позу), самообслуживания: снижение способности владеть телом для решения повседневных бытовых задач, пользоваться транспортом, вести независимое существование, выполнять повседневные домашние дела, регулировать окружающую среду.	Умеренное ограничение физической независимости (ситуационная зависимость, выраженное ограничение мобильности, способности заниматься обычной деятельностью, способности к получению образования, профессиональной деятельности (труд в специальных условиях), экономической самостоятельности, ограничение способности интеграции в общество.
Резко выраженные слуховые и вестибулярные	Выраженное снижение способности общаться с окружающими, выраженное ограничение передвижения (ходить,	Выраженное ограничение физической независимости, мобильности, способности заниматься обычной деятельностью, практическая невозможность получения

нарушения (ФК-IV)	бегать, поддерживать позу), самообслуживания, снижение способности владеть телом для решения повседневных бытовых задач, пользоваться транспортом, вести независимое существование, выполнять повседневные домашние дела, регулировать окружающую среду, снижение способности к повседневной деятельности.	образования, невозможность любой профессиональной деятельности, выраженное ограничение экономической самостоятельности, ограничение способности интеграции в общество.
Легкий астенический синдром (ФК-0)	Не приводит к ограничению жизнедеятельности.	Не приводит к социальной недостаточности.
Умеренный астенический синдром (ФК-0)	То же.	То же.
Выраженный астенический синдром (ФК-I)	Умеренное снижение способности адекватно вести себя из-за ограничения способности к обучению, выраженное ограничение к участию в трудовой деятельности, умеренное снижение способности общаться с окружающими.	Умеренные ограничения мобильности из-за снижения переносимости больших нагрузок, способности заниматься обычной деятельностью, получению образования, заниматься профессиональной деятельностью
Резко выраженный астенический синдром (ФК-II)	Выраженное снижение способности адекватно вести себя из-за ограничения способности к обучению, выраженное ограничение к участию в трудовой деятельности, умеренное снижение способности общаться с окружающими.	Умеренное ограничение мобильности из-за снижения переносимости больших нагрузок, способности заниматься обычной деятельностью, получению образования, заниматься профессиональной деятельностью.
Легкий психоорганический синдром (ФК-I)	Легкое снижение способности адекватно вести себя из-за снижения способности к обучению, участию в трудовой деятельности, противопоказаны работы со значительным невропсихическим напряжением, снижение способности общаться с окружающими из-за невозможности	Снижение способности к получению образования, участию в профессиональной деятельности.

	участия во всех видах общественной деятельности.	
Умеренный психоорганический синдром (ФК-II)	Умеренное снижение способности адекватно вести себя из-за снижения способности к обучению, выраженное ограничение участия в трудовой деятельности, требуется изменение профессии или объема трудовой деятельности, выраженные ограничения общения с окружающими.	Умеренное ограничение мобильности из-за снижения способности пользоваться общественным транспортом, способности к получению образования, участия в профессиональной деятельности, ограничения экономической самостоятельности, интеграции в общество.
Выраженный психоорганический синдром (ФК-III)	Значительно выраженное снижение способности адекватно вести себя, общаться с окружающими, ухаживать за собой.	Значительно выраженное ограничение мобильности, способности заниматься обычной деятельностью, невозможность получения образования, невозможность участия в трудовой деятельности, выраженное ограничение экономической независимости, интеграции в общество.
Резко выраженный психоорганический синдром (ФК-IV)	Резко выраженное снижение способности адекватно вести себя, общаться с окружающими, ухаживать за собой.	Резко выраженное ограничение мобильности, способности заниматься обычной деятельностью, невозможность получения образования, участия в трудовой деятельности, резко выраженное ограничение экономической самостоятельности, интеграции в общество.
ительные нарушения (гемианопсия без нарушения центрального зрения)	Умеренное снижение способности передвигаться, пользоваться транспортом.	Умеренное ограничение мобильности, получения образования, профессиональной деятельности, умеренные ограничения, невозможность профессиональной деятельности в отдельных профессиях, экономической самостоятельности.
Зрительные нарушения (гемианопсия с нарушением центрального зрения)	Значительное снижение способности передвигаться, владеть телом для решения повседневных бытовых задач, общаться с окружающими.	Значительное ограничение физической независимости, мобильности, получению образования, профессиональной деятельности, экономической самостоятельности.
Уродующие нарушения (ФК-II)	Умеренное снижение способности адекватно вести себя из-за снижения способностей к приобретению знаний в отдельных профессиях.	Умеренное или значительное ограничение способности к профессиональной деятельности из-за невозможности продолжения труда в отдельных профессиях, ограничение в получении образования в ряде профессий, умеренное ограничение экономической самостоятельности.

ГЛАВА IV

ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ И КАТЕГОРИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Здоровье и трудоспособность населения – огромные социальные ценности государства, потенциал, обеспечивающий неуклонное прогрессивное развитие общества. В их сохранении важную роль играют медико-социальная экспертиза и реабилитация, способствующие сохранению трудового резерва страны.

Экспертиза – это исследование и разрешение каких-либо вопросов лицами, обладающими специальными знаниями в данной области. А предметом медико-социальной экспертизы является определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки имеющихся ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма. Медико-социальная экспертиза – относительно новое понятие, которое пришло на смену более привычному понятию «врачебно-трудовая экспертиза» после принятия в 1991 г. в Республике Беларусь Закона «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь». Данный Закон ввел новую концепцию инвалидности, согласно которой инвалидность может определяться не только за частичную или полную утрату трудоспособности, но и во всех иных случаях, когда последствия заболевания, травмы или дефекта приводят к иным ограничениям жизнедеятельности, которые затрудняют социальную адаптацию человека и вызывают необходимость в социальной помощи и защите.

После выхода Закона в Беларуси была проведена существенная реорганизация служб врачебно-трудовой экспертизы и реабилитации с приданием службе медико-социальной экспертизы новых задач. Была проведена передача ВТЭК в систему здравоохранения с последующей реорганизацией их в **медико-реабилитационные экспертные комиссии**. Под эгидой Министерства здравоохранения стала функционировать научно-практическая система медико-социальной экспертизы, включая республиканский научно-практический центр в виде Научно-исследовательского института медико-социальной экспертизы и реабилитации, областные, городские, межрайонные медико-реабилитационные экспертные комиссии, а также отдельные службы и специалистов, занимающихся вопросами медико-социальной экспертизы и реабилитации в стационарных и амбулаторных учреждениях республики.

Таким образом, можно сказать, что **медико-социальная экспертиза – это область науки и система практической деятельности, которая функционирует в здравоохранении и в установленном порядке определяет медицинские показания к социальной помощи и защите.**

В то же время медико-социальную экспертизу необходимо определять и как самостоятельную область научных знаний и систему практической деятельности, функционирующую на стыке здравоохранения, социального страхования и социального обеспечения. Исходя из этого одним из основных предметов деятельности медико-социальной экспертизы является определение состояния трудоспособности лиц, у которых возникла необходимость путем экспертного обследования проверить наличие стойкой (или длительной временной) потери трудоспособности или значительного ее снижения вследствие заболевания, травмы или дефекта. То есть медико-социальная экспертиза является научно-методической основой, обеспечивающей правильное, рациональное осуществление всех видов и форм социального обеспечения рабочих и служащих в случае постоянной или длительной потери или значительного снижения у них трудоспособности, являются нормативным актом, определяющим право граждан на социальное обеспечение за счет государства в случае потери или снижения трудоспособности у них вследствие болезни или увечья.

Совокупность всех функций и действий медико-социальной экспертизы превращает ее в фактор, значительно влияющий на уровень здоровья и трудоспособности населения, способствующий осуществлению государственных и общественных мероприятий, направленных на укрепление здоровья населения, повышение производительности труда, продление жизни, профилактику инвалидности.

Для успешного лечения больных нужны не только так называемые лечебные и реабилитационные мероприятия в узком смысле слова, но и, что особенно важно, нужен

правильный режим трудовой деятельности, психофизической нагрузки, создаваемой трудовым процессом. Своевременно оградить заболевшего человека от непосильной трудовой нагрузки, от противопоказанных ему условий труда на время лечения во многих случаях является важнейшим, а порой решающим условием успешного лечения. Столь же принципиальное оздоровительное и моральное значение имеет своевременное возвращение инвалида после восстановления трудоспособности к обычной, прежней трудовой деятельности. Решая эти вопросы, медико-социальная экспертиза способствует эффективности лечебно-профилактической работы и снижению заболеваемости и инвалидности.

Мерилом современных требований к медико-социальной экспертизе является научная обоснованность ее принципов, методов и критериев, рациональность и целесообразность ее с точки зрения интересов охраны индивидуального и общественного здоровья, сохранение трудоспособности людей, а основной стратегической задачей медико-социальной экспертизы является профилактика заболеваемости и инвалидности. В своей практической деятельности медико-социальная экспертиза руководствуется политикой государства, направленной на длительное сохранение здоровья и трудоспособности населения, предупреждение нетрудоспособности и материальное обеспечение тех граждан, у которых временно или постоянно нарушилась трудоспособность.

4.1. Основные категории (понятия) медико-социальной экспертизы

Организм человека и окружающая (в том числе производственная) среда представляют сложную, взаимозависимую систему с прямыми и обратными связями. В этой системе особая роль отводится труду, биологическая значимость которого заключается прежде всего в том, что в процессе трудовой деятельности в организме человека возникают механизмы компенсаторной приспособляемости, устанавливаются оптимальные соотношения функции органов и систем организма друг с другом, с внешней средой. Поэтому основными категориями, которыми оперирует сегодня в своей деятельности медико-социальная экспертиза являются «трудоспособность», «нетрудоспособность» и «инвалидность».

Трудоспособность – это такое состояние организма, при котором совокупность физических и духовных возможностей человека, его общее и специальное образование, выработка трудовых навыков и мастерства позволяют выполнять работу определенного объема и качества.

Трудоспособность человека определяется состоянием его здоровья, то есть совокупностью физических и духовных свойств человека, ведь **здоровье – это состояние полного физического и социального благополучия, а не только отсутствия болезней.**

Труд с физиологической стороны есть функция человеческого организма, а, следовательно, труд является первейшей необходимостью человека, источником его развития, его радости и удовлетворения. Он создает физическое и психическое здоровье, а поэтому является тонизирующим и организующим жизнедеятельность человека. Безусловно, нельзя не согласиться с А.Ф. Третьяковым (1960 г.), что «ни возраст человека, ни характер заболевания, ни вид и условия работы в отдельности не определяют трудоспособность и потенциальные возможности трудовой деятельности, а лишь совокупность процессов и явлений, протекающих внутри и вне организма. Следовательно, трудоспособность как результат взаимодействия физиологических и социальных факторов обуславливается не заболеванием или травмой как таковыми, не морфологическими изменениями в том или ином органе или функциональными изменениями органа, а совокупностью функционального состояния организма как целого, соответствием этого состояния требованиям, предъявляемым к организму внешней физической и социальной средой. Среди этих требований непосредственными являются требования, вытекающие из характера профессии, конкретной работы и условий ее выполнения». Поэтому один из первых теоретиков врачебно-трудовой экспертизы в бывшем Советском Союзе Н.А. Вигдорчик (1924 г.) дал следующее определение трудоспособности: «Трудоспособность есть соотношение между совокупностью рабочих функций человека с одной стороны, и требованиями, которые предъявляет к человеку профессиональный труд - с другой».

Более широкое и обобщающее определение трудоспособности было дано А.С. Борзуновой и др. (1963 г.): «Трудоспособность – совокупность физических и духовных способностей, присущих определенной личности и проявляющихся в том или ином виде общественно полезного труда тем полнее и тем производительнее, чем выше историческая ступень общественно-экономической формации».

В.П. Белов, И.Н. Ефимов (1975 г.) определяли трудоспособность как «оптимальный вариант соответствия работоспособности и личности человека требованиям общественно полезной трудовой деятельности, протекающей в конкретных социальных, социально-психологических и природных условиях».

В то же время Ю.Д. Арбатская (1981 г.) касаясь вопросов трудоспособности указывает, что «трудоспособность больных определяется не только основным диагнозом, но и состоянием всего организма в целом». Поэтому, подытоживая вышеуказанное, мы разделяем точку зрения Л.С. Гиткиной и др. (1981 г.), что «в основе трудоспособности лежат три неразрывно связанных компонента: биологический (работоспособность) – анатомо-функциональная основа трудоспособности; социальный, являющийся результатом социально-экономических, трудовых и некоторых других отношений, которые находят конкретное отражение в таких аспектах, как профессия, стаж, образование, занимающая должность, право на материальное обеспечение за счет общественных средств, семейное положение и др.; социально-психологический – эмоционально-волевая установка на труд, трудовая направленность больного».

Помимо биологического, социального и психологического обязательно необходимо учитывать и юридический аспект трудоспособности как возможности выполнения труда в определенных условиях или в определенной профессии при наличии каких-либо расстройств здоровья человека. То есть должен учитываться юридический аспект соответствия состояния здоровья выполняемому труду, а, следовательно, должны учитываться медицинские критерии трудоспособности, которые выключают своевременно поставленный, точный, полный клинический диагноз с учетом выраженности морфологических изменений, степени функциональных нарушений, тяжести и характера течения заболевания, наличия декомпенсации и ее стадии, осложнений. Большое значение имеет клинический прогноз, ближайший и отдаленный, основанный на анализе результатов лечения, обратимости морфологических и функциональных изменений, характера течения заболевания и ликвидации осложнений.

Нетрудоспособность – это состояние, обусловленное заболеванием, травмой, ее последствиями или другими причинами, когда выполнение профессионального труда полностью или частично, в течение ограниченного времени или постоянно невозможно.

Другими словами нетрудоспособность - это состояние здоровья, препятствующее выполнению труда. Когда же возникает нетрудоспособность? Нетрудоспособность возникает в тех случаях, когда болезнь или травма приводят к таким нарушениям функций организма, которые препятствуют выполнению труда, то есть нарушение трудоспособности – это болезненное состояние организма. Однако следует помнить, что бывают случаи временной нетрудоспособности, обусловленные и другими причинами, например, нетрудоспособность по социальным показателям (уход за больным и др.).

В каждом конкретном случае при оценке трудоспособности больных необходимо учитывать, что «болезнь» и «нетрудоспособность» – понятия не идентичные. Если у человека болезнь протекает с нерезкими функциональными нарушениями, а в работе нет производственных факторов, которые могут усугубить течение заболевания, то такой больной может продолжать трудиться на рабочем месте без вреда для здоровья и одновременно проходить курс лечения. Ведь за каждым случаем временной нетрудоспособности следует выплата денежных средств и необоснованное освобождение больных от работы приводит к незначительному расходованию средств из бюджета государственного страхования и социального обеспечения.

В то же время термин «пособие по временной нетрудоспособности включает в себя материальное обеспечение не только при временной утрате трудоспособности, но и в ряде случаев временного» освобождения работника от выполнения им своих обязанностей при отсутствии временной нетрудоспособности.

Таким образом, нетрудоспособность – понятие не только медицинское, но и социальное, и юридическое, так как приводит к освобождению человека от работы, финансовым затратам на его

лечение и выплату пособия по нетрудоспособности, а также юридическую защиту, которую несут документы, освобождающие больного от работы.

Классификация нетрудоспособности. В медико-социальной экспертизе принято классифицировать нетрудоспособность на временную и стойкую. В основу такого разделения нетрудоспособности положен фактор времени – продолжительность нетрудоспособности, а также клинический и трудовой прогноз, т.е. предсказание возможности или невозможности восстановления трудоспособности в относительно короткий срок.

Еще А.Л. Авербах и др. (1949 г.) указывали, что «временным нарушением профессиональной трудоспособности является такое состояние, когда функциональные нарушения, препятствующие выполнению профессионального труда, носят обратимый, преходящий под влиянием лечения характер». За более чем 50-летний период понятие о временной нетрудоспособности претерпели весьма незначительные изменения и уточнения и сегодня определение временной нетрудоспособности выглядит следующим образом.

Временная нетрудоспособность – функциональное состояние организма, вызванное болезнью или травмой, при котором нарушение функций, препятствующее продолжению профессионального труда, носит временный, обратимый характер и возможно возвращение больного к выполнению своей работы.

Стойкая нетрудоспособность – это состояние организма, при котором нарушение функций, вызванных болезнью или травмой и препятствующие выполнению профессионального труда, несмотря на лечение, приобрело стойкий характер, требует прекращения профессионального труда на значительный период или значительного изменения его условий.

Кроме того, нетрудоспособность принято подразделять на полную и частичную.

Полная нетрудоспособность – это невозможность продолжения профессионального труда в обычных производственных условиях.

То есть, исходя из данного определения больной освобождается от обязанности трудиться и общество берет на себя заботу о его материальном обеспечении, но в некоторых случаях больные могут быть приспособлены к отдельным видам труда в специально созданных условиях.

Частичная нетрудоспособность – это невозможность выполнения своей обычной профессиональной работы при сохранении возможности выполнения без ущерба для здоровья какой-либо другой работы.

То есть, частичная нетрудоспособность подразумевает изменение условий труда, больные нуждаются в трудоустройстве, показанном по состоянию здоровья и отвечающего профессиональным навыкам и возможностям больного.

Полная временная нетрудоспособность – это такое состояние, когда больной временно не может или не должен продолжать свою профессиональную деятельность. Более того, полная временная утрата нетрудоспособности определяется в тех случаях, когда больному противопоказано выполнение не только профессионального труда, но и любой работы. Подобный вид утраты трудоспособности наступает при выраженном патологическом процессе, в связи с чем больному необходимо соблюдать постельный, амбулаторный, домашний, а в ряде случаев стационарный режим и проводить необходимое обследование и лечение. Полная временная утрата трудоспособности удостоверяется больничным листком и справками установленной или не установленной формы.

Больной освобождается от работы путем выдачи ему листка нетрудоспособности или справки о временной нетрудоспособности.

Частичная временная нетрудоспособность – это такое состояние, при котором заболевший не может выполнять свою профессиональную работу, но без ущерба для здоровья временно может выполнять другую работу или свою профессиональную, но в других условиях.

Определением частичной временной нетрудоспособности занимаются ВКК лечебно-профилактических учреждений путем выдачи заключения о рациональном трудоустройстве. Кроме того, рациональное трудоустройство как частичная временная нетрудоспособность может быть отражена в индивидуальной программе реабилитации больного.

Таким образом, основная задача экспертизы временной нетрудоспособности – определение состояний, когда больные временно нуждаются в полном или частичном освобождении от работы, а также оптимальных условиях, в которых они после выздоровления смогут продолжать трудовую

деятельность без ущерба для здоровья и полностью справляться со своими служебными обязанностями. При этом, естественно, учитываются индивидуальные клинические и социально-профессиональные факторы на разных этапах заболевания. На этой основе решается вопрос, может ли данный человек в момент заболевания выполнять свою обычную работу, нуждается ли в каких-либо ограничениях (временных или постоянных) или не может выполнять никакой работы как в настоящее время, так и в дальнейшем.

Полная стойкая нетрудоспособность – это невозможность трудиться в обычных производственных условиях.

То есть, полная стойкая нетрудоспособность - это инвалидность I или II группы. Однако, исходя из современной концепции последствий болезни и современных критериев определения инвалидности можно дать современное определение, которое гласит, что **полная стойкая нетрудоспособность** – это резкое ограничение жизнедеятельности, обусловленное заболеваниями, последствиями травм, врожденными дефектами, приводящими к резко выраженной социальной дезадаптации вследствие невозможности обучения, общения, ориентации, контроля за своим поведением, передвижения, участие в трудовой деятельности, если указанные нарушения вызывают нуждаемость в постороннем уходе (для инвалидов I группы) или значительное ограничение вышеуказанных ограничений жизнедеятельности, позволяющих выполнение труда только в специально созданных условиях (для инвалидов II группы).

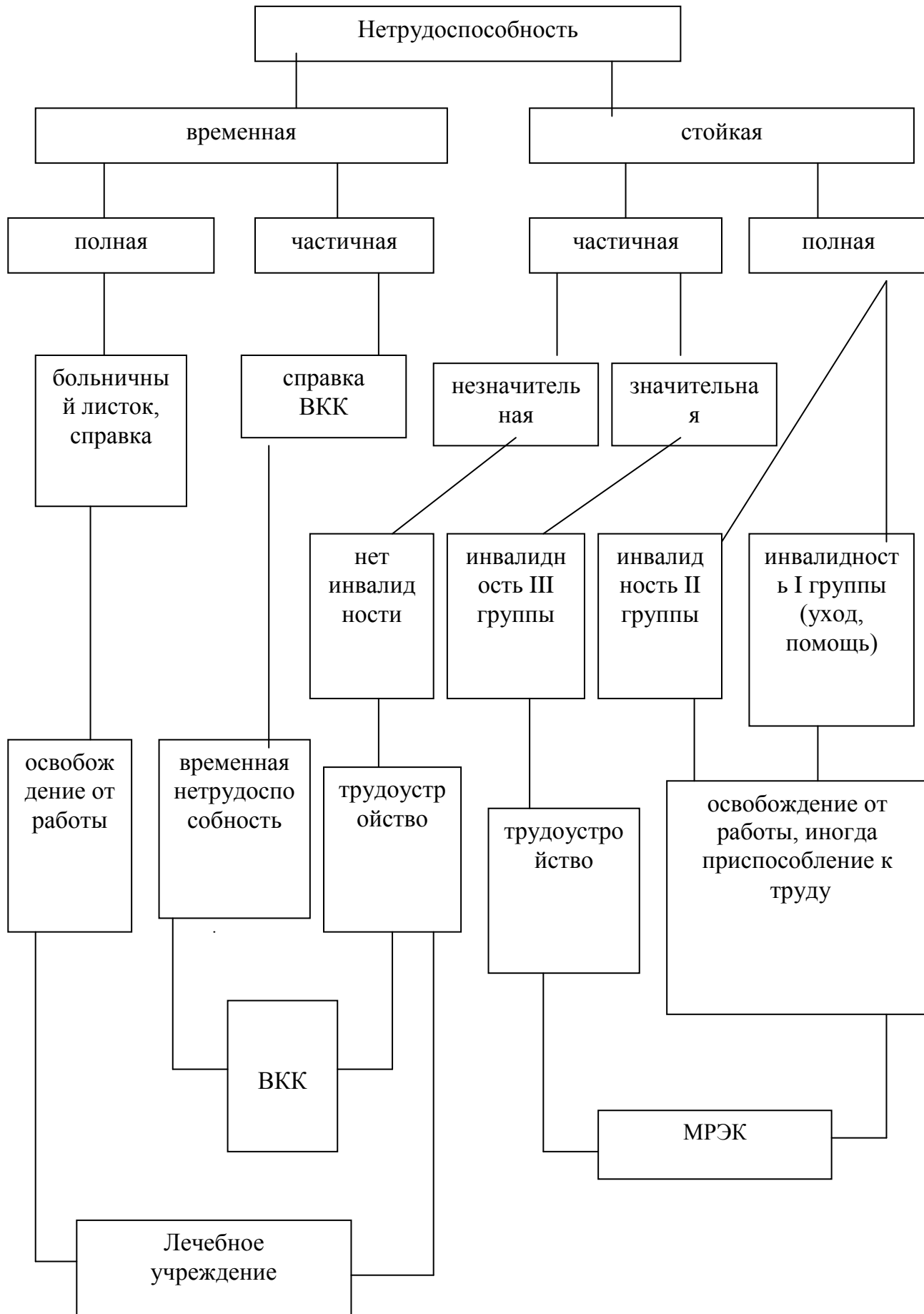
Частичная стойкая нетрудоспособность – это состояние организма, при котором имеется значительное стойкое ограничение трудоспособности влекущее за собой необходимость изменения труда со снижением его квалификации или объема (т.е. инвалидность III группы) либо незначительное стойкое ограничение трудоспособности, вызывающее необходимость изменения труда не затрагивая объема труда и квалификации больного (т.е. ограничения по ВКК),

Таким образом, в медико-социальной экспертизе предусмотрено дифференцирование частичной стойкой нетрудоспособности на две степени выраженности: незначительное и значительное ограничение трудоспособности. Если значительное стойкое ограничение трудоспособности фактически приводит к инвалидности, так как больной нуждается в резком изменении выполняемого труда на длительный период времени, а это влечет за собой снижение квалификации и объема труда, то незначительное стойкое ограничение трудоспособности не влечет за собой серьезных социальных последствий. Сюда относятся: освобождения от ночных смен, дежурств, разъездов, командировок, дополнительных нагрузок, нормализация условий труда без изменения специальности (перевод с одного места работы на другое); перевод на работу по другой специальности, равной по квалификации выполнявшейся ранее и др. Такое трудоустройство осуществляется ВКК лечебно-профилактических учреждений.

Общая классификация трудоспособности приведена на схеме 4.1.

Понятие **инвалидность** включает в себя значительное число различных функциональных ограничений, которые встречаются среди населения во всех странах мира. Люди могут стать инвалидами вследствие физических, умственных или сенсорных дефектов, состояния здоровья или психических заболеваний. Такие дефекты, состояния или заболевания по своему характеру могут быть постоянными или временными. То есть первоосновой инвалидности является болезнь, травма или дефект, которые привели к стойким нарушениям какой-либо функции, в том числе и препятствующим нормальному выполнению труда, требующим его прекращения или изменения условий выполнения труда. Таким образом, социальным условием инвалидности является прекращение труда в общих производственных условиях или значительное его сокращение. Поэтому, старое определение гласит, что инвалидность – это стойкое нарушение трудоспособности, вызванное болезнью или травмой, приводящее к необходимости прекратить профессиональный труд на продолжительный период или значительно изменить условия труда. В свою очередь под значительными изменениями условий работы следует понимать переход на работу со снижением квалификации, или резкое уменьшение объема трудовой деятельности, или значительное ограничение возможностей трудоустройства вследствие выраженного нарушения функций у лиц, ранее выполнявших малоквалифицированную работу.

Схема 4.1. Дифференциация нетрудоспособности



Теоретические основы современной концепции инвалидности включают дефиниции определяющие основные понятия, используемые в проведении, медико-социальной экспертизы:

Инвалид – лицо, имеющее нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

Инвалидность – социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящего к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты.

Здоровье – состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни и физических дефектов.

Нарушение здоровья – физическое, душевное и социальное неблагополучие, связанное с потерей, аномалией, расстройством психологической, физиологической, анатомической структуры и (или) функции организма человека.

Таким образом, **первопричиной инвалидности является болезнь, травма или дефект, которые несмотря на лечение и реабилитацию привели к стойким нарушениям функции, то есть инвалидность определяется не за факт болезни, а за ее социальные последствия.** Схема определения инвалидности может быть представлена следующим образом (схема 4.2).

С позиций современной концепции последствий болезни способность к труду рассматривается лишь как одно из возможных ограничений жизнедеятельности, а к инвалидности может приводить различной степени выраженности снижение способности к общению, обучению, самообслуживанию и др.

Следует помнить, что инвалидность – понятие медико-социальное, включающее в себя юридические и правовые последствия, регулирует права инвалидов, в том числе на индивидуальную программу реабилитации, в которой должны быть отражены как медицинские так и профессиональные, социальные аспекты оказания помощи. Ведь с социальной точки зрения инвалидом является человек, нуждающийся в социальной помощи и поддержке. В случае нарушения трудоспособности нуждаемость вызвана тем, что у данного гражданина снижается качество жизни за счет уменьшения заработка. Поэтому, инвалиды имеют право на различные виды социальной помощи: пенсии, пособия, услуги по реабилитации, бесплатное протезирование, обеспечение средствами передвижения, льготы в получении лекарств и др.

В то же время инвалидность является и юридическим понятием, так как само определение инвалидности – уже юридический акт, в котором осуществляется контакт различных государственных систем: здравоохранения, социального страхования и социального обеспечения. Каждая из этих систем имеет свои права и выполняет определенные функции, и все они между собой взаимосвязаны самым тесным образом. Поэтому, очень важно, чтобы врачи лечебных учреждений и специалисты медико-реабилитационных экспертных комиссий пользовались одинаковыми критериями окончания временной нетрудоспособности и наступления инвалидности, учитывая при этом как представление всех полагающихся льгот и выплат социального характера, так и возможность полноценного выполнения индивидуальной программы реабилитации, направленной на ликвидацию инвалидизирующих последствий заболевания или травмы.

4.2. Основные задачи медико-социальной экспертизы

Характер и объем государственной и общественной помощи и льгот зависят от степени нарушения трудоспособности (ограничение или утрата трудоспособности), ее характера (временное нарушение трудоспособности или инвалидность), причины нарушения трудоспособности (общее заболевание, трудовое увечье, профессиональное заболевание и т.д.), условий труда освидетельствуемого, объема проведенных реабилитационных мероприятий.

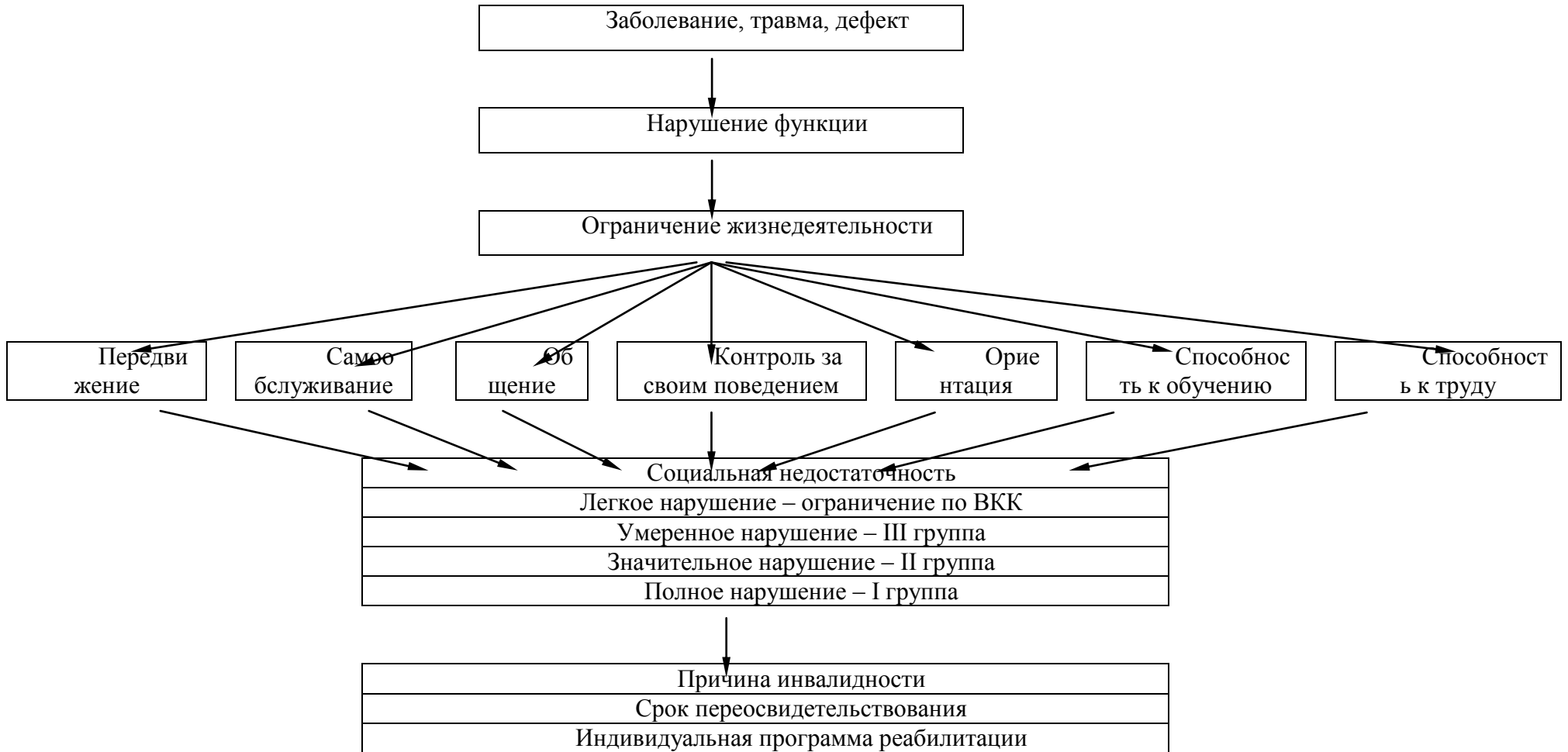
Исходя из изложенного вытекают и основные задачи медико-социальной экспертизы:

1. Научно обоснованная оценка состояния трудоспособности

Установление факта нетрудоспособности является не только социальным, но, прежде всего важным медицинским мероприятием, поскольку

освобождение от труда способствует уменьшению продолжительности заболевания, предупреждению осложнений. Поэтому на основании изучения данных о характере и течении заболевания, характере и степени функциональных изменений, результатах проведенного лечения,

Схема 4.2. Определение инвалидности



данных о производственной деятельности и в результате комплексного экспертного обследования объективно устанавливается соответствие функционального состояния организма тем требованиям, которые к нему предъявляются профессией и конкретно выполняемой работой. Следовательно, трудоспособность человека зависит не только от функционального состояния пораженного органа, но и от функционального состояния других органов и систем (т.е. функционального состояния организма в целом), характером и динамикой течения заболевания, условиями труда и характером профессии больного с вытекающими отсюда требованиями, которые предъявляет эта профессия организму.

Состояние трудоспособности не является постоянной величиной, а изменяется в зависимости от изменчивости обуславливающих ее факторов. Отсюда вытекает и методика экспертного обследования больного, которая имеет свои особенности.

Собирая клинико-экспертный анамнез, врач стремится последовательно отразить характер клинического течения болезни и функциональное состояние больного.

Сопоставляя функциональное состояние больного с фактическим состоянием его трудоспособности на определенных этапах болезни, врач-эксперт старается выявить сроки временной нетрудоспособности за последние 12 месяцев с указанием, по каким диагнозам больной получал листки нетрудоспособности, или уточнить периоды, когда больной признавался инвалидом, по какой группе и по какому основному заболеванию.

Для того, что уточнить вопрос о назначении необходимых реабилитационных мероприятий, способствующих восстановлению трудоспособности больного врач-эксперт должен подробно выяснить какие методы лечения уже применялись и какова их эффективность.

Клинико-экспертный анамнез должен быть максимально объективизирован и подкреплен соответствующими документами, в том числе и документами, подтверждающими профмаршрут больного.

Таким образом, объективное исследование больного в экспертной практике преследует задачу собрать максимальное количество данных, определяющих диагноз и функциональную способность пораженного органа и организма в целом.

Одним из основных документов, позволяющих произвести всестороннюю экспертную оценку больного является производственная характеристика, которая должна максимально полно отражать данные о производительности труда освидетельствуемого, характер и условия его работы и др.

В отдельных случаях для правильной экспертной оценки необходимо обследование больного на дому с целью выявления его бытовых условий и формы проявления болезненного состояния по наблюдению окружающих больного людей.

Своевременное и правильное определение тяжести инвалидности имеет большое как медицинское, так и юридическое значение, так как в прямой зависимости от степени тяжести (группы) инвалидности устанавливается размер пенсии, характер и объем других видов социального обеспечения, право на льготы. Установление группы инвалидности предопределяет и ряд других элементов экспертного решения. Поэтому определение инвалидности и ее группы является основным, главным для медико-социальной экспертизы.

2. Установление причин инвалидности

Инвалидность может наступить вследствие различных причин и социальных обстоятельств, что предопределяет различные права, характер и объем социальной помощи.

В соответствии с Постановлением № 61 от 12.08.2002 г. Минздрава Республики Беларусь «Об утверждении Инструкции по определению группы инвалидности и Инструкции по определению причины инвалидности» в настоящее время в каждом конкретном случае определения инвалидности устанавливается одна из следующих причин: общее заболевание; профессиональное заболевание; трудовое увечье; инвалидность с детства; инвалидность с детства, вследствие ранения, контузии или увечья, связанных с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны (либо с последствиями военных действий); инвалидность с детства, связанная с катастрофой на Чернобыльской АЭС; военная травма; заболевание получено при исполнении обязанностей военной службы в связи с катастрофой на Чернобыльской АЭС (при аварийных ситуациях на других атомных объектах, при испытаниях ядерного оружия); заболевание получено в период военной службы; заболевание (увечье), вызванное катастрофой на Чернобыльской АЭС.

3. Определение трудовых рекомендаций

Медико-социальная экспертиза и трудовая рекомендация являются научно-методической основой, нормативным и организующим началом государственной и общественной системы мероприятий по рациональному трудовому устройству инвалидов. Это обусловлено тем, что многие инвалиды даже при наличии тяжелых видов патологии могут не только успешно, но даже с пользой для их здоровья выполнять общественно полезную работу, если их труд определенным образом организован, протекает в требуемых санитарно-гигиенических условиях, надлежащим образом дозирован и соответствует функциональным возможностям их организма.

Трудовая рекомендация имеет важное юридическое значение, так как будучи врачебным предписанием, она обязательна как для инвалидов, так и для администрации предприятий и учреждений, она является основой нормативного и научно-методического положения трудового устройства инвалида, разрешает и запрещает всякую или отдельную трудовую деятельность, те или иные условия труда. От правильности и научной обоснованности трудовой рекомендации обычно зависит успех всего процесса трудоустройства инвалида, восстановление его здоровья и трудоспособности или предупреждение утяжеления заболеваемости и нарушений трудоспособности.

Основное внимание в трудовой рекомендации должно сосредотачиваться на перечне противопоказаний, ограждающих больного от недоступных видов и условий труда. В отдельных случаях трудовая рекомендация должна включать показанность профессионально-технического обучения, переобучения для приобретения новой, доступной по состоянию здоровья профессии, обеспечению производственными приспособлениями, средствами передвижения и др.

Таким образом, трудовая рекомендация имеет большое не только медицинское, но и общественное, экономическое и юридическое значение, определяя право инвалида на труд с предоставлением ему необходимых условий труда и льготных норм трудового права.

4. Систематическое наблюдение и контроль за состоянием трудоспособности инвалидов

Одним из основных принципов экспертизы стойкой нетрудоспособности, которые будут рассматриваться ниже является ее динамичность. То есть, как состояние здоровья, трудоспособности, так и инвалидность есть процесс динамичный. Как при неблагоприятных факторах, прогрессирующем течении болезни состояние больного может ухудшаться и группа инвалидности устанавливаться более высокая, так и под влиянием лечебно-восстановительных реабилитационных мероприятий, благоприятных условий трудовой деятельности состояния больного может улучшаться, а группа инвалидности – понижаться или больной вовсе может быть признан трудоспособным.

Поэтому Постановлением «Об утверждении Инструкции по определению группы инвалидности и Инструкции по определению причины инвалидности» установлен обязательный срок очередных экспертных переосвидетельствований: инвалидность I группы устанавливается на два года, II и III группы – на один год. У инвалидов в связи с катастрофой на Чернобыльской АЭС очередное переосвидетельствование производится через пять лет. У инвалидов в связи с участием в боевых действиях в Афганистане и на территории других государств при первичном освидетельствовании инвалидность устанавливается на пять лет, при переосвидетельствовании - на общих основаниях.

Динамическое наблюдение и контроль, осуществляемый за состоянием трудоспособности имеют важное медицинское, юридическое и народнохозяйственное значение и преследуют конкретную цель – выяснение динамики и тенденций течения патологического процесса в клиническом и трудовом плане. При этом проверяется правильность принятия предыдущего экспертного решения, составление и выполнение индивидуальной программы реабилитации, влияния трудовой деятельности на ход восстановления здоровья.

В результате очередного переосвидетельствования определяется степень выраженности имеющихся ограничений жизнедеятельности, приводящих к социальной недостаточности, дается оценка полученной динамики, корректируется индивидуальная программа реабилитации в ее медицинском, профессиональном и социальном аспекте.

В отдельных случаях инвалиды могут быть переосвидетельствованы раньше установленного срока, о чем будет сказано в главе IX.

Существующий порядок переосвидетельствования имеет большое медицинское и социально-экономическое значение, так как этим достигается своевременное дополнительное

назначение восстановительных мероприятий, корректировка трудовых рекомендаций, возвращение к труду больных, у которых восстановилась трудоспособность.

5. Содействие профилактике и лечению заболеваний, профилактике инвалидности

Конечной целью профилактики заболеваний является исключение или снижение воздействия на отдельных людей или на общество известных, так называемых «избегаемых причин», и таким образом, в предотвращении возникновения заболевания (первичная профилактика).

Другая цель состоит в благоприятном изменении течения заболевания путем выявления и лечения его на ранних, доклинических стадиях, когда заболевания в достаточной степени поддается лечению, и таким образом, в предотвращении клинического проявления и развития заболевания (вторичная профилактика).

Поэтому, как указывает Э.И. Зборовский и др. (1998 г.) «Существует широкий диапазон профилактических мероприятий, осуществление которых позволит добиться целей профилактики заболеваний, а именно:

а) политика общественного здоровья, законодательство и организационные меры в таких областях как борьба с курением, внедрение здорового питания, безопасность на рабочих местах и т.д.;

б) просвещение населения с целью поощрения людей поддерживать и укреплять здоровье путем изменения личных привычек, способствующих здоровью, а не вредящих ему;

в) выявление определенных рисков для здоровья, которые могут привести к заболеванию и своевременное применение эффективных мер по коррекции любого отклонения от здорового поведения и хорошего здоровья;

г) поиск и определение симптоматических, ранних стадий заболеваний для их лечения.

Последнее может быть сделано путем: выявления заболеваний, (применение соответствующих индивидуальных тестов, использование визитов пациентов к врачам для консультаций по любой причине), и скринингов (организационное применение соответствующего теста, с уже доказанной его эффективностью, среди широких масс населения)».

Профилактика – наиболее действенная форма охраны здоровья, укрепления трудоспособности, предупреждения наступления инвалидности. Ведь инвалидность – сложное социальное явление, которое зависит от многих факторов социально-экономического и социально-гигиенического порядка. Касаясь вопросов профилактики инвалидности, следует отметить, что первичная профилактика инвалидности начинается на уровне вторичной профилактики заболевания.

ПЕРВИЧНАЯ профилактика инвалидности направлена на предупреждение морфофункциональных нарушений со стороны органов-мишеней (последствий заболевания I уровня). Она основывается на ранней диагностике инвалидизирующего заболевания (до проявления его последствий).

ВТОРИЧНАЯ профилактика инвалидности направлена на остановку прогрессирования морфофункциональных нарушений и профилактику ограничений жизнедеятельности (последствий II уровня).

ТРЕТИЧНАЯ профилактика инвалидности направлена на снижение или стабилизацию ограничений жизнедеятельности и предупреждение возникновения социальной недостаточности (инвалидности).

Таким образом, профилактика инвалидности, заключается в устранении тех факторов, которые порождают заболевания и травмы, ведущие к инвалидности, а также в создании системы лечебно-профилактических мероприятий, способствующих ликвидации заболеваний и травм и их последствий по крайней мере в такой степени, когда бы последствия заболеваний и травм не влияли на совокупность тех функций, которые обуславливают трудоспособность, не влекли бы за собой нарушений и потери трудоспособности.

Для профилактики инвалидности и восстановления трудоспособности медико-социальная экспертиза, обладает рядом особых, специфических для нее мер и средств. В каждом конкретном случае исходя из характера патологического процесса, степени выраженности нарушенных функций и имеющихся ограничений жизнедеятельности врач должен определить возможность

продолжения больным своей профессиональной деятельности или необходимости представления ему освобождения от работы.

Следует помнить, что своевременное освобождение больного от работы очень важное значение в дальнейшей его реабилитации, в то время, как продолжение работы, противопоказанной по состоянию здоровья, может обуславливать неэффективность проведенного восстановительного лечения. У некоторых больных заболевание протекает с нерезкими функциональными расстройствами, а в их работе нет производственных факторов, способных ухудшить течение болезни. Поэтому такие больные могут лечиться вне рабочего времени, продолжая трудиться в своей профессии. В то же время следует учитывать, что необоснованное освобождение больных от работы влечет за собой неоправданные потери рабочего времени, расходование средств из бюджета государственного страхования и социального обеспечения. Этим самым мы хотели подчеркнуть, что понятия «болезнь» и «нетрудоспособность» – понятия не идентичные.

Профилактике инвалидности способствуют также и мероприятия профессиональной реабилитации, включающие профессиональное обучение и переобучение, профессиональную ориентацию, благодаря чему больной может приобрести квалифицированную профессию, в которой он будет либо полностью трудоспособен, либо инвалидом менее тяжелой группы инвалидности.

Нельзя упрощенно понимать назначение и задачи медико-социальной экспертизы, сводя их только к определению групп и причины инвалидности, ведь это обедняет ее содержание, ведет к снижению роли в борьбе за укрепление здоровья и трудоспособности населения, не позволяет в полной мере оценивать ее не только медицинское, но социальное и экономическое значение.

6. Экспертный контроль за длительно болеющими

Методы контроля за обоснованностью выдачи и продления ЛН, регламентированные сроки продления ЛН подробно изложены в разделе «Организация контроля за обоснованностью выдачи и продления ЛН».

Эта задача медико-социальной экспертизы и функция МРЭК имеет большое не только медицинское, но и общегосударственное значение, так как контроль МРЭК за длительно болеющими способствует не только улучшению функционально-восстановительного лечения и реализации индивидуальной программы реабилитации больного, но и рациональному расходованию средств социального страхования и социального обеспечения.

7. Определение и изучение экономических (по классам болезней) и социальных причин инвалидности

Непосредственной причиной инвалидности, является то или иное заболевание, травма или дефект, приводящие к различной степени выраженности ограничениям жизнедеятельности и социальной недостаточности. Однако в экспертной практике должны учитываться не только последствия заболевания и степень их выраженности, но и непосредственно сами болезни, приводящие к инвалидности. Ведь ошибочный диагноз влечет за собой некачественное проведение реабилитационных мероприятий, переоценку или недооценку потенциальных возможностей организма, а, следовательно, и принятие неадекватного экспертного решения.

На основании диагнозов заболеваний изучается удельный вес каждого из учитываемых классов болезней в общей структуре инвалидности, динамика отдельных групп болезней как причины инвалидности, изучение интенсивных показателей инвалидности как по отдельным формам болезней, по классам болезней, так и в целом первичной инвалидности по региону или республике в целом.

С 2002 г. в Республике Беларусь принята МКБ-Х, согласно которой все болезни распределены на определенные классы. Ниже приведены классы, включающие заболевания, травмы или дефекты, которые могут приводить к инвалидности:

- Некоторые инфекционные и паразитарные болезни;
- Новообразования;
- Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;
- Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ;
- Психические расстройства и расстройства поведения;
- Болезни нервной системы;

- Болезни глаза и его придаточного аппарата;
- Болезни уха и сосцевидного отростка;
- Болезни системы кровообращения;
- Болезни органов дыхания;
- Болезни органов пищеварения;
- Болезни кожи и подкожной клетчатки;
- Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;
- Болезни мочеполовой системы;
- Врожденные аномалии (пороки развития), деформация и хромосомные нарушения);
- Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин.

Следует помнить, что экспертный подход включает не только правильное установление диагноза, но и изучение многих профессиональных, социальных, бытовых аспектов, определяющих в совокупности трудоспособность человека. Н.А. Вигдорчик писал, что плох тот эксперт, который определяя трудоспособность человека, сосредотачивает все свое внимание только на дефекте, приведшем исследуемого на экспертную комиссию, забывая при этом, что дефект локализуется в живом организме, реагирующем на этот дефект многообразными изменениями своих функций. Квалифицированный эксперт не должен забывать, что он дает оценку не изолированному дефекту, а человеку – носителю этого дефекта.

8. Установление степени потери трудоспособности рабочими и служащими, получившими увечье либо иное повреждение здоровья, связанное с их работой

Порядок проведения медико-социальной экспертизы в Республике Беларусь регламентирован законодательством: Законами «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь» (1991 г.), «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» (1994 г.) и «О внесении изменений и дополнений в Закон Республики Беларусь «О здравоохранении» (2002 г.). В частности Статья 49 «Медико-социальная экспертиза» последнего Закона гласит: «Экспертиза временной нетрудоспособности граждан проводится в организациях здравоохранения лечащим врачом или врачебно-консультационной комиссией, назначаемой руководителем организации здравоохранения в порядке, определяемом Министерством здравоохранения Республики Беларусь».

Временная нетрудоспособность удостоверяется документом, являющимся основанием для освобождения гражданина от работы и учебы.

Экспертиза нарушения жизнедеятельности граждан осуществляется медико-реабилитационными экспертными комиссиями.

Заключения медико-реабилитационных экспертных комиссий об условиях и характере труда инвалидов являются обязательными для нанимателей. Наниматели, не выполняющие заключения медико-реабилитационных экспертных комиссий, несут ответственность в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

Порядок проведения экспертизы нарушения жизнедеятельности граждан определяется Советом Министров Республики Беларусь».

Согласно пункта 11 «Положения о медико-реабилитационных экспертных комиссиях» от 31.12.1992 г. «городские, районные, межрайонные и специализированные комиссии устанавливают степень ограничения жизнедеятельности больных, причину и время наступления инвалидности; определяют степень утраты профессиональной трудоспособности (в процентах) лицами, которые получили травму или другое повреждение здоровья, связанное с исполнением ими трудовых обязанностей, а также потребность их в дополнительных видах помощи».

Определение ущерба, причиненного рабочему или служащему увечьем либо иным повреждением здоровья, связанное с его работой, имеет очень большое значение для трудящихся, создавая им материальные ценности для успешного восстановления здоровья и трудоспособности.

Изложенные выше задачи медико-социальной экспертизы, вытекающие из государственных и общественных задач и норм в области социального страхования и обеспечения, здравоохранения, сохранения трудовых ресурсов и др. показывают широту и важность задач органов медико-социальной экспертизы и их государственное значение. Только МРЭК имеет право устанавливать юридический факт наступления инвалидности, ее причины, времени наступления, определение показанных и противопоказанных видов и условий труда, определение нуждаемости в обеспечении инвалидов различными средствами социальной реабилитации и др.

Охраняя интересы общества и государства, медико-социальная экспертиза призвана противодействовать незаконному получению пенсий и других видов социального обеспечения лицами, которые фактически не являются инвалидами, но которые вопреки объективному медицинскому заключению добиваются этого.

Медико-социальная экспертиза должна способствовать воспитанию трудолюбия, уважения к труду и людям, ведь труд – основа жизни человека и общества.

4.3. Основные методические и организационные принципы медико-социальной экспертизы

Медико-социальная экспертиза и как отрасль научных знаний и как система государственной и общественной деятельности направлена на достижение главной общей цели здравоохранения и трудоспособности граждан, профилактику заболеваемости, снижение уровня нетрудоспособности и инвалидности.

Важнейшими руководящими научно-методическими и организационными принципами медико-социальной экспертизы являются следующие:

1. Государственный характер медико-социальной экспертизы.

В нашей стране существуют единые государственные органы, которым дано право решения всех вопросов, связанных с нетрудоспособностью и инвалидностью. Право решения вопросов о временной нетрудоспособности дано лечебно-профилактическим учреждениям, вопросы стойкой нетрудоспособности, инвалидности решают МРЭК. Никаким другим организациям не дано права определять и дифференцировать инвалидность, решать экспертным путем различные трудовые вопросы, связанные с потерей или значительным ограничением трудоспособности.

При этом государство обеспечивает всем гражданам доступность и бесплатность проведения медико-социальной экспертизы.

2. Профилактические направления медико-социальной экспертизы.

Своевременно освобождая граждан от работ, требования которых превышают функциональные возможности больного организма, либо определяя рациональные трудовые рекомендации инвалидам, у которых частично сохранилась возможность трудиться, медико-социальная экспертиза создает общие социальные и физические условия для предупреждения развития более тяжелых форм заболевания и способствует восстановлению здоровья и трудоспособности.

3. Физиологическая и социальная целесообразность трудовой деятельности человека в соответствии с состоянием его здоровья.

Труд является источником всех материальных благ для удовлетворения потребностей человека в пище, жилье, удовлетворении культурных запросов и др. Поэтому, медико-социальная экспертиза включает в себя определение трудовых рекомендаций лицам, у которых хотя бы частично сохранилась возможность трудиться, и их трудовое устройство в соответствии с функциональными возможностями организма. Ведь создание условий, при которых влияние социальных и биологических факторов активизировало бы резервные механизмы – одна из главных задач медико-социальной экспертизы.

4. Общепринятое для всей страны понятие инвалидности, социальных причин, классификации, принципов и критериев ее определения.

В понятие «инвалидность» включается признание необходимости государственной и общественной помощи человеку, имеющему те или иные ограничения жизнедеятельности. Инвалидность влечет за собой социальные последствия – прекращение работы или изменения объема и условий труда, установления различных государственных льгот. Поэтому «инвалидность» - понятие биологическое, социальное и юридическое. С этим понятием связаны определенные клиничко-физиологические, общественные и правовые нормы, которые в известной мере регулируют обязанности общества и государства перед инвалидами.

Современная концепция последствий болезни, классификация, принципы и критерии определения инвалидности, изложены в соответствующих главах и разделах данного руководства.

5. Единство целей и задач органов и учреждений здравоохранения в процессе проведения медико-социальной экспертизы.

Весь процесс лечебно-профилактической деятельности является комплексным, он включает в себя самые различные мероприятия, начиная от лечебных процедур и кончая гигиеническими правилами, в том числе режим труда и отдыха. Отечественное здравоохранение как совокупность государственных и общественных мероприятий на всех этапах лечения, реабилитации, проведения медико-социальной экспертизы использует единые цели и задачи, направленные на охрану здоровья населения, обеспечение надлежащих условий труда и быта, высокой трудоспособности и долголетия человека.

6. Объективность медико-социальной экспертизы.

Медико-социальная экспертиза в Республике Беларусь осуществляется на основании соответствующих законодательных актов и инструктивных материалов. Этот принцип исключает возможность субъективного подхода и придает экспертным решениям большую объективность.

7. Коллегиальность в решении вопросов медико-социальной экспертизы.

Этот принцип достигается участием в медико-социальной экспертизе одновременно нескольких специалистов, что в итоге позволяет принять единственно верное экспертное решение.

Изложенные принципы медико-социальной экспертизы объединяют узкопрофессиональные клиничко-экспертные задачи с задачами общественными и государственными. Эти принципы определяют систему организации медико-социальной экспертизы, ее идейную направленность, тактику врачей-экспертов, используемую в их повседневной работе.

4.4. Содержание медико-социальной экспертизы

Медико-социальная экспертиза как система практической деятельности, функционирующая в здравоохранении обслуживает интересы социальных систем: социального страхования и социального обеспечения, так как она определяет медицинские показания к социальной помощи и защите.

Современная концепция последствий болезни основывается на международной номенклатуре нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности, которая предусматривает определение различной степени выраженности нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности у каждого конкретного человека. Таким образом, посредством современной концепции последствий болезни медико-социальная экспертиза определяет медицинские показания к различным видам социальной помощи, в том числе и к проведению реабилитационных услуг.

Сегодня медико-социальная экспертиза пришла на смену врачебно-трудовой экспертизе в первую очередь потому, что экспертиза инвалидности перестала быть экспертизой стойкой нетрудоспособности. Ведь сегодня инвалидность устанавливается на основании имеющихся нарушений любых сторон жизнедеятельности, а не только трудоспособности. Будучи отраслью медицинской науки, медико-социальная экспертиза опирается на ее достижения и широко использует их в практической деятельности четко разграничивая временную нетрудоспособность от стойкой нетрудоспособности, от инвалидности.

Основой для этой дифференциации служит клинический и трудовой прогноз. Поэтому, фундаментом медико-социальной экспертизы являются два критерия: медицинский и социальный.

Медицинский критерий – это в первую очередь диагноз. Поэтому, в процессе обследования больного уточняются все признаки, которые могут иметь значение при вынесении экспертного решения. К ним относятся: этиология или нозологическая форма; стадия заболевания (при хронических процессах) или период заболевания (при острых); характер течения заболевания; частота и длительность обострений; характер и степень выраженности нарушений функций; эффективность лечения и возможность компенсации; наличие осложнений и сопутствующих заболеваний.

Помимо тщательного опроса больного, изучения анамнеза, физикального исследования, наблюдения за его состоянием и поведением в процессе обследования, для уточнения диагноза необходимо широко использовать лабораторно-инструментальные методы исследования, а также консультации врачей смежных специальностей. Ценные сведения дает обследование больного на производстве и в быту.

В экспертной практике могут быть случаи диссимуляции, агравации и реже – симуляции заболевания. Врач-эксперт должен подходить к такому заключению очень осторожно, лишь когда

он может убедительно доказать, что заболевание выражено меньше, чем его демонстрирует больной, или что, наоборот, имеется преуменьшение тяжести заболевания.

Особую значимость в практике медико-социальной экспертизы имеет оценка характера и степени выраженности нарушенных функций. Для количественного определения функциональных нарушений используются различные подходы. В одних случаях дается словесная характеристика степени выраженности того или иного синдрома: легкий, умеренно, значительно и резко выраженный, например, болевой синдром, гемипарез и др. В других случаях устанавливается количественная степень недостаточности органа с учетом его реакции на нагрузку (I, II, III). Подобным образом оцениваются недостаточность кровообращения, легочная недостаточность. Чаще, однако, степень недостаточности органа определяется по условным признакам, также позволяющим выделить три степени недостаточности, например, почечная, печеночная I, II или III степени.

Большое значение в медико-социальной экспертизе имеет и социальный аспект, ведь очень часто возникают ситуации, когда важно оценить возможность продолжать работу или необходимость ее изменить или прекратить вовсе. Решение этого вопроса требует рассмотрения целого ряда так называемых социальных факторов, к которым относятся профессия и специальность больного, степень квалификации в своей профессии, стаж, условия труда, возраст, пол, образование, место жительства, семейное положение и др. В той или иной степени все они влияют на окончательное экспертное решение.

Следует помнить, что за каждым аспектом медико-социальной экспертизы стоят интересы больного и общества. Поэтому еще раз подчеркнем, что деятельность всех органов медико-социальной экспертизы определяется нормативными законодательными и инструктивными документами. В них закреплены права и обязанности граждан и органов медико-социальной экспертизы, ее задачи, структура органов экспертизы трудоспособности и организации их работы, порядок проведения экспертизы, делопроизводства, взаимодействие органов экспертизы с другими государственными органами и прочие стороны деятельности.

Для правильного понимания основ медико-социальной экспертизы следует учитывать и ее юридический аспект, который имеет три стороны:

Во-первых, как было сказано выше медико-социальная экспертиза регламентируется действующими законодательством и инструктивными документами.

Во-вторых, листок нетрудоспособности и справка об освобождении от работы являются юридическими документами, требующими ответственного отношения врачей к выдаче данных документов.

В-третьих, врачи, выдающие экспертные документы, несут полную юридическую ответственность за свои действия, вплоть до уголовной, устанавливаемой за преднамеренное нарушение законодательства в области медико-социальной экспертизы.

Медико-социальная экспертиза включает в себя и вопросы статистики. На основе показателей медико-социальной экспертизы ведется общегосударственная статистика заболеваемости с временной утратой трудоспособности и статистика инвалидности. Оба показателя относятся к важнейшим параметрам, характеризующим здоровье населения и трудовые потери общества.

Медико-социальная экспертиза включает в себя и финансовые вопросы, так как листок нетрудоспособности является финансовым документом, по которому выплачивается пособие по социальному страхованию.

Наконец медико-социальная экспертиза тесно смыкается с экономикой, так как значительные материальные затраты, которые несет государство связаны с выплатой денежного пособия по временной нетрудоспособности и инвалидности. Уменьшение заболеваемости и инвалидности позволяет снизить потери общества и обосновывает экономическую эффективность здравоохранения, выполнение им своих социальных функций.

Таким образом, медико-социальная экспертиза – это наука, включающая в себя юридические, финансовые, экономические и статистические аспекты. Поэтому в каждом конкретном случае при вынесении экспертного решения специалисты обязаны учитывать все стороны медико-социальной экспертизы и окончательное заключение выносить только на основании всесторонней оценки всех факторов.

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Медико-социальная экспертиза за годы своей деятельности накопила огромный практический опыт, научное обобщение которого позволило поднять ее теоретический уровень в соответствии с современным уровнем медицинской науки. Она касается разных клинических дисциплин, но общие ее теоретические положения и методологические установки являются едиными и вытекают из общих задач, стоящих перед медико-социальной экспертизой в соответствии с законодательством по государственному страхованию и социальному обеспечению.

Еще А.Л. Авербах и др. (1949) указывал, что «клиницист-эксперт любой специальности не может дать научно обоснованного экспертного заключения без знания общих теоретических и методических основ медико-социальной экспертизы». Этот постулат представляется актуальным и сегодня. При этом следует выделять две основные части в науке о медико-социальной экспертизе:

- общую, касающуюся основ теории, методики и практики медико-социальной экспертизы;
- частную, касающуюся медико-социальной экспертизы применительно к отдельным клиническим дисциплинам.

Безусловно, врачу любой специальности в процессе своей деятельности, как правило, приходится решать и вопросы медико-социальной экспертизы, определяя тем самым возможность продолжения больным трудовой деятельности, необходимости освобождения от работы, определения возможности проведения амбулаторного или стационарного лечения, определение реабилитационного потенциала, реабилитационного и трудового прогноза. Поэтому, успешное лечение и реабилитация во многом зависят от своевременно и правильно установленного диагноза, определения прогноза, а, следовательно, и качественно проведенной медико-социальной экспертизы.

5.1. Диагноз и прогноз в медико-социальной экспертизе

Как уже указывалось выше экспертное решение основывается на комплексе медицинских и социальных критериев. Основными критериями являются диагноз и прогноз. Ведь без оценки характера и тяжести заболевания и возникающих при этом нарушений функций невозможно не только правильно определить степень выраженности имеющихся ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности, но и определить клинический прогноз (в отношении течения и исхода болезни) и трудовой прогноз (в отношении трудоспособности больного).

Прогноз – это предсказание исхода заболевания или травмы, диагноз будущего. Поэтому, очень часто установление его представляет значительные трудности. Если лечащий врач, как правило, должен предсказать течение и исход заболевания на ближайшее время, то врач-эксперт должен предвидеть течение и исход заболевания на значительное время вперед, предвидеть осложнения болезни или улучшение ее течения, возможность восстановления нарушенных функций и влияние всего на трудоспособность больного.

Как указывает А.Ф. Третьяков (1960) «Экспертное решение будет обоснованным, если оно вытекает из анализа соответствующих медицинских и социальных данных, в частности данных о трудовой деятельности, при этом не только на момент обследования, но и на определенный срок вперед (1 – 2 года), а иногда и бессрочно. Иначе говоря, экспертное решение должно быть обосновано прогнозом заболевания и трудоспособности. При установлении диагноза и прогноза в практике врачебно-трудовой экспертизы следует исходить из взаимосвязи заболевания, трудоспособности и влияния внешней среды.

Правильный прогноз зависит от правильного диагноза. Поэтому диагностика, т.е. способ, с помощью которого врач распознает болезнь, требует правильного методологического подхода».

Если прогноз благоприятный и имеются все основания ожидать, что патологические явления примут обратное развитие и наступит полное функциональное восстановление, больной является временно нетрудоспособным и притом на тот срок, пока не наступит это восстановление. Если же прогноз неблагоприятный и вызванные болезнью функциональные и анатомические нарушения, несмотря на проведенное лечение, необратимы или же обратимы лишь частично больной является стойко нетрудоспособным в одном случае полностью, в другом – частично.

При вынесении экспертного решения нельзя ограничиваться одним лишь установлением факта заболевания. Чтобы определить клиничко-трудовой прогноз, обычно необходимо иметь представление о ходе и направленности патологического процесса, т.е. о его динамике. Больной, который при определенных условиях был трудоспособен, в динамике прогрессирования патологического процесса превращается в нетрудоспособного. Следовательно, для вынесения правильного экспертного решения часто необходимо динамическое наблюдение за течением заболевания и влиянием его на трудоспособность обследуемого.

Следует учитывать, что благоприятный клинический и трудовой прогноз является основным критерием, дифференцирующим временную утрату трудоспособности от стойкой. Однако, трудовой прогноз хотя и зависит от клинического, далеко не всегда совпадает с ним. Так, клинический прогноз может быть неблагоприятным, однако трудовой прогноз при этом нередко остается хорошим. Подобная ситуация как указывает Ю.Д. Арбатская (1981) возникает у больных со стойкими остаточными явлениями после острого патологического процесса и страдающих хроническими заболеваниями, которые не ограничивают трудовых возможностей в своей профессии. Например, больные с нерезко выраженными вестибулярными расстройствами после перенесенного энцефалита, заболеваниями миокарда ревматического и неревматического генеза, бронхолегочной системы, травмами опорно-двигательного аппарата в стадии компенсации или с незначительными функциональными расстройствами трудоспособны в профессиях интеллектуального труда и на работах, не связанных с тяжелой физической нагрузкой, в благоприятных санитарно-гигиенических и метеорологических условиях (инженер-экономист, конструктор, юрист, слесарь по сборке мелких деталей и др.).

Соответствие между клиническим и трудовым прогнозом отсутствует у практически слепых, перенесших черепно-мозговую травму, травму опорно-двигательного аппарата и др. Нередко эти больные принимают участие в общественно полезном труде даже в условиях обычного производства, зачастую на работах высокой квалификации (Борзунова А.С., Бирюков Д.А., Васюков Н.М., 1963).

Кроме того, «лица, у которых заболевание протекает с нерезкими функциональными расстройствами и в работе которых нет производственных факторов, способных ухудшить течение болезни, могут продолжать трудиться на своем месте и лечиться вне рабочего времени. Необоснованное освобождение больных от работы влечет за собой неоправданные потери рабочего времени, расходование средств из бюджета государственного социального страхования и социального обеспечения» (Ю.Д.Арбатская, 1981).

Для выяснения прогноза требуется назначение лечения, а иногда и курса реабилитации различной длительности. Поэтому, во многих случаях в самом начале заболевания прогноз остается неясным.

Исходя из изложенного можно сказать, что **клинический прогноз** – это предвидение характера течения и исхода заболевания или травмы, основанное на знании закономерностей развития данного патологического процесса. Он должен строиться с учетом индивидуальных особенностей больного (возраст, пол, индивидуальная иммунореактивность и др.), характера течения патологического процесса, степени функциональных нарушений, формирования и становления защитных, приспособительных, компенсаторных реакций, наличия сопутствующих заболеваний, условий труда, основной профессии и др.

А.А. Остроумов отметил: «Лишь значение особенностей организма дает основание предвидеть такое или иное течение болезни. Напротив, недостаток знаний об устойчивости органов может ввести нас в заблуждение, когда появляется осложнение того или иного органа, чего мы не предвидели».

По своему содержанию клинический прогноз может быть хорошим (благоприятным – prognosis bona), сомнительным (prognosis dubia), очень плохим (prognosis pessima) и предвещающим летальный исход (prognosis lethalis) (БМЭ, 1983, т. 21).

Трудовой прогноз – это предвидение возможности или невозможности возвращения больного к своей прежней работе или к другой, не менее квалифицированной (Р.М. Глауштейн, 1961). А.С. Борзунова и др. (1963) определяли трудовой прогноз как «предсказание трудовых возможностей больного, предвидение влияния болезненного процесса на возможность участия больного (в той или иной степени) в общественно полезном труде». Нам представляется наиболее приемлемым на сегодняшний день определение трудового прогноза, предлагаемое сотрудниками

кафедры медико-социальной экспертизы и реабилитации БелМАПО: **трудовой прогноз – это предвидение восстановления трудоспособности в будущем вне зависимости от состояния трудоспособности на момент определения трудового прогноза.**

Трудовой прогноз – категория динамичная. При применении своевременного квалифицированного лечения он может улучшиться. Однако, врач-эксперт должен не только оценивать результаты уже проведенного лечения, но и стимулировать больного к дальнейшему лечению, побуждать к этому лечебные учреждения, а для этого необходимо быть ориентированным в последних достижениях науки. Так, больной с опухолью головного мозга должен быть исследован для выяснения показаний к операции, сирингомиелией – к рентгенотерапии, прогрессирующим параличом – к маляриотерапии и т.д.

В начальных стадиях тяжелых заболеваний не следует проявлять поспешность в переводе на инвалидность. Больной должен быть направлен в стационар для активной терапии, проведения намеченной реабилитации и только, тогда когда исчерпаны все возможности устранения имеющихся ограничений жизнедеятельности больной должен направляться на МРЭК для определения инвалидности.

А.Ф. Третьяков (1960) указывал, что «при установлении трудового прогноза важно учитывать не только характер и степень нарушений функций, но возможность восстановления полностью утраченных функций. Существенно при этом учитывать, какой срок прошел после острого периода, имеет ли место прогрессирующее ухудшение функций или постепенное улучшение и восстановление. Врач-эксперт должен предвидеть предел возможного восстановления нарушенных функций и развитие компенсаторно-приспособительных механизмов.

При учете восстановительных процессов надо оценить резервные возможности организма, которые можно использовать, применяя различные активные методы лечения (стимуляторы, трудотерапия и др.), а также сохранившиеся трудовые тенденции больного».

Безусловно, трудовой прогноз может значительно отличаться от клинического. Так положительной трудовой установки способствует повышение трудоспособности, и больной компенсирует свою неполноценность при помощи правильной организованной трудовой деятельности и соответствующих условий.

Врач-эксперт должен рекомендовать такие виды и условия труда, которые соответствуют возможностям инвалида, предупреждают дальнейшее развитие или осложнение заболевания и, напротив, способствуют компенсации нарушенных функций. Для улучшения трудового прогноза необходимо при этом учитывать возраст, образование, а главное, выработавшиеся трудовые навыки. В этих целях необходимо выяснить, какие элементы трудовой деятельности при данном состоянии организма противопоказаны, а какие – показаны. С учетом этого, рекомендуя тот или иной вид труда, врач-эксперт должен всегда принимать во внимание степень физического и нервно-психического напряжения, с каким связана данная работа, метеорологические условия, в которых она должна выполняться, режим и продолжительность труда.

Иногда большое значение для сохранения трудоспособности имеет создание облегченных условий работы, путем трудоустройства в специальных цехах или на дому. Следует подчеркнуть, что лишение инвалида возможности работать приводит к снижению его активности, затрудняет возможность развития компенсации, что ухудшает течение болезни.

Для трудового прогноза важно не только распознавание заболевания, но и оценка возможностей больного улучшить свое состояние, включаясь, соответственно своим возможностям и желанию, в трудовую деятельность. Так, дозированная физическая нагрузка тренирует нарушенные двигательные функции и, наоборот, чрезмерное перетруживание приводит к срыву выработавшейся компенсации. Болезнь является результатом воздействия не только биологических факторов внешней среды. Так, чрезмерное нервно-психическое напряжение способствует декомпенсации сосудистого заболевания, физические перетруживания могут ухудшить коронарную недостаточность. Огромное значение имеет способность к выработке компенсации и ее устойчивости. Здесь играет роль тип нервной системы, сложившаяся в течение жизни и в частности, под влиянием трудовой деятельности система сложных условий рефлексов.

Может ли врач-эксперт повлиять на трудовой прогноз?

На этот вопрос можно ответить вполне положительно. Трудовой прогноз можно улучшить:

1. посредством своевременного рационального трудоустройства, соответствующего состоянию здоровья инвалида;

2. посредством содействия развитию компенсации нарушенных функций;
3. посредством эффективного лечения и реабилитации;
4. посредством комплекса средств, повышающих функциональное состояние организма в целом;
5. при выработке у больного целенаправленности для включения в трудовую деятельность, которая укрепляет его физические силы и улучшает нервно-психическое состояние.

Нельзя не согласиться с А.Ф. Третьяковым (1960), который указывал, что «трудовой прогноз преследует задачу определить трудоспособность и оценить степень снижения или утраты ее на длительный период времени. При наличии стойкого нарушения трудоспособности врач-эксперт определяет, как могут повлиять на течение болезни и трудоспособность те или иные факторы внешней среды (контакт с токсическими веществами, нервно-психические или физические напряжения, охлаждения и др.). Устанавливая группу инвалидности на основании оценки трудового прогноза, врач-эксперт делает заключение о том, какая трудовая деятельность при данном состоянии больного противопоказана (во избежание ухудшения состояния здоровья и тем самым прогноза). Напротив, прогноз улучшается, если больной включается в доступный и показанный вид трудовой деятельности».

Существенно важным моментом при определении трудового прогноза в практике медико-социальной экспертизы является предвидение его не только на ближайшее время, но и на длительный период. «Длительный период» понятие неопределенное. Однако оно может быть конкретизировано сроком, на который определяется группа инвалидности. Поскольку этот срок в зависимости от группы инвалидности составляет 1-2 года, то и трудовой прогноз должен определяться как минимум на этот период. При этом должна оцениваться возможность полного или частичного восстановления трудоспособности. Безусловно, трудовой прогноз в первые дни заболевания или травмы не определяется (за исключением несчастных случаев с ампутацией конечностей). Условием для определения трудового прогноза является наблюдение, лечение и реабилитация в течение не менее 2-2,5 месяцев после чего можно сделать вывод о трудовом прогнозе. При этом различают следующие виды трудового прогноза (Л.С. Гиткина и др. 1981).

1. **Благоприятный трудовой прогноз** – это возможность возвращения больного к прежней работе или к другой, равноценной по квалификации.

2. **Сомнительный трудовой прогноз** – это невозможность достоверно предсказать вероятность возвращения (или невозвращения) больного к труду.

Как указывает Л.С. Гиткина и др. (1981) сомнительный трудовой прогноз возникает при острых затяжных заболеваниях, частых и длительных обострениях хронических заболеваний, после обширных и травматичных оперативных вмешательств (на сердце, легких, головном мозге) и радикальных операций по поводу злокачественных новообразований внутренних органов (желудок, легкие, почки и т.д.), когда в первый год после операции предсказать исход заболевания невозможно. То есть сомнительный трудовой прогноз определяется, когда несмотря на полное обследование больного и проведенное лечение и реабилитацию предсказать восстановление трудоспособности в будущем не представляется возможным. Поэтому, сомнительный трудовой прогноз, нужно отличать от неясного трудового прогноза, который может определяться тогда, когда еще выполнены не все диагностические методы и не закончено лечение и реабилитация больного.

3. **Неблагоприятный трудовой прогноз** – это невозможность продолжения профессионального труда или необходимость значительного изменения работы, влекущая за собой снижение квалификации или объема производственной деятельности.

В свою очередь неблагоприятный трудовой прогноз делится на:

- **относительно неблагоприятный** (когда имеется вероятность возвращения больного к труду с уменьшением объема работы или перевода его на другое место работы со снижением квалификации – т.е. человек будет признан инвалидом III группы);

- **абсолютно неблагоприятный** (когда труд человеку будет противопоказан или будут доступны отдельные виды труда в специально созданных условиях – такой больной будет признан инвалидом I или II группы).

Важность клинического и трудового прогноза заключается также и в том, что он их своевременного и правильного определения зависят сроки временной нетрудоспособности (схема 5.1.).

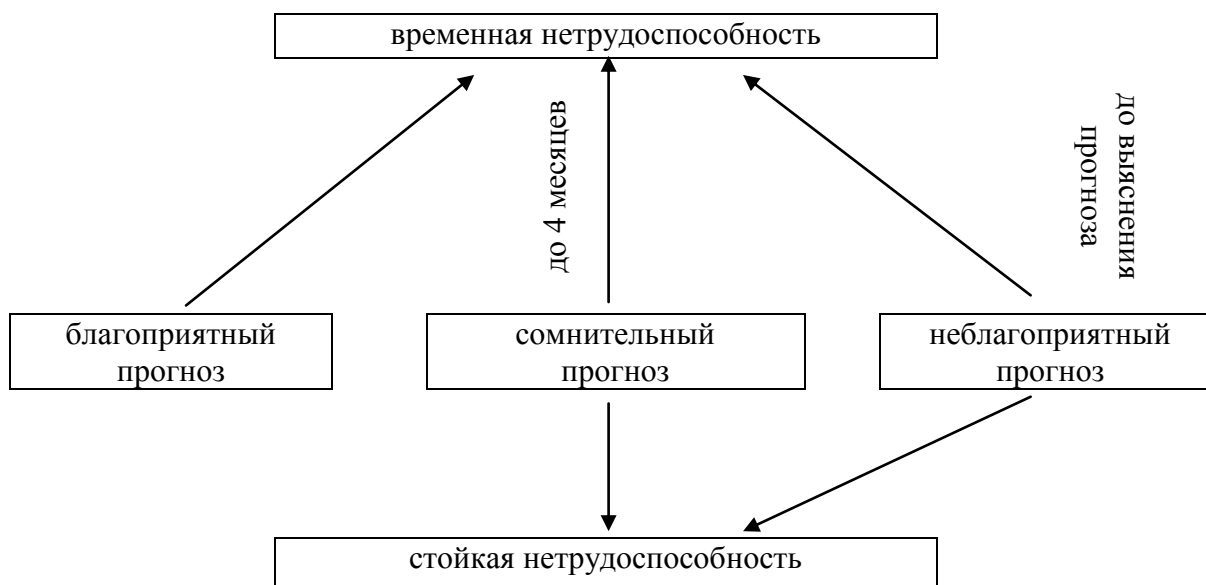


Схема 5.1. Зависимость вида нетрудоспособности от клинического и трудового прогноза.

Это особенно важно при сомнительном клиническом и трудовом прогнозе, когда на первый период заболевания для выяснения прогноза и проведения активного лечения определятся временная нетрудоспособность. Этот период не должен превышать 120 дней – срок, достаточный для установления диагноза и проведения лечения. Если же клинический и трудовой прогноз остаются неясными больной направляется на МРЭК для определения необходимости проведения дополнительного обследования и лечения или для определения той или иной группы инвалидности.

Отправным пунктом для построения экспертного заключения является установление диагноза, поэтому врач-эксперт должен иметь в своем распоряжении точно установленный диагноз заболевания.

Диагностика в экспертной практике является более сложной, чем в лечебной. Лечащий врач имеет возможность наблюдать больного в процессе лечения, а врач-эксперт ограничен определенным сроком, в течение которого он должен установить диагноз, определить степень выраженности имеющихся ограничений жизнедеятельности, определять состояние трудоспособности и вынести трудовую рекомендацию, установить причину инвалидности.

Для правильного установления диагноза необходимо обладать знаниями в области патогенеза болезней, закономерностей развития и течения патологических процессов, особенностей, отличающихся катамнез при различных патологических формах: травматологических, сосудистых, инфекционных, опухолевых и т.д. В процессе установления диагноза все важно: собрать необходимые данные путем расспроса, соответственно обследовать больного, правильно оценить полученные данные.

Диагноз не может быть стабильным, так как болезнь – не состояние, а процесс. С развитием патологического процесса и особенностями течения заболевания изменяется и диагноз, отражая определенную динамику болезни. Установленный в начале заболевания нозологический диагноз нередко изменяется в связи с различными отклонениями и изменениями в состоянии организма, к которым приводят, с одной стороны, развитие болезни, а с другой – терапевтические и другие мероприятия, способствующие восстановлению и компенсации нарушенных функций.

Диагноз заболевания, данные о характере и степени морфологических изменений пораженного органа являются отправным пунктом при построении экспертного заключения.

Как указывает Б.И. Марцинковский (1952) «сами по себе морфологические изменения, хотя в значительной степени определяют динамику патологического процесса, все же не решают вопроса о функциональной способности пораженного органа, а тем более всего органа. А ведь именно степенью сохранности функции пораженного органа определяется в основном его работа и, следовательно, работоспособность больного. Нарушение функции пораженных органов и систем может зависеть и от их анатомо-гистологических изменений или от изменений их нервно-гуморальной регуляции в зависимости от состояния нервной системы, гормональных нарушений и множества других влияний».

Понятие о сущности заболевания тесно связано с представлениями о причине его и механизмах развития, то есть об этиологии и патогенезе заболевания.

Этиология заболевания (греч. *actia* – причина и *logos* – учение) часто может быть четко и ясно обозначенной, в других случаях этиологический момент до сих пор еще не уточнен.

Необходимо учитывать, что один и тот же этиологический фактор может вызвать различные проявления болезни и разнообразные нарушения функций организма (при бруцеллезе, туберкулезе, сифилисе и др.). В то же время различные по этиологии заболевания протекают иногда с аналогичными синдромами (паркинсонизм при эпидемическом энцефалите, при отравлении марганцем, после травмы и болезни Паркинсона). Все это следует учитывать при выявлении этиологии заболеваний. В зависимости от нарушения различных функций организма и течения заболевания трудоспособность может в одних случаях снижаться, в других – полностью быть потерянной.

Не менее важным, а может еще более важным является правильное и ясное представление о **патогенезе заболевания** (*pathos* – болезнь, *genesis* – происхождение). В это понятие вкладывается представление о возникновении и развитии данного процесса и всего заболевания в целом. С точки зрения медико-социальной экспертизы понимание патогенеза заболевания в целом и патогенеза отдельных выявленных симптомов имеет важнейшее значение. Без такого понимания сущности болезни не может быть правильного определения о трудовых возможностях лица, страдающего тем или иным заболеванием. Иными словами, без знания патогенеза заболевания не может быть правильной, научно обоснованной медико-социальной экспертизы. Совершенно очевидно, что правильное использование сведений об этиологии и в особенности о патогенезе заболевания в целом и о патогенезе отдельных проявлений является одним из оснований принятого экспертного решения.

Каковы же этапы установления требующегося для принятия экспертного решения правильного развернутого диагноза освещающего анатомические изменения, этиологию и поэтому заболевания функций, динамику патологического процесса.

Ю.Д. Арбатская (1981), первым этапом диагностического процесса считала так называемое «живое созерцание», которое начинается с того момента, когда больной впервые обратился к врачу. На этом этапе распознавания болезни большую роль играют наблюдательность врача, умение увидеть симптомы, от которых зависит дальнейшая тактика, направленная на уточнение диагноза. Так, «наличие таких внешних проявлений, как односторонний или двусторонний экзофтальм, симптом «бабочки на лице» гидро- или микроцефалия, дефект черепа, патологическое ожирение или резкое исхудание и др. сразу же заставляет врача думать о возможности тиреотоксикоза, системной красной волчанки последствий черепно-мозговой травмы, синдрома Иценко-Кушинга, адипозогенитальной дистрофии, гипофизарной кахексии и т.п.» (Ю.А. Арбатская, 1981).

Очень важное значение для установления правильного диагноза, а в последующем и для принятия экспертного решения имеют **жалобы больного**.

Врач-эксперт должен относиться к жалобам критически, но не скептически. Важно обратить внимание на интенсивность и адекватность жалоб. В рассказе больного о своем заболевании необходимо обратить внимание на последовательность развития симптомов. Описание субъективных ощущений не всегда отличается точностью. Больному свойственно преувеличивать свои переживания, иногда неадекватно относиться к проявлениям болезни, иногда игнорировать, не замечать или не обращать внимания на те факты и детали, которые для врача имеют важное значение. Уточняя и детализируя неясные анамнестические данные, нужно помнить о соблюдении объективности. Однако не следует задавать наводящих вопросов в такой форме, которая может привести к неправильному ответу в результате известной суггестии, особенно при легкой внушаемости больного. Некоторые больные высказывают неопределенные жалобы, дезориентирующие врача-эксперта: преувеличивают или преуменьшают свои жалобы. Уточнению неопределенных жалоб помогают наблюдения в процессе экспертизы и применение специальных методов исследования (электроэнцефалография, рентгенография и др.).

Оценивая жалобы, надо стремиться определить, обусловлены ли они нарушением функции нервной системы или заболеванием внутренних органов и других систем. Нередко в начальной стадии проявления болезни бывают завуалированы. Иногда больные фиксируют внимание на второстепенных симптомах, отвлекая тем самым внимание от основного, ведущего признака болезни.

Очень часто заболевания, различные по этиологии и обусловленные поражением самых разнообразных органов (сердца, почек, мозга), проявляются вначале однообразными общими жалобами, например, на головную боль, слабость и т.п. Задача врача-эксперта – детализировать каждую жалобу; например, при головной боли определить ее характер, локализацию, время появления, зависимость от других факторов и т.п.

Расспрос больного или анамнестический метод исследования дает путеводную нить, направляющую все обследование и изучение болезни.

Расспросом больного удастся получить сведения об истории заболевания, о его развитии и течении. Особенно важным моментом для экспертного решения служит ознакомление с различной документацией, относящейся к истории болезни свидетелеваемого больного. К ним относятся справки из лечебных учреждений, наблюдавших больного, данные лабораторных исследований и различных специальных исследований, свидетельство о болезни, выданное при демобилизации, архивные документы и т.д. Для целей медико-социальной экспертизы они весьма важны и поэтому должны быть тщательно изучены экспертами. Это важнейший, но не окончательный этап в деле формирования экспертного решения.

Кроме обычных анамнестических моментов, особенно должен интересовать вопрос о длительности заболевания, стабильности или динамичности его течения, частоте и продолжительности рецидивов и обострений и в связи с этим вопрос о частоте и продолжительности периодов временной нетрудоспособности с получением больничных листов. Должен быть также выяснен вопрос об истории возникновения заболевания (острое начало, постепенное развитие, предшествовавшие моменты – травмы, ранения, воздействие неблагоприятных факторов окружающей среды и т.п.), характер и длительность применявшейся терапии. Квалифицированный эксперт должен быть в курсе проблем современной терапии, и каждый отдельный случай, направленный на экспертизу, он должен анализировать с точки зрения своевременности, полноты и правильности проведенного лечения.

Особенное значение имеет выяснение характера профессиональной работы больного как в прошлом (профмаршрут, профессиональные навыки), так и в настоящем, на чем более подробно мы остановимся ниже.

Наряду с этим выясняют и бытовые условия больного: наличие трудоспособных и нетрудоспособных членов семьи, степень их материального обеспечения, жилищные условия, отдаленность жилья от места работы, вид передвижения и т.д.

Итак, анамнез позволяет уточнить начало, этиологию заболевания, последовательность возникновения и развития симптомов и синдромов, течение болезни, эффективность консервативного и хирургического лечения, влияние патологического процесса на трудоспособность больных. Имеет значение правильная, логически обоснованная организация опроса больного. Неправильно собранный анамнез нередко является причиной диагностических ошибок, несвоевременного установления диагноза.

Не менее важное значение при установлении диагноза имеет **объективное исследование** всего организма в целом и отдельных его систем путем общеизвестных приемов, принятых в медицинской науке. Объективное исследование больного в экспертной практике преследует задачу собрать максимальное количество данных, определяющих диагноз и функциональную способность пораженного органа и организма в целом.

Неврологический статус следует выявлять особенно подробно, обращая внимание на состояние черепно-мозговых нервов, двигательных функций, рефлексов, вегетативных функций, высших корковых функций и др. По ходу исследования следует проверять состояние всех анализаторов: кожного, вестибулярного, зрительного, слухового, обонятельного, вкусового; выяснять, нет ли общемозговых, оболочечных, корешковых, гипертензионных или гидроцефальных расстройств, сосудистых церебральных явлений (пульсирующего шума в голове и др); выяснить характер и локализацию параличей (вялые, спастические, моно-, геми- и парапарезы и т.п.), состояние координации движений и других кинестетических функций.

Вслед за выявлением неврологического статуса производится исследование психики (создание, поведение больного, настроение и его устойчивость, состояние памяти, внимания и др.).

Большое значение для диагноза и оценки трудоспособности имеют боли и зависимость их от характера, локализации патологического процесса и течения болезни. Пароксизмальные боли, например перемежающаяся хромота, в сочетании с объективными изменениями сосудов

конечностей у лиц, работающих на холоде и в сырости или выполняющих работы, связанные с большой физической нагрузкой (длительная ходьба и др.), являются для прогноза неблагоприятными. Пароксизмальные головные боли при повышении внутричерепного давления могут указывать на гидроцефалию и тем самым утяжелять прогноз. Различные другие болевые симптомы – стенокардии, радикулалгии, висцералгии, каузальгии и различные болевые кризы при прогрессировании их также неблагоприятно влияют на прогноз, если их не удастся устранить различными методами лечения.

Всегда надо учитывать различные вегетативные и трофические нарушения, весь комплекс их, особенно при прогрессирующей слабости. Иногда причина, обуславливающая слабость, бывает неясна сразу, но она выявляется при детальном исследовании желез внутренней секреции, надпочечников, щитовидной железы, гипофиза и др.), функции печени, нервно-мышечного аппарата (исключить миопатию, миастению, миотонию и др.); наконец, следует обращать при этом внимание на психику (астенический синдром и др.).

Весьма существенно определить реакцию больного на заболевание, которая может быть различной. Стремление к определению болезни благоприятно в отношении прогноза. Напротив, «уход в болезнь», развитие невротических реакций, особенно устойчивых и резко выраженных, ухудшают прогноз.

При наличии невротических реакций всегда надо тщательно проверять, нет ли у них органической основы. Иногда органическое заболевание (рассеянный склероз, атеросклероз мозговых сосудов, интоксикационные энцефалопатии и др.) в начальной стадии проявляются в форме невротических реакций. Иногда симптомы безусловно органического происхождения, например, гиперкинезы, напоминают функциональное, особенно если они имеют характер пароксизмальных или зависят от эмоциональных моментов.

Одним из существенных принципов диагностики является **синтезирование врачом всех полученных данных о больном**. При этом врачебное мышление должно быть в экспертной практике целенаправленно таким образом, чтобы выявлять и уточнять специальными методами те нарушения функции организма, которые связаны с характером заболевания, увязывая это с трудовым анамнезом. Выявляя нарушения отдельных функций организма, эксперт должен помнить о принципе целостности организма и учитывать, что только распознавание всех нарушений организма (соматики, нервно-психических, эндокринных и др.) в их совокупности дает основу для построения диагноза, а следовательно, и прогноза.

Подход к организму, как к единому психосоматическому целому, требует применения врачом-экспертом во всех случаях комплексного обследования больного – его внутренних органов, центральной нервной системы, опорно-двигательного аппарата и других органов, независимо от характера основного заболевания или физического дефекта, приводящих к ограничениям жизнедеятельности. Так, терапевт не может дать правильную оценку трудоспособности при артериальной гипертензии без заключения офтальмолога о состоянии глазного дна, без заключения невропатолога о состоянии нервной системы, без исследования функций почек, сердца, мозга; равным образом не может быть правильно оценена трудоспособность больного с затяжной субфебрильной температурой без соответствующего заключения фтизиатра, отоларинголога, гинеколога, одонтолога и др. об отсутствии или наличии какого-нибудь скрытого или явного очага, обуславливающего повышенную температуру. То же следует сказать о значении экспериментально-психологического исследования при органических и функциональных заболеваниях центральной нервной системы, значении исследования состояния нервной системы при пернициозной анемии, состояния позвоночника при радикулите, состояния внутренних органов и верхних дыхательных путей при туберкулезе легких и т.д.

Принцип **комплексности обследования**, когда в процессе диагностики участвуют все необходимые в данном случае специалисты различного профиля, способствует более раннему и точному распознаванию болезни, нередко в период предболезни, что имеет положительное значение для клинического и трудового прогноза.

Особое место в процессе медико-социальной экспертизы при установлении диагноза занимают данные **лабораторных и прочих исследований**.

Медицинская наука чрезвычайно широко использует инструментальные методы исследования, основанные на современных данных химии и физики, в частности электроники. Некоторые из них настолько вошли в клинический обиход, что сделались неотъемлемой частью

клинического исследования, например рентгенологические, электрокардиологические, многие биологические исследования крови, мочи и других биологических жидкостей.

Лабораторные методы исследования часто помогают распознаванию болезни, и недооценка их часто ведет к несвоевременному выявлению болезни или к диагностическим ошибкам. Для детального анализа важно учитывать не только нарушения внутренних органов нервной системы, но и биохимические изменения крови и нейрогормональные расстройства. Однако чрезмерное увлечение лабораторными методами, некритическое отношение к ним также могут привести к ошибочному диагнозу. Ошибка может быть вызвана неправильными результатами лабораторного анализа, которые при проверке оказываются иными. Пользоваться лабораторными данными необходимо, но оценивать их нужно критически, так как ни один вспомогательный метод не может иметь абсолютного значения без оценки состояния организма в целом.

Переоценка значения лабораторных данных и попытка некоторых врачей устанавливать на основании этого диагноза нередко, как показывают наблюдения, приводили к ошибкам в экспертной практике. Патологические изменения на рентгенограмме, данные исследования крови, спинномозговой жидкости и других лабораторных анализов существенно помогают врачу в установлении диагноза как вспомогательные методы, основным же является изучение состояния целостного организма.

Следующий этап диагностического процесса – **анализ и синтез полученных данных** или собственно **установление диагноза**.

Установление диагноза на основе всех данных, полученных при обследовании свидетелеваемого лица, является сложнейшей и важнейшей частью, ведущей к экспертному решению. Это, так сказать, медицинская часть экспертного решения, в которой взвешено и учтено все, что касается патологического процесса.

Постановка диагноза обязательно подразумевает этап дифференциального различения, т.е. выделения данной нозологической формы из совокупности нозологических форм, близких по своей симптоматике к тому заболеванию, которым страдает данный больной. Успех поиска во многом зависит от того, насколько обширен круг представлений врача, касающихся нозологических форм, имеющих конкретную симптоматику, и от того, насколько умело и активно может использовать врач этот запас знаний.

Отражая в диагнозе нозологическую форму заболевания, часто делают определение ведущих синдромов, то есть совокупности симптомов (симптомокомплексов). Из синдромов складывается картина болезни, характерная для различных заболеваний. Многие великие клиницисты, в том числе М.П. Кончаловский, П.Б. Ганнушкин, М.Б. Кроль придавали большое значение оценке синдромов считая, что их надо рассматривать как проявление той или иной нозологической формы заболевания.

Однако следует помнить, что синдромологический диагноз недостаточен и неполноценен, зачастую он не позволяет установить прогноз и не отвечает требованиям экспертизы.

Таким образом, развернутая формулировка диагноза позволит объективно оценить степень выраженности имеющихся ограничений жизнедеятельности, в том числе трудоспособности, обосновать сроки амбулаторного и стационарного лечения, направления больного на МРЭК, обосновать установление соответствующей группы и причины инвалидности.

Вопросы диагностики, в том числе формулировки диагноза, тесно связаны с проблемой врачебной тайны. Так, статья 60 «Обязанность медицинских и фармацевтических работников сохранять врачебную тайну» Закона Республики Беларусь «О внесении изменений и дополнений в Закон Республики Беларусь «О здравоохранении» № 91-З от 11.01.2002 г. гласит: «Информация о факте обращения гражданина за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе заболевания, результатах диагностических исследований и лечения, иные сведения, в том числе личного характера, полученные при его обследовании, лечении, а в случае смерти - о результатах патологоанатомического вскрытия составляют врачебную тайну.

Использование сведений, составляющих врачебную тайну, в учебном процессе, научной литературе допускается только с согласия пациента.

Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия пациента или его законного представителя допускается:

по запросу государственных органов и иных организаций здравоохранения в целях обследования и лечения пациента;

при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;

по письменному запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством при обосновании необходимости и объема запрашиваемых сведений;

в случае оказания медицинской помощи несовершеннолетнему, лицу, признанному в установленном порядке недееспособным, лицу, не способному по состоянию здоровья к принятию осознанного решения, для информирования его законных представителей, супруга, близких родственников;

при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью причинен в результате насильственных действий, для сообщения в правоохранительные органы.

Обязанность сохранять врачебную тайну наравне с медицинскими и фармацевтическими работниками распространяется также на лиц, которым в установленном настоящим Законом порядке стали известны сведения, составляющие врачебную тайну.

Организации здравоохранения обеспечивают хранение медицинской документации в соответствии с требованиями сохранения врачебной тайны.

За разглашение врачебной тайны медицинские и фармацевтические работники несут ответственность в соответствии с законодательством Республики Беларусь».

Современная медицина требует, чтобы врач был широко образованным человеком с высшим культурным уровнем и диапазоном знаний, выходящих за рамки его специальности. Высокая квалификация и высокая нравственность врача в значительной степени предохраняет его от ошибок в диагностике, лечении, медико-социальной экспертизе.

5.2. Методика экспертного освидетельствования

Проведение медико-социальной экспертизы подразумевает выявление и уточнение степени выраженности нарушений, приводящих к различным ограничениям жизнедеятельности и социальной недостаточности, изучение профессионального маршрута больного и определение основной профессии, определение необходимости проведения дальнейшего реабилитационного лечения в периоде временной нетрудоспособности или необходимости направления больного на МРЭК для установления конкретной группы и причины инвалидности. Из синтеза всех полученных данных составляется клинико-трудоу прогноз.

Методика проведения медико-социальной экспертизы включает 3 этапа.

Первый этап – этап медицинской диагностики.

Целью данного этапа является формулировка развернутого клинико-функционального диагноза, который должен отражать особенности конкретного заболевания и дать подробную характеристику имеющихся последствий на органном уровне, а также отобразить функциональный компонент диагноза, что особенно важное значение приобретает в экспертизе.

Медико-социальная экспертиза предъявляет особые требования к диагностике, которые прежде всего выражаются в том, что диагноз должен быть развернутым, в нем должны быть отражены все элементы, важные для характеристики заболевания и установления прогноза: в диагнозе должна быть определена нозологическая форма болезни, например: опухоль, сосудистое, инфекционное, интоксикационное заболевание и т.п. Здесь указывается и этиология заболевания. Формулировка нозологической формы должна быть точной. Например, при сосудистом заболевании необходимо указывать его характер: артериальная гипертензия, атеросклероз, тромбангиит и т.д. При наличии опухоли необходимо указывать в диагнозе локализацию, гистологическую характеристику (глиома, невринома и т.п.); в диагнозе хронических заболеваний должна быть указан стадия болезни. При инфаркте мозга или миокарда следует отмечать (при наличии таковой) реституцию – стадию обратного развития симптомов. При некоторых заболеваниях в диагнозе отмечается наличие лишь остаточных явлений (после полиомиелита, травмы черепа и т.п.).

Стадийностью отличаются различные заболевания: облитерирующий эндартериит, сахарный диабет, тиреотоксикоз и др.

Необходимо указать также характер патологического процесса. Например, при сосудистых заболеваниях определить, имеется ли кровоизлияние или ишемическое размягчение. Обусловлено ли кровоизлияние разрывом аневризмы мозгового сосуда или произошло в результате эритродиapedеза. При опухолях головного мозга важно выяснить гистологический характер опухоли. Это позволяет определять показания к оперативному вмешательству и дает основание к установлению более

точного клинического прогноза; в диагнозе следует отмечать характер течения болезни. Иногда он является основным критерием для определения степени нарушения трудоспособности и установления клинического прогноза.

Недостаточно отметить в диагнозе, что болезнь имеет хроническое течение: оно может быть регрессирующим (регрессирующим), ремиттирующим или прогрессирующим (прогрессирующим).

При регрессирующем течении заболевания, как это часто бывает при травматических повреждениях, инфекциях, прогноз значительно лучше, чем в тех случаях, когда обострения наступают после ремиссий или течение прогрессирует.

При **ремиттирующем** течении, например при рассеянном склерозе, очень важно для прогноза определить длительность ремиссий или частоту рецидивов. При сосудистых заболеваниях, например при гипертонической болезни, ремиттирующее течение может быть обусловлено кризами: чем чаще кризы и чем они более резко проявляются симптомами нарушения коронарного и мозгового кровообращения, тем тяжелее прогноз.

Прогрессирующее течение ухудшает прогноз в зависимости от быстроты прогрессирования процесса. При травмах головного мозга прогрессирование идет за счет поздних осложнений (гидроцефалия, абсцесс и др.). Иногда прогрессивность определяется прогрессированием дегенеративного процесса (например, при боковом амиотрофическом склерозе), ростом опухоли головного или спинного мозга, приводящих к деструкции мозговой ткани, сдавлению окружающей ткани и другим явлениям.

Необходимо указывать в диагнозе характер и степень нарушения функций. Важно указать, какие нарушены функции (двигательные, зрительные, речевые и др.), в какой форме (гемипарез или прогрессирующее падение зрения в результате атрофии зрительных нервов и т.п.) и стадии процесса, прогрессирования или обратного восстановления нарушенных функций.

Кроме того, важно отражать эффективность лечения. Это находит свое выражение в стойкости или нестойкости нарушенных функций. Если врач при формулировке развернутого клинико-функционального диагноза указывает «... со стойким нарушением функций», это означает, что лечение и реабилитация не эффективны и больной нуждается в направлении на МРЭК для определения группы инвалидности.

Еще одним важным элементом, который обязательно нужно учитывать на этапе медицинской диагностики является наличие сопутствующих заболеваний.

При этом в первую очередь учитываются те сопутствующие заболевания, которые наряду с основным заболеванием также приводят к различной степени выраженности ограничений жизнедеятельности. Кроме того, должен учитываться так называемый синдром взаимного отягощения, когда течение основного заболевания может усугубляться сопутствующим или когда два различных заболевания или синдром с легкой степенью выраженности функциональных нарушений могут взаимно отягощая друг друга привести к умеренному ограничению жизнедеятельности. Например, цереброспинальная форма рассеянного склероза, сопровождающаяся легким парезом и легкой атаксией приводит к умеренному нарушению жизнедеятельности вследствие ограничения передвижения.

Следует помнить, что недооценка любого из вышеперечисленных элементов диагностики может привести либо к неточному или ошибочному диагнозу, либо к недооценке тяжести состояния больного. Наиболее типичными причинами неточного или ошибочного установления диагноза являются:

- недостаточное ознакомление с анамнезом;
- неправильная оценка этиологических факторов;
- неполноценное обследование больного из-за невозможности применить все необходимые методы инструментальной диагностики или лабораторные методики;
- неправильный анализ собранных данных о больном с игнорированием существенных для диагноза признаков заболевания;
- недооценка или переоценка дополнительных методик, отсутствие комплексного анализа всех фактов, касающихся больного;
- неправильная оценка степени выраженности имеющихся нарушений и ограничений жизнедеятельности и, как следствие, неправильная формулировка функциональной части диагноза.

Неправильные экспертные заключения могут иметь место, когда диагноз ограничивается общей формулировкой, например «Органическое поражение центральной нервной системы», без

детализации этиологии, патогенеза процесса и нарушения функций. Если врач, устанавливая первоначальный (иногда предварительный) диагноз, не может точно формулировать его, то он все же должен стараться определить этиологию заболевания (сосудистое или инфекционное заболевание, опухоль, травма и др.) и уточнить симптомокомплекс, характеризующий нарушение функций. В стационаре часто первоначальный (ранний) диагноз является предварительным и он меняется в процессе обследования и наблюдения за больным. Окончательный диагноз поэтому бывает более обоснованным и точным.

Врач-эксперт проводит свою работу в таких условиях, когда он обязан поставить окончательный диагноз лишь на основании поликлинического обследования больного, часто не имея возможности использовать дополнительные специальные методики, основываясь на диагнозе, с которым направлен больной лечащим врачом. Это обязывает в дальнейшем контролировать ранее поставленный диагноз.

Необходимо учитывать возможность сочетания различных патологических процессов, сочетания у больного ряда заболеваний. Повторные диагнозы часто не пересматриваются и механически подтверждаются. Чем больше срок, в течение которого устанавливается один и тот же диагноз, тем он больше упрочивается и реже пересматривается. А практика показывает, что диагноз время от времени обязательно должен пересматриваться. Всегда надо критически относиться к диагнозу, с которым больной направляется на МРЭК. Обычно диагноз обоснован лечащим врачом, в нем трудно сомневаться, особенно если он установлен специализированным стационарным учреждением. Однако, практика показывает, что и в таких случаях встречаются ошибочные диагнозы, в которых неверно отражается динамика болезни и исходя из которой может быть установлен неправильный диагноз.

Второй этап медико-социальной экспертизы – профессиональная диагностика.

Для того, чтобы правильно, научно обосновано определить состояние профессиональной трудоспособности больного, врач-эксперт должен иметь в своем распоряжении ряд данных не только медицинского, но и социального характера, ведь трудоспособность определяется многими факторами в том числе условиями труда и характером профессии больного с вытекающими отсюда требованиями, которые предъявляет эта профессия организму.

Поэтому наряду с исчерпывающими медицинскими данными для научного обоснованного экспертного заключения требуется детальное выяснение характера профессии и конкретных условий труда свидетельствуемого.

Огромное значение с точки зрения влияния на трудоспособность имеет волевая направленность больного к труду.

Прекращение работы, выключение из трудовой жизни для инвалида связаны с тяжелыми моральными переживаниями.

В повседневной экспертной практике мы имеем возможность наблюдать влияние, которое оказывает на трудоспособность трудовая направленность инвалида, его положительная волевая установка на труд.

Можно привести многочисленные примеры, когда МРЭК, в связи с наличием тех или иных патологических отклонений, устанавливали неблагоприятный трудовой прогноз, а жизнь опрокидывала этот прогноз: инвалиды продолжали успешно работать, патологический процесс у них стабилизировался, а во многих случаях улучшался и сама работа способствовала выявлению и мобилизации компенсаторных механизмов.

Вместе с тем можно привести отдельные примеры, когда, наоборот, ничем не обоснованное негативное отношение к труду, не оправданное болезненным состоянием, снижает тонус инвалида, отрицательно влияет на течение болезни и состояние его трудоспособности.

Таким образом, трудоспособность больного определяется рядом факторов не только биологического, но и социального порядка. Важнейшим из них являются: диагноз заболевания, функциональное состояние пораженного органа и организма в целом, характер течения заболевания, требования профессии, предъявляемые к организму, и трудовая направленность больного.

Исходя из изложенного становится очевидным, насколько важно правильно определить основную профессию больного, ведь довольно часто имеют место случаи, когда человек имеет несколько различных профессий, требующих различного образования; при этом имеется различный стаж и уровень квалификации в каждой профессии. Что же такое профессия?

Профессия – это род трудовой деятельности человека, владеющего комплексом специальных теоретических знаний и практических навыков, полученных путем образования, обучения или опыта, дающих возможность осуществлять труд в определенной сфере народного хозяйства.

Степень квалификации человека в профессии характеризуется уровнем образования, объемом выполненной работы и тарифным разрядом. В Республике Беларусь функционирует единая тарификационная разрядная сетка, включающая в себя все виды труда: от физического низкоквалифицированного труда до профессий высокоинтеллектуального труда.

При наличии у большого количества профессий в экспертизе возникает необходимость в определении **основной профессии**, то есть профессии, полученной в результате специального образования, а у лиц физического труда – наиболее квалифицированной работы, выполняемой наиболее длительное время. При этом необходимо учитывать те требования, которые конкретная профессия предъявляет к состоянию здоровья. Необходимо иметь всю дополнительную информацию, которая позволила бы получить характеристику особенностей профессии, то есть нужна производственная характеристика, которая бы отражала санитарно-гигиенические условия труда, его тяжесть, нервно-психическую напряженность и др. Безусловно, на этапе профессиональной диагностики необходимо оценивать так называемые дефектные и профессионально значимые функции. Следует помнить, что дефектная функция не обязательно является профессионально значимой в каждой профессии. Поэтому необходимо знать, какие функции будут профессионально значимыми если не в каждой конкретной профессии, то хотя бы в зависимости от так называемых видов труда. Так при ручном труде профессионально значимыми будут: координация движений, точность дифференцирования мышечных усилий, точность амплитуды, глазомер.

При выполнении механизированных видов труда профессионально значимыми являются: низкий порог мышечно-суставной чувствительности, наглядно-действенное мышление, способность к формированию интегрального образа должных действий, быстрота сенсомоторной реакции, подвижность и уравновешенность основных нервных процессов, выносливость к статическим усилиям.

Операторские виды труда предъявляют несколько иные требования к состоянию здоровья и профессионально значимыми будут следующие функции: устойчивость, концентрация и быстрота переключения внимания, память, способность к формированию интегрального образа должных действий, быстрота сенсомоторной реакции, сила, подвижность, уравновешенность основных нервных процессов.

Наконец, при выполнении умственных видов труда профессионально значимыми функциями будут: память, внимание, образное, абстрактное, логическое мышление, аналитико-синтетические функции коры головного мозга.

Для характеристики всех особенностей профессии зачастую необходимо составлять профессиограмму, то есть унифицированную форму информации о профессии, которая должна содержать четыре основных блока информации:

1. Характеристика санитарно-гигиенических условий труда, в том числе вредностей – факторы среды и трудового процесса, которые могут вызвать профессиональную патологию, временное и стойкое снижение работоспособности, повысить частоту соматических и инфекционных заболеваний, привести к нарушению здоровья потомства.

Вредными производственными факторами могут быть:

- физические факторы: температура, влажность и подвижность воздуха, неионизирующие электромагнитные излучения, статические, электрические и магнитные поля, производственный шум, вибрация (локальная, общая), ультразвук, аэрозоли преимущественно фиброгенного действия (пыли), освещенность;

- химические факторы, в том числе некоторые вещества биологической природы (антибиотики, витамины, гормоны, ферменты);

- биологические факторы (патогенные микроорганизмы, белковые препараты).

2. Характеристика нервно-психической напряженности труда (интеллектуальные, сенсорные, эмоциональные нагрузки, монотонность нагрузок, режим работы).

3. Характеристика тяжести физического труда (физическая динамическая нагрузка, масса поднимаемого и перемещаемого груза, стереотипные рабочие движения, статическая нагрузка, рабочая поза, наклоны туловища, перемещение в пространстве).

4. Характеристика основных психологических и характерологических особенностей личности человека.

Таким образом, на этапе профессиональной диагностики дается ответ на вопрос: профессионально пригоден или нет конкретный больной в конкретной профессии? Если больной является профессионально непригодным в основной профессии, нужно определить профессию, в которой он может работать и сравнить ее степень квалификации с прежней, утраченной профессией для правильного вынесения экспертного решения. Следует помнить, что требования к состоянию здоровья в определенных профессиях регламентируются специальными приказами.

Третий этап медико-социальной экспертизы – этап экспертного заключения.

Экспертное заключение – это ответ на вопрос о необходимости признания человека инвалидом вследствие имеющихся ограничений жизнедеятельности или целесообразности продолжения восстановительного лечения с применением средств и мероприятий реабилитации для ликвидации или уменьшения социальной недостаточности, вызванной имеющимися ограничениями жизнедеятельности. В то же время экспертное заключение – это и ответ на вопрос о профессиональной пригодности больного: может ли человек продолжать работу в своей основной специальности, или нуждается в проведении профессионального подбора для определения доступного вида работ. То есть, экспертное решение вытекает не в последнюю очередь из трудовой рекомендации, которую выносит врач-эксперт.

Ниже приводятся образцы экспертных заключений с позиций современной концепции последствий болезни, которые рекомендуются применять врачам-экспертам в своей работе.

Группа инвалидности не устанавливается

Имеющиеся нарушения функции (*какой функции или какой системы*) не ограничивают жизнедеятельность больного, что не является основанием для установления одной из групп инвалидности.

Ограничения по ВКК

Имеющиеся нарушения функции (*какой функции или какой системы*) приводят к незначительному ограничению жизнедеятельности (*какой категории или каких категорий*), что не является основанием для установления одной из групп инвалидности. Однако, характер или условия труда могут усугубить течение заболевания (или имеющиеся нарушения (какие) являются противопоказаниями для работы на высоте, у огня, у движущихся механизмов, у воды), что служит основанием для предоставления гр. (Ф.И.О.) ограничений (*каких*) в выполняемой работе по линии ВКК ЛПУ.

Рекомендации:

Третья группа инвалидности (первый вариант)

Имеющиеся нарушения функции (*какой функции или какой системы*) приводят к умеренному ограничению жизнедеятельности (*уточнить категории*), и социальной недостаточности, что является основанием для установления гр. (Ф.И.О.) третьей группы инвалидности. Причина инвалидности ...

ИПР включает:

1. (медицинские аспекты);
2. (трудовые рекомендации).

Третья группа инвалидности (второй вариант)

Имеющиеся легкие нарушения функций (*каких*) нескольких систем (*каких*), создающих синдром взаимного отягощения и приводят к умеренному ограничению недостаточности, что является основанием для установления гр. (Ф.И.О.) третьей группы инвалидности. Причина инвалидности ...

ИПР включает:

1. (медицинские аспекты);
2. (трудовые рекомендации).

Третья группа инвалидности (третий вариант)

Имеющийся выраженный дефект (*какой*) подходит под понятие анатомического и согласно пункта 28 Перечня анатомических дефектов «Инструкции по определению инвалидности» является основанием для установления гр. (Ф.И.О.) третьей группы инвалидности без срока переосвидетельствования. Причина инвалидности ...

ИПР включает:

1. (медицинские аспекты);
3. (трудовые рекомендации).

Вторая группа инвалидности (первый вариант)

Имеющиеся нарушения функции (*какой функции и какой системы*) приводят к значительно выраженному ограничению жизнедеятельности и социальной недостаточности, (*уточнить категории*), что является основанием для установления гр. (Ф.И.О.) второй группы инвалидности. Причина инвалидности ...

ИПР включает:

1. (медицинские аспекты);
2. (трудовые рекомендации).

Вторая группа инвалидности (второй вариант)

Имеющиеся умеренные нарушения функции (*какой функции*) двух и более систем, создающих синдром взаимного отягощения приводят к значительно выраженному ограничению одной категории жизнедеятельности (*уточнить категории*), и социальной недостаточности, что является основанием для установления гр. (Ф.И.О.) второй группы инвалидности. Причина инвалидности ...

ИПР включает:

1. (медицинские аспекты);
2. (трудовые рекомендации).

Вторая группа инвалидности (третий вариант)

Имеющиеся нарушения функции (*какой функции*), характер течения заболевания, сомнительный или неблагоприятный трудовой прогноз, противопоказания к труду в связи с вероятным ухудшением состояния здоровья являются основанием для установления гр. (Ф.И.О.) второй группы инвалидности. Причина инвалидности ...

ИПР включает:

1. (медицинские аспекты);
2. (трудовые рекомендации).

Вторая группа инвалидности (четвертый вариант)

Имеющийся комбинированный дефект (*какой*) подходит под понятие анатомического и согласно пункта 27 Перечня анатомических дефектов «Инструкции по определению инвалидности» является основанием для установления гр. (Ф.И.О.) второй группы инвалидности без срока переосвидетельствования. Причина инвалидности ...

ИПР включает:

1. (медицинские аспекты);
2. (трудовые рекомендации).

Первая группа инвалидности (первый вариант)

Имеющиеся нарушения функции (*какой функции или системы*) приводят к резко выраженному ограничению жизнедеятельности (*уточнить категории*) и к зависимости от постоянной нерегулируемой помощи других лиц, что является основанием для установления гр. (Ф.И.О.) первой группы инвалидности. Причина инвалидности ...

ИПР включает:

1. (медицинские аспекты);
2. (трудовые рекомендации).

Первая группа инвалидности (второй вариант)

Имеющиеся нарушения функции (*какой функции или системы*) абсолютно неблагоприятный в отношении жизни прогноз на ближайшее время являются основанием для установления гр. (Ф.И.О.) первой группы инвалидности. Причина инвалидности ...

ИПР включает:

1. (медицинские аспекты);
2. (трудовые рекомендации).

Первая группа инвалидности (третий вариант)

Имеющиеся значительно выраженные нарушения функций двух и более систем (*указать каких*), создающие синдром взаимного отягощения, приводящих к резкому ограничению жизнедеятельности (*уточнить какой категории*) и социальной недостаточности, являются основанием для установления гр. (Ф.И.О.) первой группы инвалидности. Причина инвалидности ...

ИПР включает:

1. (медицинские аспекты);
2. (трудовые рекомендации).

Первая группа инвалидности (четвертый вариант)

Имеющиеся тяжелые комбинированные дефекты (какие) подходят под понятие анатомического и согласно пункта 26 Перечня анатомических дефектов «Инструкции по определению инвалидности» являются основанием для установления гр. (Ф.И.О.) первой группы инвалидности без срока переосвидетельствования. Причина инвалидности ...

ИПР включает:

1. (медицинские аспекты);
2. (трудовые рекомендации).

Критерии вынесения экспертного решения являются системаобразующим звеном экспертного освидетельствования в медико-социальной экспертизе и, по сути, определяют новизну современной ситуации. Ведь и юридическая часть (т.е. решение о группе и причине инвалидности, процент утраты трудоспособности) и специальная часть экспертного заключения строятся на основе оценки степени выраженности ограничений жизнедеятельности и полноты их патологической обусловленности (за счет степени выраженности синдромов нарушенных функций). Предварительные выводы о наличии и выраженности ограничений жизнедеятельности, о полноте и характере их патологической обусловленности должны формироваться экспертами еще с момента начала экспертного освидетельствования, включая уточнение жалоб на имеющиеся ограничения жизнедеятельности, что позволяет затем грамотно и прицельно выстроить все клинико-экспертные действия. То есть, в современной модели медико-социальной экспертизы заложен такой уровень комплексности, который не имеет претендента среди известных видов врачебной экспертизы (судебно-медицинской, военно-врачебной и др.), а в процессе формирования единого экспертного решения взаимодействует широкий спектр специалистов, обладающих серьезно различающимися по областям приложения профессиональными знаниями и специальными методиками объективизации данных (врачи, психологи, педагоги, юристы, физиологи труда и др.).

Таким образом, схема экспертного решения и его обоснование должна включать:

1. **Развернутый клинико-функциональный диагноз.**
2. **Имеющиеся ограничения жизнедеятельности, степень их выраженности.**
3. **Характеристику прогноза – стойкость синдромов нарушенных функций, нуждаемость в активных лечебных и реабилитационных мероприятиях.**
4. **Социально-психологический прогноз – наличие личностных установок на расширение сфер жизнедеятельности и реинтеграцию в социальную и производственную среду.**
5. **Составление индивидуальной программы реабилитации (как важнейшей составляющей экспертного заключения) с анализом и учетом реабилитационного потенциала инвалида и возможностей реализации данной реабилитационной программы.**

ГЛАВА VI

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

6.1. Виды временной нетрудоспособности

Основанием для определения временной нетрудоспособности (ВН) могут быть медицинские показания, при которых имеется фактическая утрата трудоспособности вследствие болезни или травмы, а также социальные и профилактические показания при условной утрате трудоспособности. В соответствии с этим выделяют тот или иной вид (причину) ВН, в зависимости от которого выдается документ, удостоверяющий ВН, определяется порядок оформления и сроки выдачи его, размер и порядок оплаты пособия, составляется статистический анализ заболеваемости и др.

К виду ВН по медицинским показаниям (наличие противопоказаний к труду) относится ВН при заболеваниях и травмах.

Социальные показания лежат в основе таких видов ВН как уход за больным членом семьи; уход за ребенком в возрасте до 3 лет и ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет в случае болезни матери либо другого лица, фактически осуществляющего уход за ребенком; протезирование с помещением в стационар протезно-ортопедического предприятия и карантин.

Профилактические показания обуславливают ВН в связи с беременностью и родами; усыновлением (удочерением) ребенка в возрасте до 3 месяцев или установления над ним опеки; санаторно-курортным лечением.

Самым частым видом ВН является ВН при заболеваниях и травмах. Внутри этого вида выделяются ВН по поводу общего заболевания, профессионального заболевания, несчастного случая на производстве и в быту, заболевания и травмы в связи с употреблением алкоголя.

При ВН по социальным и профилактическим показаниям факт утраты трудоспособности отсутствует, но в соответствии с Законом Республики Беларусь "Об основах государственного социального страхования установлена возможность временного освобождения от работы с компенсацией утерянного заработка за счет средств Фонда социальной защиты населения.

Пособиями по ВН обеспечиваются застрахованные лица, то есть те, на которых в соответствие с вышеуказанным законом распространяется государственное социальное страхование. Материальное обеспечение застрахованных лиц в случаях временного освобождения от работы ("страховых случаях") достигается назначением пособия по ВН.

Выплата пособий по ВН регулируется Положением о порядке обеспечения пособиями по временной нетрудоспособности № 1290 от 30.09.1997 г. с изменениями и дополнениями, внесенными постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 01.09.2000 г., а также разъяснениями Фонда социальной защиты населения Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь (Фонда).

Определение ВН, независимо от ее вида, проводится государственными организациями здравоохранения и негосударственными организациями здравоохранения, имеющими специальное разрешение (лицензию) на проведение экспертизы ВН и выдачу листков нетрудоспособности.

Признание лица временно нетрудоспособным с выдачей ему листка нетрудоспособности является фактом юридического значения, реализующим право на назначение и выплату пособия по ВН.

Выплата пособия с первого дня ВН в размере 100% заработной платы независимо от прочих условий производится в связи с профессиональными заболеваниями и несчастными случаями на производстве; заболеваниями и травмами, полученными при выполнении интернационального долга, государственных обязанностей и донорских функций (операции, связанные с забором органов или тканей); при спасении человеческой жизни; при охране государственной и частной собственности.

Лицам, имеющим на иждивении троих и более детей в возрасте до 16 лет (учащихся до 18 лет), а также являющимся инвалидами Отечественной войны и инвалидами, приравненным к ним по льготам; участниками ликвидации последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС, пособия по ВН также выплачиваются в размере 100% заработка. Аналогичные выплаты пособия по ВН

касаются лиц, проживающих (работающих) и выехавших (эвакуированных, отселенных) из зон эвакуации в связи с последствиями катастрофы на ЧАЭС; воинов-интернационалистов, их жен и вдов погибших воинов-интернационалистов в случае направления их на лечение в центры медицинской реабилитации воинов-интернационалистов; доноров в течение 12 месяцев после последней сдачи крови и ее компонентов; лиц из числа круглых сирот, не достигших возраста 21 года.

Пособие по ВН выплачивается также с первого дня утраты трудоспособности в размере 100% среднедневного заработка за рабочие дни при ВН в связи с беременностью и родами, уходе за больным ребенком в возрасте до 14 лет, ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет при стационарном лечении, ребенком в возрасте до 3 лет и ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет в случае болезни матери либо другого лица, фактически осуществляющего уход за ребенком, при санаторно-курортном лечении детей-инвалидов до 18 лет, а также в случае нахождения в санаторно-курортном учреждении вместе с больным ребенком в возрасте до 16 лет одного из родителей либо лица, фактически осуществляющего уход за ним и проживающего (работающего) на территории с радиоактивным загрязнением ИКи/км² и выше.

При ВН вследствие болезни (увечья) пособие выдается с первого дня утраты трудоспособности и до ее восстановления или установления инвалидности. При других видах ВН определены сроки или условия выплаты пособия. В этих случаях выдача листка нетрудоспособности производится только на эти сроки.

6.2. Временная нетрудоспособность при заболеваниях и травмах

ВН при заболеваниях и травмах возникает при обратимых нарушениях функций организма или отдельных органов и систем, которые на определенный период времени не позволяют выполнять профессиональный труд. Обратимый характер нарушения функций и возможность возвращения больного к работе является принципиально важным признаком ВН при заболеваниях и травмах.

Наряду с установлением у больного признаков ВН очень важно сразу определить степень ее утраты. Последнее имеет непосредственное отношение к разграничению ВН на полную и частичную. При полной ВН больной нуждается в полном освобождении от работы, а при частичной - ему предоставляются некоторые ограничения в работе по линии ВКК.

Чаще всего полная ВН определяется в тех случаях, когда больному недоступно или противопоказано выполнение не только профессионального труда, но и любой работы. Данный вид утраты трудоспособности наступает при острых заболеваниях (травмах), кризисных состояниях, обострении (декомпенсации) хронических заболеваний и т.п. В связи с этим больному необходимо соблюдать постельный, амбулаторный, домашний, а в ряде случаев стационарный режим и проводить необходимое обследование и лечение.

Реже полная временная утрата трудоспособности обусловлена необходимостью проведения лечения, несовместимого с продолжением трудовой деятельности. Это относительное, а не абсолютное показание к освобождению от работы, поскольку в ряде случаев возможно лечение и без отрыва от работы.

Полная ВН удостоверяется листком нетрудоспособности и (или) справкой о временной нетрудоспособности.

Частичная временная утрата трудоспособности определяется в тех случаях, когда больной из-за имеющихся у него функциональных нарушений, обусловленных заболеванием или травмой, не может выполнять в полном объеме свою обычную работу, но может без ущерба для здоровья выполнять свою работу с временным освобождением от некоторых противопоказанных ему по состоянию здоровья служебных функций или нуждается во временном переводе на другую, легкую работу.

Определение частичной ВН способствует более быстрому выздоровлению и восстановлению трудоспособности. Частичная ВН удостоверяется заключением ВКК о необходимости тех или иных ограничений или перевода на легкую работу. При этом необходимо конкретно указать работу, на которую переводится больной, перечислить противопоказанные виды работ, рекомендовать срок трудоустройства и т.п.

Таким образом, для лечащего врача при экспертизе ВН при заболеваниях и травмах принципиально важно определить характер ВН больного (полное или частичное освобождение от работы), указать оптимальные условия, в которых больной после выздоровления сможет продолжить трудовую деятельность без ущерба для здоровья и полностью справляться со своими служебными обязанностями. При этом, естественно, учитываются индивидуальные клинические и социально-профессиональные факторы на разных этапах.

Длительность ВН зависит от особенностей течения заболевания. В большинстве случаев сроки ВН бывают сравнительно небольшими, исчисляются днями, неделями, реже несколькими месяцами. При острых заболеваниях с благоприятным трудовым прогнозом листок нетрудоспособности выдается до восстановления трудоспособности. При острых заболеваниях с склонностью к переходу в хроническое состояние листок нетрудоспособности выдается до того времени, пока трудовой прогноз представляется благоприятным. При неблагоприятном или сомнительном прогнозе даже при коротком сроке нетрудоспособности, который в некоторых случаях может быть всего 1-2 месяца, больного целесообразно направлять на МРЭК для определения инвалидности.

6.3. Сроки временной нетрудоспособности и продление лечения на МРЭК

Определение срока (длительности) ВН и продление лечения во МРЭК имеют большое клиническое и социальное значение.

Сроки ВН при различных заболеваниях и травмах зависят от этиологических факторов, клинических проявлений, стадии, течения болезни и возникающих осложнений. Определенное влияние на сроки ВН оказывают возраст больного, взаимное отягощение сопутствующих и конкурирующих между собой заболеваний, характер и степень выраженности нарушения функций и др. Большое влияние на продолжительность ВН оказывают характер работы и условия труда больного. Так, сроки ВН отличаются при одном и том же заболевании у лиц интеллектуального труда и у работающих преимущественно с физическим напряжением, в неблагоприятных санитарно-гигиенических условиях. При этом у последних ВН более продолжительна.

Сроки ВН во многом также определяются трудовым прогнозом. Если трудовой прогноз неблагоприятный, больной должен быть направлен на МРЭК, как только этот факт становится очевидным.

С даты восстановления трудоспособности прекращается период ВН, листок нетрудоспособности или справка закрываются, а пациент приступает к работе. Главными признаками восстановления трудоспособности являются:

1. Исчезновение клинических симптомов заболевания или травмы, свидетельствующих о прекращении острого периода заболевания.
2. Наступление периода реконвалесценции.
3. Факт восстановления нарушенных функций организма до такой степени, при которой больной без ущерба для своего здоровья может приступить к своей работе или к работе в облегченных условиях.

Если же трудоспособность больного не восстанавливается по причине отрицательной динамики течения заболевания и его исхода (хронизация процесса, возникновение инвалидизирующих осложнений, стойкое нарушение функций организма, образование анатомических дефектов, деформаций и др.), то такого больного необходимо своевременно направить на МРЭК для установления инвалидности. Временная нетрудоспособность у таких больных прекращается с даты установления инвалидности.

Лица, длительно болеющие, даже при благоприятном трудовом прогнозе направляются на МРЭК не позднее 120 дней со дня установления ВН при непрерывном листке нетрудоспособности или справке, или не позднее 150 дней, если ВН с перерывами устанавливается по одному и тому же заболеванию (в связи с повторными обострениями) в течение последних 12 месяцев. В срок 120 дней непрерывной ВН включаются все заболевания или травмы, ее обуславливающие, независимо от их характера. К длительно болеющим относят лиц с ВН продолжительностью 40 дней и более, а к часто болеющим - лиц, имевших 4 и более случаев ВН по одному или родственным заболеваниям за последние 12 месяцев. Под периодом "последние 12 месяцев" подразумевают не календарный

год, а 12 месяцев с момента начала ВН. Знание сроков предшествующей ВН за последние 12 месяцев очень важно, чтобы не пропустить контрольных сроков направления больных на МРЭК.

Исключение из данного правила предоставлено только длительно болеющим туберкулезом различной локализации. Эти лица направляются на МРЭК не позднее 180 дней со дня установления ВН, если листок нетрудоспособности продолжался без перерыва, или 240 дней, если ВН перерывалась в течение последних 12 месяцев. Этот срок устанавливается независимо от того, обусловлена ли ВН впервые выявленным туберкулезом, рецидивом заболевания или повторными обострениями хронически протекающего специфического процесса.

На МРЭКе ВН продлевается в случае, когда больней по состоянию здоровья на день освидетельствования еще не может полностью или частично приступать к работе, но у него имеются подтверждения положительной динамики патологического процесса и благоприятный клинический прогноз.

После заключения МРЭК о необходимости продления лечения больного, организация здравоохранения продлевает листок нетрудоспособности или справку до полного восстановления трудоспособности. Обычно средний срок ВН колеблется от двух до трех месяцев, но максимальная продолжительность ВН не может превышать 120 дней. МРЭК, как правило, не устанавливает конкретные сроки, на которые при благоприятном трудовом прогнозе можно продлевать листок нетрудоспособности или справку. Вся ответственность за обоснованность выдачи продления листка нетрудоспособности (справки) возлагается на ВКК организации здравоохранения.

В тех случаях, когда после экспертного заключения МРЭК о долечивании у больного вскоре ухудшается течение заболевания и нарастают функциональные нарушения организма, обуславливающие сомнительность клинического и трудового прогноза, больней должен быть срочно повторно направлен на МРЭК независимо от того, сколько времени прошло с момента его первичного освидетельствования.

Решение МРЭК о долечивании считается обоснованным, если в ближайшие 1,5-2 месяца после заключения о необходимости продлить лечение, больней восстанавливает свою трудоспособность полностью или частично. Если же после долечивания ему будет установлена II или I группы, то заключение МРЭК о долечивании считается ошибочным.

Предельные сроки направления длительно болеющих на МРЭК нельзя рассматривать как предельные сроки ВН. Так, при наличии признаков инвалидности, продлевать до предельных сроков выдачу листка нетрудоспособности, а уж потом направлять больней на МРЭК недопустимо. При наличии признаков инвалидности и при условии окончания острого периода заболевания (последствий травмы), то есть по прекращению признаков ВН, больные подлежат направлению на МРЭК и при более коротких сроках ВН. С даты установления инвалидности листок нетрудоспособности (справка) закрывается. В то же время, если группа инвалидности устанавливается больному, у которого утрата трудоспособности фактически

носит временный характер и в ближайшее время возможно полное или частичное восстановление трудоспособности, наносится не только ущерб здоровью, но и экономический ущерб, как больному, так и государству.

Естественно, что обоснованность сроков ВН продления лечения на МРЭК подлежат строгому контролю. В связи с этим лечащие врачи и должностные лица организаций здравоохранения (заведующие отделениями, заместители главного врача по медико-социальной экспертизе и реабилитации, главные врачи) обязаны обращать пристальное внимание на динамику течения заболевания и восстановления нарушенных функций, чтобы не пропустить либо момент восстановления трудоспособности, либо переход острого заболевания в хроническое с формированием стойкой нетрудоспособности.

К моменту направления на МРЭК длительно болеющих лиц, которые исчерпали допустимые предельные сроки ВН, они должны быть достаточно обследованы, активно пролечены и максимально реабилитированы. Это необходимо для того, чтобы при своевременном направлении на МРЭК не возникли основания для продления ВН с целью уточнения диагноза, проведения лечения или реабилитации. Для этого больным, у которых ВН при амбулаторном или стационарном лечении продолжается более 30 календарных дней подряд, листок нетрудоспособности продлевается только после обязательного освидетельствования на ВКК (см. главу VII, раздел 7.1).

Надежным ориентиром для контроля являются научно обоснованные оптимально-минимальные сроки ВН при различных заболеваниях. Соблюдение этих оптимальных сроков ВН при тем или ином заболевании возможно только при своевременной и правильной диагностике, адекватном лечении и реабилитации. Иначе при несоблюдении данных условий оптимальные сроки ВН в отдельном конкретном случае будут нарушены, что неизбежно приведет к увеличению расходов на выплату пособия по ВН и рост показателей заболеваемости с ВН.

Эффективность продления лечения во МРЭКе при различных нозологических формах неодинаковая. Наибольшая эффективность (90% восстановления трудоспособности) достигается при травмах различной локализации. Рекомендации МРЭК по долечиванию наиболее целесообразны в отношении лиц молодого возраста, перенесших травму опорно-двигательного аппарата, черепно-мозговую травму, оперативное вмешательство с затянувшимся периодом восстановления функциональных нарушений, но с благоприятным клиническим и трудовым прогнозом.

6.4. Временная нетрудоспособность при различном течении заболевания

Важнейшую роль в определении трудоспособности играют такие клинические критерии как этап в течении заболевания (острый, подострый, период реконвалесценции, стойкой ремиссии и т.д.) и характер (тип) течения заболевания (острый и хронический). Для установления сроков ВН большое значение имеет определение особенностей течения заболевания в зависимости от его исхода и связанного с этим клинического и трудового прогноза.

При остром течении заболевания или травмы возможны следующие варианты.

1. Острое течение с полным восстановлением нарушенных функций, то есть с выздоровлением в течение короткого или более продолжительного времени. Клинический и трудовой прогнозы благоприятные, листок нетрудоспособности в связи с этим выдается до восстановления трудоспособности.

2. Острое течение с склонностью к переходу в хроническое состояние вследствие развития осложнений, остаточных дефектов, деформаций и т. д. Листок нетрудоспособности выдается до того времени, пока трудовой прогноз представляется благоприятным, то есть до окончания острого периода и образования остаточного дефекта или деформаций в отдельных органах и системах.

3. Острое течение с переходом в хроническое, развитием стойких и необратимых остаточных явлений. Трудовой прогноз сомнительный или неблагоприятный. Листок нетрудоспособности выдается до окончания острого периода и перехода заболевания в хроническое течение. Далее таких больных целесообразно направлять на МРЭК для определения инвалидности. В случае если нет оснований для установления инвалидности, но имеется легкое ограничение трудоспособности (ФК I), больной по заключению ВКК переводится на другую работу.

При хронических заболеваниях листок нетрудоспособности обычно не выдается. Ограниченные показания к ВН могут возникать при обострении хронического заболевания или возникновении осложнений, при пароксизмальном течении хронического заболевания (стенокардия, гипертонический криз, почечная колика и др.), при декомпенсации состояния больного под влиянием дополнительных экзогенных факторов. При рецидивирующем течении заболевания ВН определяется на периоды обострений при наличии их четкой клинической симптоматики и значительной выраженности функциональных нарушений, при прогрессирующем течении - на период до установления неблагоприятного трудового прогноза.

Определяя ВН у больных с хроническими заболеваниями, необходимо обращать внимание на правильное оформление диагноза и записи врача в листе нетрудоспособности, истории болезни или амбулаторной карте, адекватность сроков ВН характеру и причине заболевания. Так, при обострении хронических заболеваний в диагнозе должно фигурировать "обострение", в медицинской документации - констатация симптомов, доказательно свидетельствующих об обострении и необходимости освобождения больного от работы, при этом продолжительность ВН должна быть достаточной для ликвидации обострения.

При заболеваниях, протекающих с пароксизмами, сроки ВН зависят от основного заболевания, характера и тяжести пароксизма, а также от его первичного возникновения или повторения. При первичном пароксизме необходимо уточнить диагноз и лечение, ВН может быть

достаточно продолжительной, при повторном - короткой, в связи с этим в диагнозе необходимо указывать "криз" (приступ, припадок, пароксизм).

Своевременная и правильная диагностика заболеваний, оценка этапа и характера течения заболевания во многом зависит от квалификации лечащих врачей и фельдшеров (акушерок), которым предоставлено право выдачи листков нетрудоспособности (справок). Поэтому основным направлением в улучшении клинико-экспертной работы является повышение квалификации врача и фельдшера (акушерки), создание для них необходимых условий для проведения своевременного обследования больных с использованием лабораторных, рентгенологических, инструментальных и других методов исследования, а также для проведения консультаций со смежными специалистами.

6.5. Документы, регламентирующие проведение экспертизы временной нетрудоспособности

В настоящее время в РБ экспертиза временной нетрудоспособности регламентируется следующими актами:

1. Положение о порядке обеспечения пособиями по временной нетрудоспособности, утвержденное постановлением Совета Министров Республики Беларусь 30.09.1997 № 1290 с внесенными изменениями и дополнениями на 01.09.2000 г. Настоящее Положение регулирует порядок обеспечения пособиями по временной нетрудоспособности, включая связанную с беременностью и родами, в соответствии с Законом Республики Беларусь "Об основах государственного социального страхования".

2. Инструкция о порядке выдачи листков нетрудоспособности и справок о временной нетрудоспособности, утвержденная постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь 09.07.2002 № 52/97.

Настоящая инструкция регулирует порядок выдачи и оформления листков нетрудоспособности и справок о временной нетрудоспособности, удостоверяющих временную нетрудоспособность, беременность и роды и подтверждающих временное освобождение граждан от работы, учебы, службы и другой трудовой деятельности, обусловленное медицинскими причинами и социальными факторами, предусмотренными действующим законодательством.

3. Инструкция по заполнению листков нетрудоспособности и справок о временной нетрудоспособности, утвержденная постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь 09.07.2002 № 52/97.

Настоящая инструкция обязательна для исполнения всеми работниками организаций здравоохранения, которым предоставлено право выдачи, продления и оформления листков нетрудоспособности и справок о временной нетрудоспособности.

4. Положение об экспертизе временной нетрудоспособности и организации реабилитации лечебно-профилактических учреждениях, утвержденное приказом министра здравоохранения РБ № 13 от 25.01.1993 г. "О создании системы реабилитации больных и инвалидов в Республике Беларусь".

Настоящее Положение распространяется на все учреждения организаций здравоохранения, независимо от ведомственной принадлежности, которым предоставлено право выдачи листков нетрудоспособности.

6.6. Документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность

ВН удостоверяется листком нетрудоспособности (ЛН) или справкой о временной нетрудоспособности (справка). Другие документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность, и ЛН, выданные с нарушением инструкций, не оплачиваются.

ЛН, выданный и оформленный в установленном порядке, в отличие от справки является основанием для назначения пособий по ВН и по беременности и родам. ЛН - наряду с этим есть документ, который удостоверяет факт нетрудоспособности, освобождает от работы, является единицей статистического анализа.

Право на получение ЛН имеют лица, на которых распространяется государственное социальное страхование. К ним относятся граждане, работающие на основе трудовых договоров,

членства (участия) в юридических лицах любых организационно-правовых форм; гражданско-правовых договоров, предметом которых является оказание услуг, выполнение работ и создание объектов интеллектуальной собственности у юридических лиц и индивидуальных предпринимателей. При условии оплаты страховых взносов это право распространяется также на индивидуальных предпринимателей; граждан, выполняющих работы по гражданско-правовым договорам у физических лиц, творческих работников, иностранных граждан и лиц без гражданства, работающих в Республике Беларусь. В соответствии действующей инструкцией ЛН выдается:

1. работникам из числа граждан РБ, иностранных граждан и лиц без гражданства, работающих в организациях, независимо от их форм собственности;

2. лицам, занимающимся предпринимательской и иной деятельностью, при условии уплаты страховых взносов в Фонд социальной защиты населения Министерства труда и социальной защиты РБ;

3. безработным, состоящим на учете в государственной службе занятости, в период выполнения ими общественных работ;

4. работникам из числа граждан государств-участников Содружества Независимых Государств, в случае возникновения у них ВН в период пребывания на территории РБ.

По сложившейся практике ЛН не выдается на определенные периоды времени, если согласно законодательству за эти периоды пособие по ВН не выплачивается: за время нетрудоспособности, которая приходится на период проведения периодического медицинского осмотра рабочих и служащих в установленных случаях; за время испытания в условиях стационара при призыве на военную службу; за время нахождения под арестом и проведения судебно-медицинской экспертизы; за время проведения принудительного лечения по определению суда (кроме больных, страдающих психическими заболеваниями); при умышленном причинении вреда своему здоровью в целях уклонения от работы или других обязанностей; при ВН, наступившей вследствие травмы, полученной при совершении преступления; в период спора о законности увольнения (в случае восстановления на работе пособие выплачивается со дня вынесения решения о восстановлении); за время выполнения государственных или общественных обязанностей, если по действующему законодательству эти обязанности осуществляются в рабочее время и за работником сохраняется средний заработок; за период привлечения к выполнению воинских обязанностей, в период отпуска в связи с обучением в вечерних и заочных отделениях высших и средних специальных учебных заведений; членам колхозов, у которых ВН наступила в период невыхода на работу без уважительных причин, продолжительность которого превышает 2 месяца. ЛН не выдается лицам, которым установлена инвалидность I и II групп без трудовой рекомендации.

Справка о временной нетрудоспособности - документ, который удостоверяет факт нетрудоспособности, освобождает от работы или учебы, и в отдельных случаях является основанием для сохранения заработной платы на период ВН, а не для выплаты пособия. Справка о ВН, как и ЛН, служит юридическим основанием для освобождения трудящегося от работы либо учебы. Это предопределяет необходимость строгого подхода к выдаче справок, их учета и контроля.

Действующая инструкция позволяет выдать справку о ВН в следующих случаях:

1) безработным, состоящим на учете в государственной службе занятости (кроме безработных, которые в этот период выполняли общественные работы);

2) военнослужащим, лицам рядового и начальствующего состава органов внутренних дел, финансовых расследований, органов и подразделений по чрезвычайным ситуациям в случае обращения в территориальные организации здравоохранения за скорой и неотложной медицинской помощью и определения при этом у них ВН;

3) лицам, у которых длительная (более месяца) ВН вследствие заболевания или травмы наступила в течение месячного срока после увольнения с работы;

4) лицам, обучающимся в общих средних, профессионально-технических, средних специальных и в высших учреждениях образования, аспирантуре, клинической ординатуре, в том числе и при выполнении ими сельскохозяйственных работ;

5) лицам, осуществляющим предпринимательскую и иную деятельность, не состоящим на учете в органах Фонда и не уплачивающим страховые взносы.

Справка о ВН выдается, продлевается и оформляется в таком же порядке, как и ЛН.

В отдельных случаях факт ВН фиксируется справкой произвольной формы, которая может быть выдана для возможного установления начала срока ВН в соответствии с инструкцией или для предоставления по месту работы. Такая справка произвольной формы может быть выдана лицам, работающим посменно, обратившимся в нерабочее для амбулаторно-поликлинических учреждений время в скорую медицинскую помощь, в приемное отделение больницы или к фельдшеру здравпункта; гражданам, самостоятельно обращающимся за консультативной помощью, а также проходящим обследование в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях по направлению военных комиссариатов, следственных органов, прокуратуры и суда; лицам, осуществляющим уход за больными взрослыми членами семьи в случаях, когда имеются медицинские и социально-правовые основания для проведения ухода и освобождения члена семьи от работы, а ЛН по уходу не может быть выдан, поскольку предельный срок его выдачи предусмотренный инструкцией, исчерпан.

Частичная ВН удостоверяется справкой (заключением) ВКК. Частичная ВН возникает при необходимости временного перевода на другую, более легкую работу. Такой перевод осуществляется, если больной нетрудоспособен на своей работе, но может без ущерба для здоровья и эффективно выполнять другую. Временное трудоустройство является функцией ВКК, которая дает заключение о желательности по состоянию здоровья перевода на другую, более легкую работу и характере рекомендуемой работы с учетом квалификации больного (см. гл. 7.9.5). ВКК осуществляет не только временное, но и постоянное трудоустройство граждан, не являющихся инвалидами (Положение об ЭВН и организации реабилитации в лечебно-профилактических учреждениях, п. VI).

6.7. Специальные случаи определения временной нетрудоспособности

Определение ВН в период отпуска. В период трудового и или социального отпусков ЛН выдается больному со дня установления ВН в случае заболевания или травмы, а также в связи с беременностью и родами. Во всех остальных случаях ВН ЛН не выдается, поскольку пособие в период трудового или социального отпуска не выплачивается. ЛН не выдается также в случае заболевания лица, находящегося в отпуске по уходу за ребенком в возрасте до 3 лет. Если лицо, находящееся в отпуске по уходу за ребенком в возрасте до 3 лет, работает в период указанного отпуска на условиях неполного рабочего времени (не более половины месячной нормы часов) или на дому, листок нетрудоспособности выдается в соответствии с инструкцией.

В случае наступления ВН во время отпуска, предоставляемого в установленном порядке молодому специалисту по окончании учебного заведения, ЛН не выдается, так как пособие за этот период не выплачивается независимо от того, получал он стипендию или нет. Исключение из этого правила касается только женщин, имеющих право на ВН в связи с беременностью и родами. При этом, если ВН по беременности и родам продолжается и после дня, с которого женщина должна была приступить к работе согласно направлению, пособие по беременности и родам выплачивается ей по месту учебы - до дня предполагаемой явки на работу и по месту работы - начиная с указанного дня. В таких случаях выдаются два ЛН: на период до предполагаемой явки на работу, который представляется в учебное заведение, и на период со дня предполагаемой явки на работу для выплаты пособия по месту работы.

Определение ВН учащихся. Лица, обучающиеся в общих средних, профессионально-технических, средних специальных и в высших учреждениях образования, аспирантуре, клинической ординатуре в период обучения социальному страхованию не подлежат. Поэтому ВН перечисленных категорий учащихся удостоверяется только справкой о ВН. На период ВН за учащимся сохраняется стипендия. Если ВН у этих лиц возникла при выполнении сельскохозяйственных работ или в период производственной практики, то им выдается также справка о ВН, поскольку договора о сельхозработах и производственной практике учащихся, заключаемые между учебным заведением и предприятием, не относятся к трудовым договорам. В то же время, лицам, зачисленным в период сельхозработ или производственной практики на работу по трудовому договору, выдается ЛН, который оплачивается по день окончания сельхозработ или производственной практики. Если ВН продолжается и после окончания сельхозработ или производственной практики, ЛН не выдается и пособие по ВН не выплачивается. В случаях же временной нетрудоспособности в связи с несчастными случаями на производстве и

профессиональными заболеваниями, беременностью и родами выдается ЛН на общих основаниях в соответствии с инструкцией.

Студенты и учащиеся, работающие в составе строительных отрядов, в соответствии с законодательством приравниваются к категории временных рабочих и служащих. Если в период работы у членов строительного отряда возникает ВН, им выдается ЛН, который при трудовом увечье или профессиональном заболевании оплачивается до восстановления трудоспособности или установления инвалидности, а при общем заболевании - не более 75 календарных дней суммарно по всем случаям ВН.

В случаях ВН в связи с беременностью и родами у учащихся, которые обучаются с отрывом от производства в профессионально-технических, средних специальных и высших учебных заведениях, в том числе и негосударственных, в аспирантуре, клинической ординатуре и совмещают учебу с работой, выдаются два листка нетрудоспособности для выплаты пособия по беременности и родам - как по месту работы, так и по месту учебы.

Учащиеся школ и курсов по повышению квалификации, по переквалификации и подготовке кадров, если они непосредственно перед поступлением в школу или на курсы работали в качестве рабочих и служащих, подлежат социальному страхованию и имеют право на пособие по ВН. При возникновении у них ВН последняя удостоверяется ЛН.

Определение ВН у молодых специалистов. Молодые специалисты, окончившие учебные заведения, аспирантуру или клиническую ординатуру с отрывом от производства и направленные на работу в соответствии с планом распределения, в случае наступления ВН до начала трудовой деятельности имеют право на получение пособия со дня, назначенного для явки на работу. Этим лицам ЛН выдается со дня назначенного для явки на работу, а пособие выплачивается по месту направления на работу. Молодые специалисты, которые трудоустраиваются самостоятельно, до фактического выхода на работу права на получение ЛН не имеют. Не выдается ЛН молодым специалистам в период отпуска, предоставляемого после окончания учебного заведения, во время которого им выплачивается стипендия. Исключением из этого правила является ВН в связи с беременностью и родами, которая сразу удостоверяется ЛН. При этом выдают два ЛН, один из которых оплачивается по месту учебы в размере стипендии, а второй - по месту работы из ее тарифной ставки (оклада).

Определение ВН у сезонных и временных рабочих. Временными работниками считаются лица, принятые на работу на срок до двух месяцев, а для замещения временно отсутствующего работника, за которым сохраняется место работы (должность), - до четырех месяцев. Сезонными работниками считаются лица, занятые на работах, которые в силу природных и климатических условий выполняются не круглый год, а в течение определенного периода (сезона), не превышающего шести месяцев. Перечни сезонных работ утверждаются Правительством РБ или уполномоченным им органом.

Временным и сезонным рабочим и служащим, если в период их работы наступает ВН, выдается ЛН, так как на них распространяется социальное страхование. Пособие выплачивается указанной категории работников за весь период, удостоверенным листком нетрудоспособности при ВН в связи с несчастными случаями на производстве и профессиональными заболеваниями, заболеванием туберкулезом, беременностью и родами; уходом за больным ребенком в возрасте до 14 лет, ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет при стационарном лечении, ребенком в возрасте до 3 лет и ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет в случае болезни матери либо другого лица, фактически осуществляющего уход за ребенком.

При других причинах ВН выплата пособия производится не более, чем за 75 календарных дней в общей сложности.

ВН уволенных. Юридически днем увольнения считается последний день работы. Если в этот день, в том числе и после работы (до 24 часов), наступает ВН, выдается ЛН, который оплачивается до восстановления трудоспособности или установления группы инвалидности. Со следующего за увольнением дня пособие по ВН не выплачивается, поэтому ЛН не выдается.

Лицам, уволившимся с работы, в случаях возникновения ВН, продолжительностью более месяца, а также отпуска по беременности и родам в течение одного месяца после увольнения выдается справка о ВН. Если областным или Минским городским управлениями Фонда принято решение о выплате в этом случае пособия по ВН из средств социального страхования, то ВКК

обменивает справку на ЛН. Такое решение может быть принято в порядке исключения в отдельных случаях увольнения с работы (прекращения трудовой деятельности) по уважительным причинам. Неуважительными причинами увольнения считаются основания увольнения, установленные п.п. 4, 5, 7, 8, 9 статьи 42 и статьей 47 Трудового кодекса РБ.

Иногда увольнение работника по инициативе нанимателя (администрации) может иметь место в период длительной ВН. Так трудовой договор, заключенный на неопределенный срок, а также срочный трудовой договор до истечения срока его действия могут быть расторгнуты нанимателем в случае неявки на работу в течение более четырех месяцев подряд вследствие ВН (не считая отпуска по беременности и родам), если законодательством не установлен более длительный срок сохранения места работы (должности) при определенном заболевании. За работниками, утратившими трудоспособность в связи с трудовым увечьем или профессиональным заболеванием, место работы (должность) сохраняется до восстановления трудоспособности или установления инвалидности. На практике увольнение по причине длительной ВН допускается только в случаях острой производственной необходимости. Основанием для увольнения служит непрерывная ВН в течение указанных сроков. Выход на работу хотя бы на один день, а также (любой) отпуск прерывают ВН. Пособие по ВН таким лицам выдается до восстановления трудоспособности или установления инвалидности, что служит основанием для выдачи ЛН уволенным в период ВН.

ВН военнослужащих. Военнослужащие, лица рядового и начальствующего состава органов внутренних дел, финансовых расследований, органов и подразделений по чрезвычайным ситуациям подлежат лечению в ведомственных лечебных учреждениях, где на период ВН им выдается справка, гарантирующая сохранение заработной платы. В случае обращения их в территориальные организации здравоохранения за скорой и неотложной медицинской помощью и определения у них при этом временной утраты трудоспособности им выдается справка о ВН. Если лицо из указанного контингента по какой-либо другой причине обслуживается в гражданском лечебно-профилактическом учреждении, на период ВН ему выдается справка произвольной формы. ЛН никому из них не выдается.

ВН за время нахождения под арестом. За время нахождения под арестом ЛН не выдается и пособие не выплачивается. Если ВН продолжается после освобождения и работник восстановлен на работе, то со дня восстановления выплачивается пособие и выдается ЛН. Не выдается ЛН также за дни ареста за мелкое хулиганство.

Лицам, находящимся на принудительном лечении (кроме больных, страдающих психическими заболеваниями), ЛН не выдается и пособие не выплачивается. Психически больные в период принудительного лечения по решению суда пользуются правом на пособие по ВН.

ВН работников религиозных организаций. Лица, работающие в религиозных организациях, подлежат государственному социальному страхованию наравне с рабочими и служащими. В соответствии с письмами Совета по делам религий при Совете министров Республики Беларусь от 3 мая 1994 г. № 105 и от 3 августа 1994 г. № 197 к лицам, работающим в церковных приходах и организациях, на которых распространяется государственное социальное страхование, относятся:

I. К священнослужителям:

- православная церковь - Митрополит, архиепископы, епископы, священники, диаконы, псаломщики;
- католическая церковь - архиепископы, епископы, ксендзы, диаконы;
- старообрядческая церковь - духовные наставники, священники, диаконы, псаломщики;
- греко-католическая церковь (униатская) - священники, диаконы, псаломщики;
- иудейская религия - раввины;
- мусульманская религия - старшие пресвитеры, пресвитеры.

II. К рабочим и служащим во всех религиозных конфессиях:

- счетно-бухгалтерский персонал;
- работники канцелярий;
- хозяйственного и бытового обслуживания;
- транспорта и его обслуживания;
- регенты и штатные певчие церковных хоров, органисты, работающие постоянно в костелах.

Всем лицам, перечисленным в п.п. I и II, при возникновении ВН выдается ЛН.

6.8. Общие вопросы выдачи листка нетрудоспособности

Право медицинских учреждений на выдачу ЛН. Право выдачи ЛН, согласно инструкции, предоставлено государственным организациям здравоохранения независимо от ведомственной принадлежности и негосударственным организациям здравоохранения, имеющих специальное разрешение (лицензию) на проведение экспертизы ВН и выдачу ЛН.

Специальное разрешение (лицензия) выдается по совместному решению Минздрава и Фонда на срок не более пяти лет в соответствии с законодательством.

Не имеют права выдавать ЛН областные консультативные поликлиники, диагностические центры, отделения медицинской реабилитации санаториев, санатории-профилактории, МРЭЖи, станции скорой медицинской помощи, станции переливания крови, приемные отделения больниц, Государственная служба медицинских судебных экспертиз, центры гигиены и эпидемиологии, бальнеогрязелечебницы и городские курортные водогрязелечебницы, дома отдыха, туристические базы, врачебно-физкультурные диспансеры, дома-интернаты.

Право медицинских работников на выдачу ЛН. Согласно Инструкции ЛН выдают лечащие врачи после личного осмотра больного, которые ведут амбулаторный прием или больных в стационаре, в том числе врачи-интерны. В случае отстранения от работы в связи с карантином ЛН выдается врачом-инфекционистом, а при его отсутствии - лечащим врачом, если работник имел контакт с заразными больными и был отстранен от работы санитарно-эпидемиологической службой.

Студенты высших медицинских учреждений образования не имеют права выдавать ЛН, за исключением периодов эпидемии гриппа, когда студентам старших курсов может быть предоставлено право выдачи ЛН по специальному приказу Минздрава согласованному с Фондом, а в случае необходимости, с согласия Минздрава и Фонда - комитетом по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета, управлениями здравоохранения областных исполнительных комитетов по согласованию с областными, Минским городским управлениями Фонда.

Средний медицинский персонал при наличии врачей не имеет права выдавать ЛН и справки о ВН. В организации здравоохранения, где нет врача (сельские участковые больницы, врачебные амбулатории), на фельдшерско-акушерских пунктах право выдавать ЛН может быть предоставлено фельдшеру или акушерке с последующим контролем со стороны заведующего врачебным участком. Списки этих фельдшеров (акушерок) и сроки, на которые они могут выдавать ЛН, устанавливаются управлениями здравоохранения областных исполнительных комитетов по согласованию с областными управлениями Фонда. В период эпидемии гриппа по специальному приказу Минздрава, согласованному с Фондом, фельдшерам здравпунктов может быть предоставлено право выдачи ЛН. Фельдшеры не имеют права выдавать справки для последующего обмена их на ЛН. Исключение составляют справки произвольной формы, выдаваемые фельдшером здравпункта в вечернее и ночное время для освобождения от работы до конца смены для возможного последующего обмена их на ЛН.

В установленных инструкцией случаях ЛН выдает врачебно-консультационная комиссия (ВКК). Заведующие отделениями и заместители главного врача организации здравоохранения могут выдавать ЛН только в случаях, когда они исполняют обязанности лечащего врача.

В негосударственных организациях здравоохранения ЛН выдается лечащим врачом совместно с лицом, отвечающим за проведение экспертизы ВН.

За необоснованную выдачу, неправильное оформление ЛН и справок о ВН лица, которым предоставлено право их выдачи, привлекаются в установленном порядке к дисциплинарной ответственности. Лица, неоднократно допустившие указанные нарушения, могут быть лишены права выдачи ЛН и справок о ВН органами здравоохранения сроком от 1 до 3-х месяцев или направлены на досрочную аттестацию на соответствие занимаемой должности или квалификационной категории. Если в действиях медицинских работников при выдаче ЛН и справок о ВН установлены признаки преступления, они могут быть привлечены к уголовной ответственности в соответствии с действующим законодательством.

ГЛАВА VII

ПОРЯДОК ВЫДАЧИ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

7.1. Выдача листка нетрудоспособности при амбулаторном лечении

Лечебные учреждения, выдающие ЛН. В случаях болезни или увечья работающих граждан ЛН им выдается организацией здравоохранения по месту жительства, а при наличии ведомственных организации здравоохранения - также и по месту работы, учебы, службы или по месту закрепления больного для медицинского обслуживания. При этом исходят из того, чтобы заболевшие меньше затрачивали времени на проезд к месту лечения или реабилитации, а больным, нуждающимся в соблюдении постельного режима, оказывалась медицинская помощь на дому. ЛН выдается, продлевается и закрывается, как правило, в одной организации здравоохранения. При необходимости, с разрешения лечащего врача, больной может продолжить лечение в организации здравоохранения по месту жительства или работы. Так, например, ЛН, выданный организацией здравоохранения по месту работы, может в установленном порядке продлеваться и закрываться в организации здравоохранения по месту жительства и наоборот. При этом в строке ЛН "Особые отметки" указывается "разрешено продление лечения в (название организации здравоохранения)", ставится дата, подпись и печать лечащего врача.

Республиканские организации здравоохранения (клиники, больницы и другие) имеют право выдавать ЛН гражданам, проживающим на территории Республики Беларусь, областные - гражданам, проживающим, на территории области, районные - района, ведомственные - работникам соответствующих государственных органов или организаций. ЛН указанными организациями выдается без соответствующего разрешения главного врача (руководителя) организации здравоохранения.

В случае обращения больного, нуждающегося в специализированных видах медицинской помощи, лечащий врач организации здравоохранения может выдать ЛН на срок до трех дней и направить больного в специализированное лечебное учреждение соответствующего профиля.

Инструкция оговаривает права диспансеров (кабинетов) на выдачу ЛН только по профильным или смежным заболеваниям.

Кардиологическим и онкологическим больным с установленным диагнозом ЛН может выдаваться и продлеваться в организации здравоохранения по месту жительства.

Выдача ЛН иногородним. Застрахованным, у которых ВН наступила вне места их постоянного обслуживания (постоянного жительства или работы), например, во время командировки, в доме отдыха и т.д., ЛН выдается в месте их временного пребывания, но лишь с разрешения главного врача (руководителя) или лица, исполняющего его обязанности. Вопрос о выдаче ЛН иногородним главный врач должен решать лично в первый день установления ВН. Разрешение главного врача (руководителя) организации здравоохранения о выдаче ЛН иногородним (иностранным гражданам) оформляется следующим образом. В строке ЛН "Особые отметки" записывается - "Выдачу ЛН разрешаю, главный врач" подпись, дата, гербовая печать организации здравоохранения. В случае госпитализации иногороднего главный врач визирует направление в стационар, а при выписке - подписывает ЛН. При установлении ВН у иногородних главный врач должен руководствоваться неотложными медицинскими показаниями (острое заболевание, травма, явное обострение хронического заболевания и т.п.). Обследование и лечение иногородних в плановом порядке проводятся только по направлению организации здравоохранения с места жительства больного в данное лечебное учреждение.

Если иногородний без ущерба для здоровья может выехать для лечения по месту жительства, в ЛН делается отметка "выезд разрешен", указывается дата, место выезда и ставятся подписи лечащего и главного врача. Отметка о выезде является основанием для продления данного ЛН по месту жительства больного. Если отметки о выезде нет, больному по месту жительства при необходимости продления случая ВН выдают новый ЛН, а неправильно оформленный пересылают для исправления в организацию здравоохранения, выдавшее ЛН.

Дата выдачи ЛН при заболеваниях и травмах. ЛН выдается в день установления нетрудоспособности (кроме случаев лечения в стационаре), в том числе в выходные и праздничные дни, в день увольнения, в период трудового и социального отпусков. При амбулаторном лечении даты выдачи ЛН и освобождения от работы должны совпадать. Это правило, однако, имеет ряд исключений. Если больной обратился в лечебное учреждение после работы и у него констатируется ВН, ЛН датируется днем обращения, а освобождение от работы проводится со следующего дня. Обосновывается это тем, что в день выдачи ЛН больной не нуждается в освобождении от работы и не утратил заработка, который компенсируется пособием по ВН.

Чаще несовпадение дат выдачи ЛН и освобождения от работы связано с получением ЛН за прошлое время. При этом встречаются обоснованные случаи, когда возможность выдачи ЛН за прошедшие дни разрешена Инструкцией, и необоснованные, вызванные ошибками врачей при проведении ЭВН. К причинам обоснованной выдачи ЛН за прошедшие дни относятся следующие.

1. Выдача ЛН за прошедшие дни работающим лицам, у которых ВН в связи с заболеванием или травмой возникла в период временного пребывания за границей и удостоверена документом организации здравоохранения страны пребывания. Документ, удостоверяющий ВН, беременность и роды, и приложенная к нему выписка из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного должны быть переведены на белорусский (русский) язык. Перевод медицинских документов должен быть официально заверен (легализован). ЛН этим лицам выдается с разрешения главного врача, если диагноз, указанный в медицинском документе, является вероятным и сроки ВН адекватны соответствующей патологии.

Если ВН у них закончилась, то лечащий врач в разделе ЛН "Освобождение от работы" одной строкой указывает весь период от начала ВН по день ее окончания. ЛН подписывается лечащим врачом, заведующим отделением, председателем ВКК.

Если ВН у них не закончилась, дальнейшая выдача и продление ЛН осуществляется в общем порядке.

При сомнении в достоверности документа, удостоверяющего ВН больного, производится запрос в соответствующие органы здравоохранения за границей.

2. Выдача ЛН за прошедшие дни работающим лицам, которые трудятся и постоянно проживают в обособленных организациях Республики Беларусь на территории стран государств-участников Содружества Независимых Государств. Документ, удостоверяющий ВН, беременность и роды, выданный в стране проживания, обменивается на ЛН по письменному ходатайству организацией здравоохранения, в зоне обслуживания которой она находится. Порядок обмена аналогичен предыдущему (см. п. 1).

3. Выдача ЛН за прошедшие дни неработающим лицам, уволенным с работы (прекратившим трудовую деятельность) по уважительной причине, у которых длительная (более месяца) утрата трудоспособности вследствие заболевания или травмы наступила в течение месячного срока после увольнения с работы и удостоверена справкой о ВН. ЛН выдается при наличии решения комиссии по назначению пособий при областных, Минском городском управлениях Фонда о назначении пособия по ВН. Ранее выданная этим лицам справка о ВН по решению ВКК, которое заносится в строку ЛН "Особые отметки" обменивается на ЛН организацией здравоохранения по месту их лечения. Справка хранится в медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного.

Если ВН закончилась, лечащий врач в разделе ЛН "Освобождение от работы" одной строкой указывает весь периода от начала ВН по день ее окончания, а если продолжается - по дату решения Фонда о назначении пособия по ВН. ЛН подписывается лечащим врачом, заведующим отделением, председателем ВКК. При необходимости дальнейшие выдачи и продление ЛН осуществляются в соответствии с инструкцией.

4. Выдача ЛН за прошедшие дни работающим лицам, страдающим психическим заболеванием с нарушением контроля поведения, которые по состоянию здоровья своевременно не обратились за медицинской помощью. Таким больным ЛН выдается ВКК психоневрологического диспансера или стационара.

5. Выдача ЛН за прошедшие дни лицам, работающим посменно, обратившимся за медицинской помощью в нерабочее для амбулаторно-поликлинических учреждений время в скорую медицинскую помощь, в приемное отделение больницы или к фельдшеру здравпункта. При

последующем их обращении в организацию здравоохранения, лечащий врач, установив ВН с санкции ВКК (решение ВКК оформляется в строке "Особые отметки") выдает ЛН на основании:

- данных, полученных со станции скорой медицинской помощи (даты, времени вызова бригады скорой медицинской помощи, диагноза и характера медицинской помощи);
- справки произвольной формы, выданной приемным отделением больницы, в которой указываются диагноз и характер оказанной медицинской помощи (если она оказывалась);
- справки произвольной формы, выданной фельдшером здравпункта, с указанием даты, времени обращения, диагноза, характера оказанной медицинской помощи. Если врач признает больного трудоспособным, ЛН выдается только на день (часы), указанные в справке.

Необходимость выдать ЛН за прошедшие дни может возникнуть в тех организациях здравоохранения, где допускаются ошибки в организации или проведении ЭВН. Такие случаи в обязательном порядке рассматриваются главным врачом или специальной комиссией, назначенной главным врачом, и разбираются на врачебных конференциях.

Порядок выдачи и продления ЛН. ЛН при заболеваниях и травмах амбулаторно выдает лечащий врач (в соответствующих случаях фельдшер). Лечащий врач имеет право единолично выдавать ЛН в пределах 6 календарных дней одновременно или по частям, если требуется более частое наблюдение за больным.

В лечебных учреждениях с одним врачом (в сельских местностях, в отдельных районах и т.п.) - врачу общей практики, врачу участковой больницы или амбулатории предоставлено право выдавать ЛН при амбулаторном и при стационарном лечении единолично на весь период ВН, но не более чем на 14 календарных дней подряд по одному случаю ВН. Исключение из этого положения составляют лица, нуждающиеся в специализированных видах медицинской помощи. Этим лицам лечащий врач выдает ЛН сроком на 1-3 дня с последующим направлением больного в организацию здравоохранения соответствующего профиля.

Разрешение выдавать ЛН на эти же сроки ВН может распространяться и на фельдшера, работающего без врача и исполняющего обязанности врача (главного врача) участковой больницы или сельской врачебной амбулатории. Такое право выдавать ЛН фельдшеру предоставляется управлением здравоохранения (охраны здоровья) областного исполнительного комитета по согласованию с областным управлением Фонда. Эти же органы могут разрешить выдавать ЛН фельдшеру или акушерке фельдшерско-акушерского пункта единолично на срок до 3 календарных дней, а в период эпидемии гриппа - до 6 календарных дней.

Продление ЛН более указанных сроков (6 календарных дней для укомплектованного врачебными кадрами лечебного учреждения и 14 календарных дней для лечебного учреждения с одним врачом или фельдшером) проводится в последний день освобождения от работы. В первом случае это осуществляется лечащим врачом совместно с заведующим отделением, а там, где его нет - председателем ВКК, заместителем главного врача, главным врачом после личного осмотра этими лицами. ЛН продлевается совместно этими врачами одновременно на срок не более чем на 10 календарных дней и на общий срок не более чем на 30 календарных дней. Во втором случае вопрос о дальнейшем продлении ЛН на срок до 30 календарных дней решается после консультации со специалистом вышестоящей организации здравоохранения.

Дальнейшее продление ЛН более 30 календарных дней решается ВКК организации здравоохранения.

Инструкция регламентирует определенный порядок выдачи ЛН при некоторых конкретных ситуациях.

1. Выдача ВКК ЛН с перерывами, то есть только на день (дни) явки в организацию здравоохранения в случаях проведения инвазивных методов обследования и лечения, вызывающих ВН или проведение которых невозможно без освобождения от работы (эндоскопические исследования биопсией или введением лекарственных веществ, химиотерапия по интермиттирующему типу, гемодиализ и другие).

При этом в строке "Особые отметки" ЛН указывается (ются) день (дни) проведения процедур и освобождения от работы проводится только на этот день (дни).

2. Выдача ЛН с первого дня обследования в центре профпатологии лицам, подлежащим периодическим медицинским осмотрам, если в процессе обследования устанавливается необходимость лечения.

3. Выдача ЛН при необходимости сроком на 1 день трудоспособным лицам, принимавшим участие в работах по ликвидации последствий катастрофы на ЧАЭС или проживающих (работающих) в зонах радиоактивного загрязнения, при их периодических медицинских обследованиях. В ЛН указывается вид нетрудоспособности - "Заболевание".

4. Выдача ЛН при ВН у лиц, получающих санаторно-курортное лечение. Исключение из этого положения касается тех лиц, которым на период санаторно-курортного лечения или ухода за ребенком на время санаторно-курортного лечения был выдан ЛН. ЛН выдается лечащим врачом совместно с заведующим отделением, а при его отсутствии - с заместителем главного врача или с главным врачом.

5. Выдача ВКК ЛН члену семьи в случае смерти больного в период ВН ЛН, оформленный на имя умершего, выдается по день его смерти.

6. Выдача ЛН длительно и часто болеющим. Больным, у которых ВН при амбулаторном или стационарном лечении по одному или разным заболеваниям продолжается более 30 календарных дней подряд, ЛН продлевается после обязательного освидетельствования их на ВКК через 30, 60, 90 и 105 дней от начала ВН, а при заболевании туберкулезом - через 30, 60, 90, 120, 150 и 165 календарных дней. При повторных случаях обострений одного либо родственных заболеваний обязательное освидетельствование больных на ВКК проводится, когда суммарная ВН (при двух и боле случаях) за последние 12 месяцев составила 60,90, 120 и 135 календарных дней, а при туберкулезе - 60, 90, 120, 150, 180, 210 и 225 календарных дней. После осмотра ВКК в ЛН в строке "ВКК" указывает дату осмотра, продолжительность случая ВН в днях, которые заверяются подписью и личной печатью врача, являющегося председателем ВКК.

ЛН выдается больному на весь период ВН до ее восстановления или установления инвалидности, но не более чем на 120 календарных дней подряд по одному или разным заболеваниям (травмам) либо не более чем на 150 календарных дней с перерывами за последние 12 месяцев при повторных случаях ВН вследствие одного либо родственных заболеваний, включая санаторный этап медицинской реабилитации и протезирование в условиях стационара, а при заболевании туберкулезом - не более чем на 180 календарных дней подряд или не более чем на 240 календарных дней с перерывами за последние 12 месяцев, включая санаторно-курортное лечение в противотуберкулезном санатории.

Выдача (продление) ЛН на более длительные периоды ВН производится по решению ВКК организации здравоохранения, на основании заключения МРЭК об отсутствии у больного признаков инвалидности и продлении лечения. При длительной ВН ВКК направляет больного на освидетельствование на МРЭК не позднее вышеуказанных сроков. Если МРЭК не выявляет у больного признаков инвалидности и рекомендует продление лечения, ВКК в строке "ВКК" ЛН производит запись "Разрешено продление ВН", которая заверяется подписью и личной печатью председателя ВКК. Дальнейшее разрешение ВКК на продление ВН проводится в соответствии с инструкцией с отсчетом дней ВН от дня начала экспертизы во МРЭК.

Если МРЭК признает больного трудоспособным, ВКК продлевает ЛН на весь период проведения экспертизы, включая день ее окончания, и выписывает больного к труду со следующего дня.

Больные, которым МРЭК санкционировала продление ЛН, должны находиться под особым контролем организации здравоохранения.

7.2. Выдача листков нетрудоспособности в стационаре

При лечении в стационаре (больнице, клинике и т. д.) ЛН в течение всего времени пребывания больного в стационаре выдается лечащим врачом совместно с заведующим отделением в день выписки за весь период стационарного лечения со дня госпитализации и по день выписки включительно. Весь срок ВН в стационаре отмечается в одной строке освобождения от работы, что удостоверяется двумя подписями - лечащего врача и заведующего отделением, а у иногородних - и главного врача.

ЛН в стационаре может выдаваться и к моменту выплаты заработной платы в случае ВН, продолжающейся более 30 календарных дней подряд. По желанию больного ему может быть выдан и закрыт ЛН за этот период для предоставления по месту работы и получения пособия по ВН, о чем

делается соответствующая отметка в медицинской карте стационарного больного. При выписке больного ему выдается листок нетрудоспособности на оставшийся период лечения в стационаре как продолжение ранее выданного ЛН. При выдаче второго ЛН в нем подчеркивается "продолжение" и указывается номер первичного ЛН. Стационар не имеет право засчитывать дни ВН, предшествующие госпитализации. Работа стационара должна организовываться таким образом, чтобы временно нетрудоспособные поступали для лечения в назначенный срок, несвоевременная госпитализация необоснованно удлиняет сроки ВН.

Если после лечения трудоспособность больного восстановилась, ЛН выдается по день выписки и закрывается. При необходимости, в связи с удаленностью стационара от места жительства больного, ЛН отдельной строкой продлевается на один день.

Если больной остается еще временно нетрудоспособным, стационар имеет право продлить ЛН на срок до 3 дней, а при длительной ВН, в случае отсутствия показаний к частым врачебным осмотрам - до 10 календарных дней. В целях улучшения преемственности между стационаром и поликлиникой целесообразно продлевать ЛН только на время, необходимое для обращения в организацию здравоохранения, в которой будет продолжено лечение больного. Так как больной должен быть осмотрен врачом перед выпиской на работу в последний день ВН, стационар не имеет право закрывать продленный ЛН. Поэтому оформление такого ЛН производится в поликлинике, при этом важно, чтобы выписной эпикриз стационара своевременно передавался в поликлинику и содержал экспертно-трудовую рекомендацию.

Если ВН после выписки из стационара продолжается и далее, ЛН продлевается в соответствии с инструкцией. При восстановлении трудоспособности больного врач поликлиники закрывает ЛН, выданный стационаром. Если после выписки из стационара лечащий врач констатирует восстановление трудоспособности больного до истечения срока освобождения от работы стационаром, он направляет больного на ВКК для решения вопроса о трудоспособности. Если ВКК в своем заключении признает больного трудоспособным, ЛН закрывается. В строку ЛН "Заключение о трудоспособности" ВКК вносит соответствующие исправления.

При госпитализации больного в стационар с открытым ЛН, выданным амбулаторно, стационар имеет право продлевать такой ЛН. Стремление стационаров выдавать только свой ЛН свидетельствует о плохой преемственности между стационаром и поликлиникой. Нередко при этом стационар выдает ЛН как первичный, а не как продолжение выданного ранее ЛН, что вносит ошибки в статистический анализ заболеваемости с ВН.

При оценке исхода лечения в стационаре необходимо учитывать состояние трудоспособности к моменту выписки больного. Выздоровление можно констатировать лишь при восстановлении трудоспособности. Если больной после выписки из стационара освобождается от работы даже на несколько дней, правильнее констатировать только улучшение состояния.

Выдача ЛН при обследовании и лечении в дневном стационаре амбулаторно-поликлинического учреждения производится как при амбулаторном лечении, а в стационарах больничного учреждения - как при стационарном лечении.

7.3. Выдача листка нетрудоспособности при обследовании и направлении для специального лечения в другой город

Все лабораторные, неинвазивные инструментальные и другие рутинные исследования, а также лечебные процедуры (физиотерапия, иглорефлексотерапия и т.п.) для трудоспособных застрахованных должны проводиться в нерабочее для них время, без выдачи ЛН, кроме случаев, когда по самому характеру данного исследования или процедуры они могут быть проведены только в рабочее время. Если работающий нуждается в проведении обследования либо лечения, но является трудоспособным, ЛН не выдается. Предупредить необоснованную выдачу ЛН можно только при правильном режиме работы лечебных учреждений в вечернее время и предвыходные дни.

В то же время инструкция допускает выдачу ЛН при обследовании и лечении, если провести их без отрыва от работы невозможно. Применение некоторых методов исследования часто вызывает состояние кратковременной нетрудоспособности. К числу таких методов относятся

ангиография, бронхоскопия (графия), пневмографические методы рентгенологического исследования и др. Аналогичная ситуация возникает при проведении инвазивных методов лечения (например, эндоскопическое введение лекарственных веществ, химиотерапия по интермиттирующему типу, гемодиализ и др.). В этих случаях ЛН больному выдает ВКК организации здравоохранения. При этом в строке "Особые отметки" ЛН указывается (ются) день (дни) проведения процедур и освобождение от работы проводится только на этот (и) день (дни).

Для консультации или специального лечения в другом городе РБ ЛН выдается ВКК организации здравоохранения при наличии заключения главного специалиста (заместителя главного врача по лечебной работе, заведующего отделением организации здравоохранения), а для консультации или лечения за границей - при наличии направления Минздрава на консультацию или лечение.

ВКК организации здравоохранения выдает ЛН только при наличии указанного направления на время, необходимое для проезда и консультации (лечения), но не более чем на 10 дней. В строке ЛН указывается "Направляется на консультацию (лечение) (указывается название организации здравоохранения и ее адрес)". В разделе ЛН "Освобождение от работы" в графе "С какого числа" проставляется дата начала ВН. Продление и закрытие этого ЛН производит ВКК организации здравоохранения по возвращении больного после обследования (лечения) на основании справки (выписки из истории болезни) о проведенной (ом) консультации (лечения). При направлении больного на консультацию или лечение в пределах Республики Беларусь ЛН может продлеваться по месту консультации (лечения) в обычном порядке.

ЛН по уходу за больным ребенком в возрасте до 14 лет в случае лечения за пределами Республики Беларусь выдается, если имеется заключение Минздрава о необходимости его лечения за границей, до отъезда на весь период лечения, включая время проезда туда и обратно. ЛН выдается ВКК организации здравоохранения по месту жительства ребенка. В строке ЛН "Вид нетрудоспособности" указывается "Уход за больным ребенком", в строке "Режим" - "Амбулаторный", в строке "Особые отметки" - "Уход за больным ребенком за границей, имя и дата рождения ребенка", в разделе "Освобождение от работы" проставляется только начальная дата освобождения от работы.

Окончательное оформление и закрытие ЛН производится ВКК по возвращении ребенка домой на основании выписки из истории болезни, других документов, переведенных на белорусский (русский) язык, подтверждающих факт проведенного лечения.

7.4. Выдача листка нетрудоспособности работающим инвалидам и пенсионерам по старости

Работающим инвалидам ЛН выдается на общих основаниях - до восстановления трудоспособности или пересмотра во МРЭК группы инвалидности (независимо от группы и причины инвалидности, а также связи ВН с причиной инвалидности). Порядок оплаты пособия ВН работающим инвалидом оговорен Положением о порядке обеспечения пособиями по ВН и зависит от вида (причины) ВН. Так, пособие по ВН работающим инвалидам при трудовом увечье и профессиональном заболевании выплачивается на общих основаниях, без ограничений. Для лиц, признанных инвалидами вследствие заболевания туберкулезом, при обострении этого заболевания, инвалидам Великой Отечественной войны и другим инвалидам, приравненным к ним по льготам, а также инвалидам, в отношении которых установлена причинная связь наступившей инвалидности с Чернобыльской катастрофой (ст. 18 Закона Республики Беларусь "О социальной защите граждан, пострадавших от катастрофы на Чернобыльской АЭС"), при обострении заболевания или увечья, по которым установлена инвалидность, выплата пособия производится не более 120 дней подряд и не более 150 дней с перерывами в календарном году.

Работающим инвалидам вследствие заболевания туберкулезом при ВН, связанной с обострением туберкулеза, в графе "Вид нетрудоспособности" ЛН отмечается "заболевание туберкулезом связано с инвалидностью". Другим работающим инвалидам, у которых ВН связана с заболеванием или увечьем, по которому установлена инвалидность, в графе "Вид нетрудоспособности" ЛН производится отметка "заболевание связано с инвалидностью". Это

является основанием для выплаты пособия работающему инвалиду не более 2 месяцев подряд и не более 3 месяцев с перерывами в календарном году.

Выплата пособия за период не более 2 месяцев подряд понимается как непрерывная выплата по одному случаю ВН за указанный период в календарных днях. Термины "2 месяца в календарном году" и "3 месяца в календарном году" обозначают соответственно выплату пособия за 60 и 90 дней в общей сложности в календарном году, независимо от того, в каких по продолжительности месяцах имели место случаи ВН.

Выплата пособия 2 месяца подряд проводится независимо от того, укладывается этот срок в один календарный год или переходит на другой, а также одно или разные общие заболевания вызвали непрерывную ВН. Если срок выплаты истек в предшествующем году, а ВН продолжается без перерыва в следующем году, выплата пособия в новом календарном году не возобновляется. Если при общем заболевании возникает несколько случаев ВН с перерывами, пособие выплачивается за 90 календарных дней в течение одного календарного года.

Работающим инвалидам, ВН у которых не связана с обострением заболевания или увечья, по которым установлена инвалидность, пособие выплачивается на общих основаниях, то есть в пределах обычных сроков. В ЛН в указанных случаях производится отметка "заболевание не связано с инвалидностью".

Право на получение ЛН имеют только работающие инвалиды I, II и III группы, которые после признания их инвалидами во МРЭК имеют трудовые рекомендации МРЭК. Как и у лиц, не являющихся инвалидами, сроки ВН у работающих инвалидов определяются в зависимости от клинического и трудового прогноза. При благоприятном трудовом прогнозе ЛН выдается на весь период ВН, в том числе и после истечения срока оплаты ЛН. Если выясняется неблагоприятный прогноз и нарастает тяжесть инвалидности, больной должен быть направлен на МРЭК до срока очередного переосвидетельствования и не позднее 2 месяцев непрерывной ВН. Лица, признанные во МРЭК инвалидами I и II группы без рекомендации трудиться, должны быть уволены с работы администрацией предприятия в связи с несоответствием состояния здоровья занимаемой должности, так как выполнение рекомендаций МРЭК для администрации является обязательным. Если администрация не выполняет решения МРЭК и нетрудоспособный инвалид возобновляет работу, он приобретает право на получение пособия и ему выдается ЛН. Поскольку трудовой прогноз у такого инвалида неблагоприятный и работать он не сможет, следует обратить внимание администрации предприятия, на котором работает больной, на необходимость выполнения решения МРЭК. Если у инвалида I или II группы, возобновившего работу вопреки заключению МРЭК о невозможности или противопоказанности труда, при обращении в организацию здравоохранения констатируется невозможность участия в трудовой деятельности, ВКК открывает ЛН и срочно направляет инвалида на МРЭК. В случае повторного признания больного инвалидом I или II группы без вынесения трудовой рекомендации, ВКК закрывает ЛН днем начала повторного (внеочередного) его освидетельствования на МРЭК.

Работающим пенсионерам по старости ЛН выдается на общих основаниях. У постоянно работающих пенсионеров не предусмотрено ограничений и в выплате пособия по ВН; временно работающим пенсионерам пособие выплачивается не более 75 календарных дней (как и другим временным работникам).

При возникновении длительной ВН у пенсионеров по старости необходимо также руководствоваться клиническим и трудовым прогнозом. Пожилой возраст обычно ухудшает прогноз заболевания. При неблагоприятном или сомнительном трудовом прогнозе длительное продление ЛН становится нецелесообразным. Такого пенсионера необходимо направить на МРЭК и после установления инвалидности закрыть ЛН. В то же время, если прогноз благоприятный и нет выраженных функциональных нарушений, пожилой возраст больного не может служить основанием для определения инвалидности.

7.5. Оформление листка нетрудоспособности при направлении на МРЭК

При длительной ВН ВКК направляет больного на освидетельствование на МРЭК не позднее вышеуказанных установленных сроков. При выявлении признаков инвалидности больной должен направляться на МРЭК и ранее этих сроков. При направлении на МРЭК временно

нетрудоспособного лица организация здравоохранения производит освобождение от работы до дня направления на МРЭК, при этом председатель ВКК в строке ЛН "Особые отметки" указывает "Направлен на МРЭК", дату направления, ставит свою подпись и личную печать. Все действия с ЛН прекращаются до вынесения решения МРЭК.

Когда освидетельствование заканчивается, МРЭК отмечает в ЛН даты начала и окончания экспертизы, вносит закодированное решение, которое удостоверяется подписью председателя МРЭК и печатью МРЭК. Дата начала экспертизы - это день регистрации документов во МРЭК, а дата, ее окончания - день окончательного освидетельствования.

Порядок оформления ЛН при первичном освидетельствовании, то есть освидетельствование лиц, не являющихся в данный момент инвалидами.

При первичном освидетельствовании могут быть различные варианты решения МРЭК.

Вариант 1. Больной признан во МРЭК инвалидом (I, II, III группы). ВКК организации здравоохранения, которое направляло больного на МРЭК, закрывает ЛН днем установления инвалидности (днем регистрации документов во МРЭК), так как отпуск по болезни или увечью, предоставляется до восстановления трудоспособности или установления инвалидности. С этого дня, если инвалидность определена в период ВН, производится начисление пенсии, а выплата пособия по ВН должна быть приостановлена. С этого дня инвалид не имеет права на получение ЛН, пока он не возобновит работу. Если даты направления на МРЭК и начала экспертизы не совпадают, ВКК после завершения экспертизы, при необходимости, продлевает ЛН на недостающие дни, в том числе и на день установления инвалидности и закрывает его этим днем. В строке ЛН "Заключение о трудоспособности" указывается "Нетрудоспособен (прописью число и месяц установления инвалидности) инвалид I, II группы" или, если МРЭК выносит инвалиду трудовую рекомендацию, - "К труду с ... (дата, следующая за днем установления инвалидности), инвалид III, II, I группы".

Вариант 2. Больной признан во МРЭК временно нетрудоспособным (долечивание). ВКК одновременно продлевает ЛН на весь период проведения экспертизы, включая день ее окончания. В строке "ВКК" ЛН производится запись "Разрешено продление ВН", которая заверяется подписью и личной печатью председателя ВКК. Дальнейшее продление ЛН производится на общих основаниях с отсчетом дней ВН от дня начала экспертизы в МРЭК.

Вариант 3. Больной признан во МРЭК трудоспособным. ВКК продлевает ЛН на весь период проведения экспертизы, включая день ее окончания, и выписывает больного к труду со следующего дня.

Вариант 4. У больного, признанного инвалидом, имеющего трудовую рекомендацию МРЭК, в день, когда он должен был приступить к работе, возникает новый случай (вид) ВН, не связанный с причиной инвалидности. В строке "Особые отметки" указывается "Заболевание (травма) не связано (а) с причиной инвалидности. ЛН продлевается на общих основаниях в соответствии с инструкцией.

Вариант 5. МРЭК решения не вынесла и констатирует необходимость обследования больного в стационаре. Председатель МРЭК делает об этом пометку в ЛН и указывает дату предварительного освидетельствования. На этом основании ВКК продлевает ЛН и срочно направляет больного в стационар. Обследование в стационаре должно проводиться в максимально сжатые сроки с выдачей ЛН и немедленным направлением больного на МРЭК. Датой освидетельствования в этом случае является день окончания экспертизы.

Вариант 6. Больной не согласен с решением МРЭК. Если МРЭК вынесла решение и признала больного инвалидом, он утрачивает право на получение ЛН до возобновления работы. Если больной не приступил к работе и в порядке обжалования решения МРЭК поступает в стационар, в том числе в НИИ МСЭ и Р, ЛН ему не выдается.

Вариант 7. Больной отказался от освидетельствования во МРЭК или несвоевременно явился на МРЭК. Это является нарушением режима. Больному разъясняют, что его документы передаются во МРЭК, и с этого момента продление ЛН прекращается, одновременно извещают администрацию о том, что больной не должен допускаться к работе. В строке "Особые отметки" ЛН ВКК производит запись "Нарушение режима" и указывает дату нарушения режима. Документы больного передаются (пересылаются) во МРЭК.

Если больной явился на освидетельствование во МРЭК несвоевременно, днем установления инвалидности будет день окончания экспертизы. Председатель МРЭК в строке "МРЭК" ЛН

указывает только одну дату - день освидетельствования (день явки больного) во МРЭК. Председатель ВКК при оформлении ЛН в строках "Особые отметки" указывает "Нарушение режима - не являлся во МРЭК с __ по __ (даты)"; пропущенные в связи с несвоевременной явкой больного во МРЭК дни в раздел ЛН "Освобождение от работы" не включаются. Эти дни не включаются и в пенсионирование, если больной будет признан инвалидом.

Порядок оформления ЛН при переосвидетельствовании инвалидов. Иногда у инвалида в период очередного переосвидетельствования может возникнуть ВН. В подобных случаях, если не произошло нарастания тяжести инвалидности, целесообразнее отложить переосвидетельствование до окончания ВН. Пропуск срока переосвидетельствования в связи с ВН рассматривается как уважительная причина для возобновления выплаты пенсии в случае последующего признания больного инвалидом. Порядок оформления ЛН после переосвидетельствования зависит от решения МРЭК. Если группа инвалидности повышается, ЛН закрывается; если подтверждается II и I группа инвалидности и не выносятся трудовая рекомендация МРЭК, ЛН закрывается; если выносятся решение о III группе инвалидности, а также подтверждается III или I группа инвалидности, но дается трудовая рекомендация МРЭК, ЛН продлевается до окончания ВН, хотя оплачивается при общем заболевании с вышеуказанными ограничениями.

Исходя из вышеизложенного следует, что необходимо своевременно, без задержки проводить экспертизу лиц, первично направляемых на МРЭК в период ВН. Ожидание очереди в таких случаях влечет за собой необоснованное удлинение ВН.

7.6. Оформление листков нетрудоспособности при заболеваниях

ЛН должен заполняться четко, ясно, разборчиво, на белорусском или русском языках фиолетовыми, синими или черными чернилами. Поправки и исправления в ЛН недопустимы. В исключительных случаях можно зачеркнуть неправильно написанное и сделать надпись сверху, заверив ее подписью врача и печатью. Любое исправление должно быть оговорено, о чем производится запись на полях ЛН (на одном бланке допускается не более двух оговоренных исправлений). В каждом ЛН подчеркивается слово "первичный" или "продолжение". Первичным является ЛН, выданный впервые по одному случаю заболевания, а не тот, который впервые выдан в данном учреждении. При выдаче первого ЛН (первичного) в разметке позиции I для кодирования проставляется цифра 1, а при выдаче последующих листков нетрудоспособности (продолжение) по данному случаю - цифра 0. Если в связи с одним заболеванием ЛН выдавался разными организациями здравоохранения и перерыва ВН не было, в другом учреждении выдается "свой" (новый) бланк ЛН как "продолжение". По одному случаю ВН ЛН выдаются в количестве, необходимом для удостоверения всего случая ВН. По окончании каждого бланка (кроме последнего), в строке "Заключение о нетрудоспособности" указывается - "Продолжает болеть". Последующие ЛН выдаются с отметкой в строке "Особые отметки" - "Продолжение ЛН № и дата выдачи (предшествующего)". Дата начала случая ВН шифруется согласно первому ЛН и указывается в каждом последующем ЛН.

Случай ВН считается законченным, если больной выписан к труду или при первичном направлении на МРЭК ему установлена группа инвалидности, а при переосвидетельствовании в периоде ВН работающего инвалида - группа инвалидности повышена либо не вынесена трудовая рекомендация.

Если после закрытия ЛН больной приступил к работе и у него вновь возникла ВН, случай прерывается вне зависимости от того, связана ли вновь возникшая ВН с тем или другим заболеванием (травмой).

Если после закрытия ЛН у пациента до выхода на работу наступил другой вид ВН, больному выдается новый ЛН, который шифруется как первичный.

Если ЛН, выданный больному в связи с заболеванием (травмой) закрыт, но, не приступив к работе, он снова признан временно нетрудоспособным, в том числе в связи с заболеванием другой этиологии (другой травмой), новый ЛН ему выдается как продолжение ранее выданного ЛН. Это правило не распространяется на несчастные случаи, связанные с производством и на случаи профессиональных заболеваний, по которым вновь выдаваемые ЛН должны шифроваться как первичные.

Диагноз заболевания, вызвавшего ВН, шифруется в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, Десятого пересмотра, принятой в 1989 году сорок третьей сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения (МКБ - 10).

Кодировка причин заболеваемости с ВН осуществляется в соответствии с Государственной статистической отчетностью форма № 16-ВН "Отчет о причинах заболеваемости занятого населения с временной утратой трудоспособности", утвержденной постановлением Министерства статистики и анализа Республики Беларусь от 1 июня 2001 года № 31 (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2001 г., № 62,8) 6253 (далее - ф.16-ВН).

По окончании случая ВН шифруется заключительный диагноз, как по ф. 16-ВН, так и по МКБ-10. Если в течение одного случая ВН протекало несколько заболеваний, в заключительном диагнозе определяется основное заболевание. При определении основного заболевания необходимо руководствоваться рядом правил, которые изложены в главе VIII.

В строке ЛН "Вид нетрудоспособности" лечащий врач записывает причину, обусловившую ВН: заболевание общее, заболевание профессиональное или другой вид ВН. В ряде случаев в строке "Вид нетрудоспособности" следует указывать дополнительные данные, необходимые для правильного назначения пособия по ВН:

- 1) при установлении у больного факта опьянения на момент обращения по поводу травмы - "Травма, алкогольное (наркотическое, токсикоманическое) опьянение";
- 2) в случае возникновения у больного алкогольной (наркоманической, токсической) комы или лечения хронического не осложненного алкоголизма (наркомании, токсикомании) - "Заболевание связано с употреблением алкоголя (наркотических, токсических веществ)";
- 3) при возникновении ВН по причине забора органа (ткани) - "Заболевание связано с забором органа (ткани, крови)";
- 4) при наличии причинной связи ВН с заболеванием (травмой), полученной при выполнении интернационального долга - "заболевание является следствием заболевания (травмы), полученного (ой) в период выполнения интернационального долга";
- 5) если причиной ВН явилось заболевание туберкулезом - "Заболевание туберкулезом";
- 6) при возникновении ВН у работающих инвалидов - "Заболевание связано или не связано с инвалидностью".

В строке "Режим" отмечается вид предписанного врачом больному лечебно-охранительного режима. При заболеваниях и травмах может устанавливаться режим: домашний, амбулаторный, постельный, стационарный, санаторный, реабилитационный. Не следует рекомендовать "свободный режим", так как это может быть "поводом для его нарушения. При изменении вида режима в строке "Особые отметки" ЛН производится соответствующая запись с указанием даты изменения режима. При нарушении режима, установленного врачом, в строке "Особые отметки" указываются: дата и характер нарушения режима (должно быть указано, в чем конкретно выразилось нарушение режима), ставится подпись и печать лечащего врача или председателя ВКК.

В строки "Особые отметки" записывается информация об особых ситуациях, оговоренных инструкцией, а также сведения, которые в ряде случаев влияют на размер и длительность выплаты пособия по ВН.

В строке "ВКК" указываются даты осмотра на ВКК, а также длительность случая ВН в календарных днях (непрерывный или прерывистый за последние 12 месяцев), фамилия, подпись и личная печать председателя ВКК.

В разделе "Освобождение от работы" в первой графе "С какого числа" арабскими цифрами указываются дата и месяц (без указания года), с которой больной освобожден от работы, например: 03.08. Во второй графе "По какое число включительно" прописью указывается дата, по какое число больной освобождается от работы, например: пятое августа. В третьей графе указываются должность врача и его фамилия, а в четвертой ставится его подпись и личная печать.

Если ЛН выдается (продлевается) на один день, во второй графе указывается прописью та же дата, что и в первой графе.

После проведения медико-социальной экспертизы председатель МРЭК в строке "МРЭК" ЛН указывает даты начала и окончания экспертизы и шифрует "Заключение МРЭК", которое заверяется печатью МРЭК.

Заключение о трудоспособности выносится только лечащим врачом больного в последний день освобождения от работы или в случае окончания бланка ЛН, или после освидетельствования больного на МРЭК. Если трудоспособность больного восстановилась, лечащий врач в строке "Заключение о трудоспособности" производит запись "К труду" и указывает прописью число и месяц даты, с которой пациент должен выйти на работу. Если ВН продолжается, в этой же строке производится запись "Продолжает болеть". Лицам, прошедшим освидетельствование на МРЭК, которым впервые установлена группа инвалидности с трудовой рекомендацией, в заключение о трудоспособности указывается "К труду" и прописью число и месяц даты, с которой пациент должен выйти на работу (эта дата следует за днем начала экспертизы во МРЭК), инвалид I, II, III группы и дата установления инвалидности.

Если инвалиду при освидетельствовании во МРЭК установлена группа инвалидности без вынесения трудовой рекомендации, в строке "заключение о трудоспособности" указывается "Нетрудоспособен, инвалид I, II группы" и дата начала экспертизы на МРЭК".

В последней строке ЛН указывается должность и фамилия лечащего врача, закрывающего ЛН, которые заверяются подписью и его личной печатью.

ЛН нужно закрывать своевременно, чтобы его можно было предоставить администрации в день выхода на работу по окончании ВН. Поэтому закрывать ЛН необходимо в последний день ВН, при этом накануне выхода на работу больной осматривается врачом и своевременно предъявляет администрации законченный ЛН. Важно правильно организовать режим работы поликлинических учреждений, чтобы закрытие ЛН проводилось во все дни недели.

Лицам, работающим у нескольких нанимателей, ЛН выдаются в количестве, необходимом для предъявления по каждому месту работы. В верхнем правом углу дополнительно выдаваемых ЛН производится отметка "Дополнительный".

В случае утери ЛН выдается его дубликат. Дубликат выдается ВКК организации здравоохранения по предъявлении справки с места работы о том, что пособие по данному случаю ВН не выплачивалось. При оформлении дубликата ЛН в верхней его части указывается прописью "Дубликат, серия ..., № ... (утраченного)". В разделе "Освобождение от работы" одной строкой указывается весь период ВН, ставится подпись лечащего врача, заведующего отделением и заместителя главного врача по медико-социальной экспертизе и реабилитации. Одновременно вносится соответствующая запись в медицинскую документацию с указанием номера выданного ЛН.

7.7. Оформление листка нетрудоспособности при нарушении режима

При определении нарушения режима руководствуются инструкцией и Положением о порядке обеспечения пособиями по ВН.

Выделяются следующие основные виды нарушения режима: нарушение режима, предписанного врачом; неявка на врачебный осмотр в назначенный срок без уважительной причины; неявка в назначенный срок на освидетельствование во МРЭК; выезд больного в другую местность без разрешения лечащего врача или ВКК. Отказ от госпитализации, от каких-либо методов обследования, лечения, сдачи анализов и другое в этих рамках не считается нарушением режима.

1. Нарушение режима, предписанного врачом. Явка больного к врачу в период ВН в состоянии алкогольного опьянения, выход на работу без разрешения врача во время пребывания на ЛН, отсутствие больного дома при назначении ему постельного или домашнего режима, самовольный уход больного из стационара, опоздание на лечение или преждевременный отъезд из санатория (медицинского реабилитационного центра, спелеолечебницы) и т.п. рассматриваются как нарушение режима, предписанного врачом. В таких случаях в строке "Особые отметки" указываются дата и характер нарушения режима, ставится подпись и печать лечащего врача или председателя ВКК. Примеры:

1) при употреблении в процессе лечения алкоголя - "Нарушение режима - употребление алкоголя в стационаре, в процессе амбулаторного лечения, в отделении медицинской реабилитации санатория и другое" и дата;

2) при отсутствии больного дома при назначении ему постельного или домашнего режима - "Нарушение режима - при посещении больного на дому - отсутствовал" и дата;

3) при самовольном уходе больного из стационара - "Нарушение режима - самовольный уход из стационара" и дата;

4) при приезде с опозданием на лечение или преждевременном отъезде из санатория (медицинского реабилитационного центра, спелеолечебницы) - "Нарушение режима - приезд на лечение с опозданием (преждевременный, самовольный отъезд)" и дата (даты);

5) при самовольном выходе на работу нетрудоспособного больного - "Нарушение режима - самовольный выход на работу" и дата, а в строке "Заключение о трудоспособности" - "Нетрудоспособен".

2. *Неявка на врачебный осмотр в назначенный срок без уважительной причины.* В этом случае при неявке больного на прием к лечащему врачу или на ВКК в назначенный срок в строке "Особые отметки" ЛН делается соответствующая запись - "Нарушение режима - не являлся на прием в период с __ по __ (даты)". Если трудоспособность больного восстановилась, в строке "Заключение о трудоспособности" указывается "Явился (дата) трудоспособным", число и месяц указываются прописью. Если трудоспособность не восстановилась, продление ЛН производится только со дня осмотра больного лечащим врачом (ВКК). Зачет пропущенных пациентом дней в раздел ЛН "Освобождение от работы" не производится.

3. *Неявка в назначенный срок на освидетельствование на МРЭК.* В случае отказа или несвоевременной явки на освидетельствование на МРЭК в строке "Особые отметки" ЛН записывается - "Нарушение режима - отказ от направления на МРЭК" или "Нарушение режима - несвоевременная явка на освидетельствование во МРЭК" и дата (даты).

4. *Выезд больного в другую местность без разрешения врача.* Больной, находящийся на ЛН, может выехать в другую местность только с разрешения организации здравоохранения, которое делает об этом отметку в ЛН. При самовольном выезде на лечение (консультацию) в другой город (страну) в период ВН в строке "Особые отметки" ЛН производится запись - "Нарушение режима - выезд на лечение (консультацию) в другой город (страну) без разрешения ВКК (лечащего врача)".

В соответствии с Положением о порядке обеспечения пособиями по ВН (п. 32) лицам, нарушившим режим, установленный для них врачом, а также лицам, не явившимся без уважительных причин в назначенный срок на врачебный осмотр или освидетельствование во МРЭК - со дня допущенного нарушения на срок, устанавливаемый комиссией страхователя по назначению пособий, пособие по ВН выплачивается в размере 50% от установленных нормативов.

ГЛАВА VIII

ПОРЯДОК УДОСТОВЕРЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЕЕ ВИДАХ

Вид ВН отмечается в строке ЛН "Вид нетрудоспособности" прописью. Правильное определение вида ВН имеет большое значение, так как от этого зависят размер, иногда право на пособие по ВН и решение других юридических вопросов, а также качество статистического анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

8.1. Временная нетрудоспособность при профессиональном заболевании

Профессиональное заболевание (острое или хроническое) - это заболевание застрахованного работника, вызванное воздействием на него вредного и (или) опасного производственного фактора, трудового процесса, повлекшее временную или стойкую утрату им профессиональной трудоспособности либо его смерть. К острым профессиональным заболеваниям относятся заболевания, развившиеся в результате воздействия вредных и опасных факторов производственной среды в процессе выполнения трудовой деятельности в течение не более трех смен. К хроническим профессиональным заболеваниям относятся такие формы заболевания, которые возникли в результате продолжительного воздействия вредных и опасных факторов производственной среды. К хроническим заболеваниям должны быть отнесены также ближайшие и отдаленные последствия профессиональных заболеваний (например, стойкие органические изменения центральной нервной системы после интоксикации окисью углерода). Необходимо учитывать возможность развития профессиональных заболеваний через длительный срок после прекращения работы в условиях воздействия вредных и опасных факторов производственной среды (поздние силикозы, бериллиоз, папиллома мочевого пузыря и т.д.). К профессиональным заболеваниям могут быть отнесены также болезни, в развитии которых профессиональное заболевание является фоном (например, рак легких, развившийся на фоне асбестоза, силикоза, пылевого бронхита). Если профессиональное заболевание вызывает ухудшение течения непрофессионального (общего) заболевания, приведшего к потере трудоспособности, то причина потери трудоспособности должна считаться профессиональной.

Диагноз острого профессионального заболевания устанавливается врачами амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений всех типов. Диагностика хронических профессиональных заболеваний осуществляется ВКК организаций здравоохранения, а также научно-исследовательскими институтами, занимающимися вопросами профпатологии, областными и Республиканскими центрами профпатологии. Диагноз профессионального заболевания инфекционной природы устанавливается с обязательным участием врача-эпидемиолога, который проводит эпидемиологическое расследование, и врача-инфекциониста.

Определяя профессиональное заболевание, руководствуются "Списком профессиональных заболеваний", утвержденным Министерством здравоохранения Республики Беларусь и Министерством социальной защиты 29 мая 2001 г. № 40/6 и "Инструкцией по применению списка профессиональных заболеваний".

Список профессиональных заболеваний включает три графы. Графа 1 - порядковый номер. Графа 2 - наименование болезней (синдромов) по международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, Десятого пересмотра. Эта графа расширенному толкованию не подлежит. Если заболевание, обнаруженное у работника, не предусмотрено Списком, оно не может рассматриваться как профессиональное. Графа 3 - факторы производственной среды (вредные, опасные), трудового процесса, воздействие которых может приводить к возникновению профессиональных заболеваний (хронических, острых). Эта графа содержит наиболее характерные и часто встречающиеся профессиональные вредности, но не все вредности, вызывающие данную болезнь.

Для установления профессионального заболевания необходимо исходить из особенностей клинической формы заболевания, характера действия этиологического фактора, состояния условий труда, специфики выполняемой работы, стажа работы во вредных и опасных условиях труда. Все параметры должны быть подтверждены соответствующей медицинской документацией.

На каждый случай профессионального заболевания, установленного впервые, составляется экстренное извещение нанимателю и территориальному центру гигиены и эпидемиологии в соответствии с действующим законодательством.

Признание заболевания профессиональным не всегда означает утрату трудоспособности. При начальных и легких формах профессиональных заболеваний могут быть даны рекомендации о прекращении работы во вредных и тяжелых условиях труда, вызвавших профессиональное заболевание, и рациональном трудоустройстве.

При ВН, обусловленной профессиональным заболеванием, порядок выдачи ЛН такой же, как при общем заболевании, а в строке "Вид ВН" пишется "Профессиональное заболевание". Пособие по ВН при профессиональном заболевании выплачивается с первого дня утраты трудоспособности в размере 100 процентов среднедневного (среднечасового) заработка за рабочие дни (часы) по графику работы работника. В последующем при обострении профессионального заболевания у работника, который не является инвалидом, ЛН оформляется таким же образом, а пособие по ВН начисляется в размере 100% заработной платы. При обострении профессионального заболевания у работающего инвалида от этого заболевания, причина ВН формулируется как "Общее заболевание", а размер пособия по ВН и сроки выплаты пособия определяются на общих основаниях.

При стойком незначительном ограничении трудоспособности, когда нет оснований для определения инвалидности, но необходимо постоянное трудоустройство больного на другую, менее квалифицированную работу, больной подлежит направлению на МРЭК для определения возмещения ущерба.

8.2. Временная нетрудоспособность при несчастных случаях на производстве

В соответствии с Положением о расследовании и учете несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, утвержденного постановлением-приказом Министерства труда и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17.05.99 г. № 60/170, к несчастным случаям на производстве, подлежащим расследованию, оформлению и учету в соответствии с указанным Положением, относятся несчастные случаи, независимо от их причин, происшедшие в течение рабочего времени, во время установленных перерывов, в периоды времени до начала и после окончания работ, при выполнении работ в сверхурочное время, в выходные и праздничные дни:

- ⇒ на территории нанимателя или в ином месте работы, в том числе в командировке, а также в любом другом месте, где потерпевший находился в связи с работой или совершал действия в интересах нанимателя;
- ⇒ на транспорте нанимателя, сторонней организации, предоставившей его нанимателю согласно договору (заявке);
- ⇒ на личном транспорте, используемом в интересах нанимателя с его согласия или по его распоряжению (поручению);
- ⇒ на общественном или ином транспорте, а также при следовании пешком - с работником, чья деятельность связана с передвижением между объектами обслуживания;
- ⇒ при выполнении работ по ликвидации чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера и их последствий;
- ⇒ при выполнении общественных работ, организуемых исполнительными и распорядительными органами совместно с хозяйствующими субъектами и службами занятости.

Несчастный случай на производстве оформляется актом о несчастном случае на производстве (форма Н-1). Это способствует учету и анализу причин несчастных случаев и облегчает разработку мероприятий по предупреждению травматизма.

Если врач устанавливает ВН, которая со слов больного, вызвана, несчастным случаем на производстве, он выдает ему ЛН, не требуя при этом акта о несчастном случае или других документов. В медицинской документации, со слов больного подробно описываются обстоятельства несчастного случая. Важно отметить дату и точное время (часы и минуты) оказания медицинской помощи, подробно осветить, где, когда и при каких обстоятельствах произошла травма, четко привести объективные данные в момент осмотра. Это необходимо для последующего расследования обстоятельств и точного установления времени несчастного случая. В ЛН в строке "Вид ВН" пишется "Несчастный случай на производстве" со слов больного.

С правовых позиций несчастный случай есть повреждение здоровья в результате внешнего и кратковременного воздействия, вызванного внезапным событием. Повреждение здоровья в результате несчастного случая обычно называют травмой, или увечьем. Травма не всегда влечет за собой увечье типа анатомического дефекта; она может быть термической (ожог, отморожение, тепловой удар), химической, лучевой, психической, укусы животных и насекомых, отравления (кроме пищевого), также рассматриваются как несчастные случаи.

Пособие по ВН в связи с несчастными случаями на производстве выплачивается с первого дня утраты трудоспособности в размере 100% среднедневного (среднечасового) заработка за рабочие дни (часы) по графику работы работника. Если трудоспособность пострадавшего восстанавливается не полностью, он имеет право на возмещение ущерба.

Если случай ВН по заключению ВКК является непосредственно связанным с прежней травмой на производстве, пособие начисляется по правилам и нормам, предусмотренным для несчастного случая на производстве. То есть, при декомпенсации производственной травмы у работника, который не является инвалидом, в ЛН в строке "Вид ВН" пишется "Несчастный случай на производстве", а пособие по ВН начисляется в размере 100% заработной платы. Однако, если в результате прежнего несчастного случая на производстве работник признан инвалидом и получает пенсию, при последующих обострениях травмы пособие исчисляется на общих основаниях. В ЛН в строке "Вид ВН" пишется "Общее заболевание". При стойком снижении трудоспособности больной направляется на МРЭК для определения степени утраты профессиональной и общей трудоспособности, причем процент возмещения ущерба во МРЭК устанавливается не только лицам, признанным инвалидами, но и больным с незначительной стойкой нетрудоспособностью, которая не влечет за собой определения инвалидности.

8.3. Временная нетрудоспособность при несчастных случаях в быту

Бытовые травмы - это несчастные случаи, возникшие в быту, не относящиеся к трудовым увечьям и не связанные с опьянением. Если бытовая травма обусловлена внезапным воздействием внешней посторонней силы (например, разбойное нападение, пожар, стихийное бедствие и др.), ее называют увечьем. Для увечья характерно резкое, обычно травматическое повреждение здоровья.

О связи травмы со стихийным бедствием в данном районе (например, урагана, землетрясения, извержения вулкана, наводнения, лесного пожара, горного обвала и т. д.) медицинские работники, решающие вопросы выдачи ЛН, получают сведения от пострадавших и от лиц, доставивших их в лечебные учреждения, а также от местных исполнительных органов. В медицинской документации пострадавшего записывают сведения об обстоятельствах травмы, характере стихийного бедствия, отмечают время и дату травмы. Обязательно указывают время и дату обращения больного в организацию здравоохранения.

Травма, полученная работником во время спортивных соревнований ("спортивная травма"), при охране принадлежащего ему имущества, в случае причинения вреда здоровью работника другим лицом квалифицируется как бытовая травма. В ЛН в строке "Вид ВН" записывают "Травма и отравление вследствие непромышленных причин (в быту, по пути на работу, с работы)".

Несчастные случаи, произошедшие при совершении потерпевшим противоправных действий, преследуемых в уголовном порядке (хищение, угон транспортных средств и т.п.), в результате умышленных действий по причинению вреда своему здоровью либо обусловленные исключительно состоянием здоровья потерпевшего трактуются как непромышленные несчастные случаи (происшествия). Такие случаи оформляются актом о непромышленном

несчастном случае (происшествие) формы НП в трех экземплярах. В ЛН в строке "Вид ВН" пишется "Непроизводственная травма".

ЛН при несчастных случаях в быту выдают и продлевают по общим правилам, то есть до восстановления трудоспособности или до установления инвалидности на МРЭК. Пособие по ВН при несчастных случаях в быту выплачивается как при общем заболевании.

8.4. Временная нетрудоспособность при алкогольном, токсикоманическом или наркотическом опьянении

При ВН от заболеваний или травм, причиной которой явилось употребление алкоголя, наркотических или токсических веществ, выдается ЛН, в котором в строке " Вид ВН" указывается:

- 1) "Травма, алкогольное (наркотическое, токсикоманическое) опьянение";
- 2) "Заболевание, связанное с употреблением алкоголя (наркотических, токсических веществ)". Под заболеванием, связанным с употреблением алкоголя (наркотически токсических веществ), подразумевают алкогольную (наркотическую, токсическую) кому или не осложненный хронический алкоголизм (наркоманию, токсикоманию).

При лечении осложнений хронического алкоголизма (алкогольный гепатит, цирроз печени, белая горячка, алкогольный делирий, поражения центральной и периферической нервной системы и др.), наркомании и токсикомании ЛН выдается больному без вышеуказанной отметки на весь период ВН. Пособие таким лицам выплачивается на общих основаниях за весь период обострения этих заболеваний или состояний.

Пособие по ВН в размере 50% среднедневного (среднечасового) заработка выплачивается тем лицам, у которых ВН от заболеваний и травм обусловлено употреблением алкоголя, наркотических или токсических веществ.

Если в период лечения хронического алкоголизма, наркомании, токсикомании или заболевания (травмы), связанного (ой) с употреблением алкоголя, у больного возникает другое(ая) заболевание (травма), потребовавшее(ая) изменение лечения, ему выдается новый ЛН, как продолжение ранее выданного, с обязательной отметкой в строке "Особые отметки" - "Заболевание (травма) не связано (а) с употреблением алкоголя (наркотических, токсических веществ)". Если у больного ВН в связи с другим заболеванием (травмой) закончилось, а связанная с употреблением алкоголя, наркотических или токсических веществ продолжается, то ему выдается новый ЛН, как продолжение ранее выданного, с обязательной отметкой в строке "Особые отметки" - "Заболевание (травма) связано (а) с употреблением алкоголя (наркотических, токсических веществ)".

В отдельных случаях, когда причиной травмы не явилось употребление алкоголя, несмотря на то, что факт нахождения в алкогольном опьянении зафиксирован врачом в ЛН, комиссия по назначению пособий может принять решение о выплате пособия в полном размере, если у неё имеются неоспоримые доказательства (решение суда, заключение компетентного органа и т.д.).

Пособие по ВН вследствие несчастного случая, произошедшего с работником в состоянии алкогольного опьянения, оформленного актом о непроизводственном несчастном случае (происшествии) формы НП, по решению Комиссии по назначению пособий выплачивается в размере 50%.

Комиссия по назначению пособий не расследует обстоятельства, повлекшие несчастный случай на производстве. Акт о несчастном случае на производстве формы Н-1 свидетельствует о вине нанимателя в несчастном случае, поэтому Комиссия по назначению пособий не может принимать решения о выплате пособия по ВН в размере 50%, даже если несчастный случай произошел с работником в состоянии алкогольного опьянения. Иными словами, травма, хотя и в состоянии опьянения, произошла на производстве вследствие нарушения правил и норм охраны труда и техники безопасности (неудовлетворительное состояние оборудования, проходов, освещения, необученность пострадавшего, неправильная организация или отсутствие надзора за производством работ и т.п.) и при расследовании установлена связь несчастного случая с производством, о чем свидетельствует выданный акт формы Н-1.

8.5. Временная нетрудоспособность при санаторно-курортном лечении, медицинской реабилитации и спелеолечении

Общие правила выдачи ЛН для санаторно-курортного лечения. ЛН для санаторно-курортного лечения выдается на весь срок лечения (срок путевки) и на время проезда в санаторий и обратно только:

- лицам, заболевшим и перенесшим лучевую болезнь, вызванную последствиями катастрофы на ЧАЭС;
- инвалидам, в отношении которых установлена причинная связь инвалидности с катастрофой на ЧАЭС;
- больным туберкулезом для лечения в противотуберкулезном санатории.

Для получения ЛН этому контингенту, за исключением больных туберкулезом, необходимо представить:

- документ, подтверждающий право на указанную льготу;
- путевку на санаторно-курортное лечение;
- санаторно-курортную карту.

ЛН для санаторно-курортного лечения, за исключением противотуберкулезных санаториев, выдается ВКК (при ее отсутствии - лечащим врачом) организации здравоохранения по месту жительства или работы до отъезда в санаторий.

При оформлении ЛН в строке "Вид ВН" указывается "Санаторно-курортное лечение", в строке "Режим" - "санаторный", в строке "Особые отметки" - название санатория, даты начала и окончания санаторной путевки. В разделе "Освобождение от работы" ЛН, при необходимости, в первой строке производится освобождение от работы на время проезда в санаторий. Ниже в графе "С какого числа" - проставляется дата начала путевки.

По окончании лечения в строке ЛН "Особые отметки" врач санатория отмечает даты фактического прибытия больного на лечение и убытия его из санатория, которые заверяются, подписью главного врача или его заместителя по медицинской части и печатью санатория.

ЛН закрывает ВКК организации здравоохранения по месту обслуживания больного с учетом срока его фактического пребывания в санатории и времени, затраченного на проезд. В случае приезда больного в санаторий с опозданием или преждевременного его отъезда ВКК организации здравоохранения в ЛН делает отметку о нарушении больным режима и корректирует сроки освобождения от работы в соответствии с фактически затраченным временем на санаторно-курортное лечение и на время проезда.

Пособие по ВН выплачивается работнику по возвращении из санаторно-курортного учреждения после предъявления ЛН и обратного талона к путевке или другого документа, подтверждающих период пребывания в указанном учреждении, а также проездных документов в случаях, если дорога в один конец занимает более суток. Пособие за неиспользованные по путевке дни не выплачивается.

Всем остальным трудящимся, получившим в соответствии с медицинским заключением путевку для санаторно-курортного лечения, ЛН не выдается. Если срок санаторно-курортного лечения превышает продолжительность трудового отпуска, на недостающее время наниматель обязан предоставить по желанию работника кратковременный отпуск без сохранения заработной платы. Однако, если у них в период санаторно-курортного лечения наступает ВН, им выдается ЛН лечащим врачом совместно с заведующим отделением, а при его отсутствии - с заместителем главного врача или с главным врачом санатория.

Показания и противопоказания для санаторно-курортного лечения, а также порядок отбора и направления граждан на санаторно-курортное лечение определяются Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

ЛН для санаторно-курортного лечения больных туберкулезом. ЛН для лечения в противотуберкулезном санатории выдается лечащим врачом совместно с главным врачом санатория на общих основаниях. Срок пребывания (период лечения больного) в противотуберкулезном санатории определяется лечащим врачом совместно с главным врачом санатория с учетом примерных сроков лечения в противотуберкулезных санаториях, но не более чем на 48 календарных дней в году (без учета срока трудового отпуска). При распространенных

формах туберкулеза (инфильтративный, диссеминированный, кавернозный туберкулез легких, кавернозный туберкулез почек, туберкулез мочевого пузыря, туберкулезный спондилит, коксит, гонит) ЛН может выдаваться на более длительный срок лечения, но не более чем на 90 календарных дней в году.

Больным, которые к моменту выписки из противотуберкулезного санатория продолжают быть временно нетрудоспособными, ЛН продлевается противотуберкулезным диспансером по месту жительства на общих основаниях.. Если больной в связи с обострением туберкулезного процесса направляется на лечение в противотуберкулезный санаторий дважды в одном календарном году, это рассматривается как продолжение санаторного лечения и на весь период повторного лечения в санатории, а также на время проезда в обе стороны выдается ЛН.

При лечении в противотуберкулезном санатории молодых специалистов, которые не приступили к работе после окончания высшего или среднего специального учебного заведения в связи с заболеванием туберкулезом, ЛН и пособие по ВН им выдаются с того дня, с которого они должны приступить к работе. Пособие по ЛН оплачивается той организацией, куда молодой специалист назначен на работу.

ЛН при направлении в санаторий родителей с детьми. ЛН по уходу за ребенком в возрасте до 16 лет на время санаторно-курортного лечения и проезда к месту лечения и обратно выдается, если ребенок по заключению ВКК организации здравоохранения нуждается в индивидуальном уходе в этот период, а также при наличии путевок на санаторно-курортное лечение на ребенка и одного из родителей либо лица, фактически осуществляющего уход за ним и проживающего (работающего) на территории радиоактивного загрязнения и санаторно-курортных карт.

ЛН по уходу за ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет выдается на весь период нахождения с ребенком в санаторно-курортном учреждении с учетом времени проезда туда и обратно одному из работающих родителей или опекуну (попечителю), когда по заключению ВКК ребенку-инвалиду необходим уход взрослого. Если одно из перечисленных лиц в связи с уходом за ребенком-инвалидом не работает, ЛН другим работающим лицам для ухода за этим ребенком не выдается. Исключение из этого правила возможно только в случае болезни матери либо другого лица, фактически осуществляющего уход за ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет. Если по заключению ВКК ребенок-инвалид не нуждается в уходе взрослого, то лицу, сопровождающему его, ЛН выдается на время проезда в санаторий и обратно к началу лечения и после его окончания.

ЛН выдается и оформляется ВКК организации здравоохранения по месту жительства ребенка в том же порядке как при направлении на санаторно-курортное лечение лиц, имеющих право на ЛН. При этом в строке "Вид ВН" указывается "Уход за ребенком (ребенком-инвалидом) в санатории".

ЛН по уходу за ребенком (ребенком-инвалидом) в санатории выдается не более одного раза в календарном году.

ЛН при направлении в отделение медицинской реабилитации санатория. При направлении больного в отделение медицинской реабилитации санатория непосредственно из стационара организации здравоохранения или в период амбулаторного лечения с ВН, ЛН, выданный по поводу заболевания, закрывается. В строке "Особые отметки" этого ЛН указывается "Направлен в отделение медицинской реабилитации санатория" и название санатория. Одновременно ВКК организации здравоохранения, направляющая больного в санаторий, выдает новый ЛН, как продолжение ранее выданного. В строке "Вид ВН" указывается "Заболевание", а в строке "Режим" - "Реабилитационный". При выписке больного в ЛН указываются даты фактического прибытия на лечение и убытия к месту жительства или дальнейшего лечения. Организация здравоохранения по месту жительства больного проводит экспертизу его трудоспособности не позднее дня, следующего за днем прибытия его из отделения медицинской реабилитации санатория.

ЛН при направлении воинов-интернационалистов, их жен, а также вдов погибших воинов-интернационалистов в Центр медицинской реабилитации воинов-интернационалистов. В соответствии с Положением о Республиканском Центре медицинской реабилитации воинов-интернационалистов в Центр могут направляться не только воины-интернационалисты, но и их жены и вдовы погибших воинов-интернационалистов. Поэтому при лечении в Центре всем им выдается ЛН и оплачивается пособие по ВН.

ЛН при направлении в Центры медицинской реабилитации воинов-интернационалистов выдаются ВКК организации здравоохранения по месту жительства или работы больного из указанного контингента как при направлении на санаторно-курортное лечение. При этом в строке "Вид ВН" указывается "Заболевание", в строке "Режим" - "Реабилитационный", в строке "Особые отметки" - название Центра реабилитации воинов-интернационалистов.

ЛН при проведении амбулаторного или стационарного этапа медицинской реабилитации. При проведении амбулаторного этапа медицинской реабилитации больным с ВН выдается ЛН как при амбулаторном лечении. После восстановления трудоспособности реабилитация больного проводится в свободное от работы время.

Больным с временной утратой трудоспособности, направляемым в стационарные отделения или центры медицинской реабилитации, ЛН выдается как при стационарном лечении.

ЛН при направлении больных на спелеолечение. ВКК организации здравоохранения по месту жительства больного при направлении больного на спелеолечение по медицинским показаниям выдает, закрывает и оформляет ЛН. Последний выдается на весь период спелеолечения с учетом времени проезда к месту лечения и обратно в том же порядке, что и при направлении на санаторно-курортное лечение. При оформлении ЛН в строке "Вид ВН" указывается "Заболевание", в строке "Режим" - "Стационарный".

8.6. Отпуска при беременности, родах и аборте

Общие правила выдачи ЛН при беременности и родах. В соответствии с Трудовым Кодексом Республики Беларусь (статья 184) женщинам предоставляется отпуск по беременности и родам продолжительностью 70 календарных дней до родов и 56 (в случаях осложненных родов или рождения двух и более детей - 70) календарных дней после родов с выплатой за этот период пособия по государственному социальному страхованию. Отпуск по беременности и родам исчисляется суммарно и предоставляется женщине полностью независимо от числа дней, фактически использованных до родов.

Женщинам, работающим на территории радиоактивного загрязнения, предоставляется отпуск по беременности и родам продолжительностью 90 календарных дней до родов и 56 (в случаях осложненных родов или рождения двух и более детей - 70) календарных дней после родов. При этом общая продолжительность отпуска не может быть менее 146 (160) календарных дней. Дородовой отпуск, предусмотренный для женщин, которые работают на территории радиоактивного загрязнения, предоставляется с согласия женщины за пределами этой территории с проведением оздоровительных мероприятий.

ЛН по беременности и родам выдается следующим женщинам:

1. из числа - граждан Республики Беларусь, иностранных граждан и лиц без гражданства, работающих в организациях, независимо от их форм собственности; лиц, занимающихся предпринимательской и иной деятельностью, при условии уплаты страховых взносов в Фонд социальной защиты населения Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь; безработных, состоящих на учете в государственной службе занятости, в период выполнения ими общественных работ;

2. уволившимся с работы, если отпуск по беременности и родам наступил у них в течение месячного срока со дня увольнения;

3. из числа военнослужащих, лиц рядового и начальствующего состава органов внутренних дел, финансовых расследований, органов и подразделений Министерства по чрезвычайным ситуациям;

4. зарегистрированным в качестве безработных органами государственной службы занятости с правом получения пособия по безработице или стипендии, а также потерявшим право на стипендию или пособие по безработице в связи с окончанием установленного срока их выплаты в течение 2 месяцев после его окончания;

5. обучающимся на дневных отделениях в профессионально-технических, средних специальных, высших учреждениях образования, в том числе в негосударственных, магистратуре, аспирантуре, клинической ординатуре и докторантуре, а также в течение 2 месяцев после окончания учреждения образования.

ЛН по беременности и родам выдается с 30 недель беременности единовременно продолжительностью на 126 календарных дней, а беременным женщинам, проживающим или работающим на территории радиоактивного загрязнения - с 27 недель беременности на 146 календарных дней.

ЛН по беременности и родам выдает врач акушер-гинеколог или врач, ведущий прием беременных женщин, совместно с заведующим женской консультацией, а при его отсутствии - совместно с заведующим отделением или главным врачом. При этом в строке ЛН "Вид нетрудоспособности" производится запись "Беременность, 30 (27) недель", в строке "Режим" - "Амбулаторный - стационарный".

Иногда к моменту наступления дородового отпуска женщина находится на ЛН по заболеванию или травме. В таком случае ЛН по заболеванию закрывается и оформляется новый ЛН в связи с отпуском по беременности. Пособие по первому ЛН оплачивается как при общем заболевании, а по новому - по правилам обеспечения пособиями при беременности и родах независимо от того, продолжается ли ВН по заболеванию и после начала отпуска по беременности. Заболевание или травма с ВН в период до или послеродового отпуска не прерывает последнего и не удостоверяется ЛН. Если ВН по заболеванию или травме продолжается после окончания послеродового отпуска, то с момента окончания этого отпуска выдается ЛН на общих основаниях.

В случае осложненных родов, рождении двух и более детей ВКК организации здравоохранения, в котором родился ребенок, выдает ЛН сроком на 14 календарных дней как продолжение предшествующего ЛН, выданного в связи с беременностью и родами. В этом случае в строке ЛН "Вид нетрудоспособности" указывается "Беременность и роды", в строке "Особые отметки" - "Осложненные роды (рождение двойни)". Перечень осложненных родов, при которых выдается ЛН на указанный период, определяется Министерством здравоохранения РБ.

При родах, наступивших до 30 недель беременности (до 27 недель у женщин, проживающих, работающих, проходящих службу, обучающихся на территории радиоактивного загрязнения) и рождении живого ребенка ЛН по беременности и родам выдается единовременно на 140 календарных дней (женщинам, проживающим, работающим, проходящим службу, обучающимся, на территории радиоактивного загрязнения - на 160 календарных дней), а в случае рождения мертвого ребенка - на 70 календарных дней. ЛН выдается ВКК организации здравоохранения, в которой произошли преждевременные роды, а при рождении ребенка вне организации здравоохранения - ВКК организации здравоохранения, в которой беременная женщина наблюдалась. В строке ЛН "Вид нетрудоспособности" производится запись "Беременность и роды, и срок беременности", в строке "Особые отметки" - "Преждевременные роды и их дата".

Женщинам, у которых право на получение ЛН в связи с беременностью и родами наступила в течение 2 месяцев после окончания учебного заведения, и период освобождения от работы продолжается после дня, с которого они должны были приступить к работе согласно направлению, выдаются два ЛН: первый по день, предшествующий дню, установленному для явки на работу (для предоставления по месту учебы), а второй - со дня, установленного для явки на работу (для предоставления по месту работы). При этом в строке "Заключение о трудоспособности" первого ЛН указывается "Выдано продолжение ЛН по беременности и родам". Второй ЛН выдается как продолжение ранее выданного ЛН.

Женщинам, обучающимся на дневных отделениях в профессионально-технических, средних специальных, высших учреждениях образования, в том числе в негосударственных, магистратуре, аспирантуре, клинической ординатуре и докторантуре и совмещающим учебу с работой, ЛН в случаях беременности и родов выдаются и для предоставления по месту учебы, и по месту работы.

Если во время отпуска по уходу за ребенком до достижения им трехлетнего возраста с выплатой ежемесячного государственного пособия рождается следующий ребенок, женщине предоставляется отпуск по беременности и родам и выплачивается пособие по беременности и родам. При этом сохраняется пособие по уходу за ребенком.

ЛН при усыновлении (удочерении). В соответствии с действующим законодательством пособие в случае усыновления ребенка или установления опеки над ним предоставляется только работающим лицам, усыновившим (удочерившим), а также назначенным опекунами ребенка в возрасте до 3-х месяцев. ЛН выдается ВКК организации здравоохранения, в которой родился ребенок, если новорожденный передается непосредственно из стационара, а в остальных случаях -

ВКК женской консультации по месту обслуживания по предоставлению документа об усыновлении. Усыновление (удочерение) производится судом по заявлению лиц (лица), желающих усыновить ребенка, по месту жительства (нахождения) ребенка или по месту жительства усыновителей. Усыновление считается установленным со дня вступления в законную силу решения суда об усыновлении. Аналогичным образом выдается ЛН лицам, взявшим на воспитание в опеку (приемную) семью, под опеку ребенка в возрасте до 3-х месяцев. Опека устанавливается по решению органов опеки и попечительства. Ими являются местные исполнительные и распорядительные органы. Днем установления опеки считается день вынесения исполнительным и распорядительным органом соответствующего решения. Дети, оставшиеся без попечения родителей, передаются в приемную семью на основании договора о передаче ребенка (детей) на воспитание в семью и трудового договора. Договор о передаче ребенка (детей) и трудовой договор заключаются между органами опеки и попечительства и приемными родителями.

Право на пособие за 70 дней наступает у приемных родителей, а также у назначенных опекунами со дня вступления в законную силу соответствующего документа. Этим лицам выдается ЛН на 70 календарных дней со дня усыновления (удочерения) или установления опеки. В строке ЛН "Вид нетрудоспособности" указывается "Беременность и роды".

ВН в связи с абортom. При операции прерывания беременности (аборте) ЛН выдается лечащим врачом совместно с заведующим отделением организации здравоохранения, в котором проведена операция.

При прерывании беременности в ранние сроки методом вакуум аспирации (мини-аборте) ЛН выдается на 1 день (день манипуляции). При проведении медицинского аборта в сроке до 10 недель беременности ЛН выдается на 2 дня, в сроке от 10 до 12 недель - на 3 дня. При этом в ЛН указывается вид нетрудоспособности - "Заболевание". При возникновении осложнений после проведения операции в любом сроке беременности ЛН выдается на весь период ВН.

8.7. Временная нетрудоспособность по уходу

Общие правила выдачи ЛН по уходу. ЛН по уходу за больным членом семьи, в том числе и за ребенком, выдается при наличии трех одновременно существующих условий:

- 1) если отсутствие ухода угрожает здоровью больного;
- 2) если при наличии показаний для стационарного лечения его невозможно госпитализировать;
- 3) если в семье нет другого члена семьи либо иного лица, который (ое) может ухаживать за больным без освобождения от работы.

ЛН по уходу выдается лечащим врачом с того дня, с которого возникает необходимость в дополнительном (индивидуальном) уходе за больным, а не с 1-го дня болезни. Если лицу, занятому уходом за больным не требуется освобождение от работы (выходные, праздничные дни, в период отпусков), ЛН выдается с того дня, когда такая необходимость возникает.

ЛН по уходу за больным может выдаваться в случае необходимости попеременно разным лицам, осуществляющим уход.

ЛН по уходу за больным вне места постоянного обслуживания больного либо вне места проживания лица, осуществляющего уход за больным, выдается организацией здравоохранения по месту нахождения больного с разрешения главного врача (руководителя) или лица, исполняющего его обязанности.

ЛН по уходу за больным взрослым членом семьи. По уходу за больным старше 14 лет ЛН выдается только при амбулаторном лечении сроком на 3 дня. В исключительных случаях (тяжесть состояния, бытовал обстановка) с разрешения ВКК или главного врача организации здравоохранения этот ЛН может быть продлен до 7 дней в общей сложности по одному случаю нетрудоспособности. При наступлении нового случая нетрудоспособности возникает очередное право на получение ЛН по уходу за больным членом семьи.

При выдаче ЛН в строке "Вид нетрудоспособности" указывается "Уход за больным", а в строке "Особые отметки" - фамилия, имя, отчество и возраст больного.

ЛН по уходу за ребенком. ЛН по уходу за больным ребенком в возрасте до 14 лет при амбулаторном лечении выдается на период, в течение которого ребенок нуждается в уходе, но не

более чем на 14 календарных дней по одному случаю заболевания. ЛН выдается лечащим врачом ребенка на срок до 6 календарных дней одновременно или по частям. Продление ЛН на срок от 7 до 14 календарных дней проводится лечащим врачом совместно с заведующим отделением или иным лицом, которому предоставлено это право. Если ребенок нуждается в уходе по истечении четырнадцатидневного срока, ВКК организации здравоохранения выдает справку о ВН, которая продлевается в соответствии с Инструкцией.

При лечении ребенка в дневном стационаре амбулаторно-поликлинического учреждения ЛН по уходу за ребенком выдается и продлевается как при амбулаторном лечении.

При выдаче ЛН в строке "Вид нетрудоспособности" указывается "Уход за больным ребенком", а в строке "Особые отметки" - имя и дата рождения ребенка.

При стационарном лечении ребенка в возрасте до 14 лет (ребенка-инвалида в возрасте до 18 лет), нуждающегося по заключению лечащего врача совместно с заведующим отделением в дополнительном уходе, ЛН по уходу за ребенком выдается на период, в течение которого ребенок в нем нуждается. ЛН выдается в день окончания вышеуказанного периода. При его выдаче, в строке "Вид нетрудоспособности" указывается "Уход за больным ребенком (ребенком-инвалидом)", в строке "Особые отметки" - имя и дата рождения ребенка (ребенка-инвалида), в строке "Режим" - "Стационарный".

Если ребенок в возрасте до 14 лет нуждается в уходе и после выписки из стационара, ЛН по уходу за ним выдается при амбулаторном лечении на срок не более чем на 14 календарных дней, если освобождение от работы для ухода за ним по поводу данного заболевания до госпитализации не проводилось. Если до госпитализации ребенка в стационар ЛН по уходу за ним выдавался на срок менее чем на 14 календарных дней, после выписки из стационара выдается ЛН на оставшиеся дни как продолжение ранее выданного, а если четырнадцатидневный срок исчерпан, то справка о ВН.

Если в период освобождения матери от работы на основании справки, выданной для ухода за больным ребенком, у него возникло заболевание, не связанное с предыдущим, справка закрывается и выдается новый ЛН по уходу как первичный.

При закрытии ЛН до истечения четырнадцатидневного срока и возникновении у ребенка после этого осложнения или продолжении того же заболевания выдается ЛН на оставшиеся дни как продолжение ранее выданного. Если указанный срок исчерпан, то выдается справка.

При заболевании двух и более детей в разное время выдается ЛН по уходу за каждым, в одно время - один ЛН. При одновременном заболевании двух и более детей после закрытия ЛН по уходу за первым заболевшим ребенком, ЛН по уходу за остальными детьми выдается с зачетом дней освобождения от работы, совпавших с уходом за первым ребенком.

В случае, когда по уходу за первым ребенком выдана справка, а заболел второй ребенок, она закрывается и выдается новый ЛН по уходу за вторым ребенком как первичный.

ЛН по уходу за больным ребенком в возрасте до 14 лет в случае лечения за пределами Республики Беларусь выдается, если имеется заключение Минздрава о необходимости его лечения за границей, до отъезда на весь период лечения, включая время проезда туда и обратно. ЛН выдается ВКК организации здравоохранения по месту жительства ребенка. В строке ЛН "Вид нетрудоспособности" указывается "Уход за больным ребенком", в строке "Режим" - "Амбулаторный", в строке "Особые отметки" - "Уход за больным ребенком за границей, имя и дата рождения ребенка", в разделе "Освобождение от работы" проставляется только начальная дата освобождения от работы. Окончательное оформление и закрытие ЛН производится ВКК по возвращении ребенка домой на основании выписки из истории болезни, других документов, переведенных на белорусский (русский) язык, подтверждающих факт проведенного лечения.

ЛН по уходу за ребенком в возрасте до 3 лет (ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет) в случае болезни матери либо другого лица, фактически осуществляющего уход за ним (далее - в случае болезни матери) выдается при амбулаторном или стационарном ее лечении лечащим врачом матери на время, в течение которого мать не может ухаживать за ребенком. ЛН выдается по указанию заболевшей матери лицу, которое будет осуществлять уход за ребенком в период ее болезни. ЛН выдается указанному лицу с первого дня нетрудоспособности матери и до восстановления трудоспособности или установления инвалидности, но не более 120 дней подряд либо 150 дней с перерывами за последние 12 месяцев при повторении одного и того же

заболевания, а при заболевании туберкулезом - не более 150 дней при непрерывной ВН и 240 дней с перерывами за последние 12 месяцев. Выдача ЛН на более продолжительный срок производится в том случае, если МРЭК принимает решение о продлении лечения больной матери. При отсутствии заключения МРЭК о продлении лечения свыше указанных сроков ЛН не выдается и не оплачивается. При установлении больной матери, либо лицу, фактически осуществляющему уход за ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет, группы инвалидности и невозможности ими осуществлять уход ЛН по уходу закрывается.

Если мать либо другое лицо, ухаживающее за ребенком в возрасте до 3 лет и ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет, госпитализирована в связи с необходимостью ухода за другим ребенком в стационаре, ЛН по уходу выдается в таком же порядке, как при болезни матери. В таком же порядке выдается ЛН по уходу за ребенком в возрасте до 3 лет (ребенком-инвалидом - до 18 лет), если мать здорова, но находится в родильном доме в связи с родами.

В ЛН в строке "Вид нетрудоспособности" указывается "Уход за ребенком в возрасте до 3 лет (ребенком-инвалидом) в связи с болезнью матери", в строке "Особые отметки" - фамилия, имя и отчество матери, дата рождения ребенка и его имя. При выдаче ЛН все необходимые реквизиты заполняются со слов матери.

Не выдается ЛН по уходу за ребенком в возрасте до 3 лет и ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет в случае болезни матери, если ребенок продолжает посещать детское дошкольное учреждение.

В случае смерти матери в родах (в послеродовом периоде) ЛН выдает ВКК организации здравоохранения, в которой наблюдается ребенок его отцу или другому лицу, фактически осуществляющему уход за ним. Если смерть матери наступила в роддоме (родильном отделении) до выписки ее ребенка из стационара, ЛН по уходу за ним выдается со дня его выписки из стационара и на период не более чем на 70 календарных дней со дня рождения ребенка. Если смерть матери наступила в послеродовом периоде (после выписки матери из роддома (родильного отделения), ЛН по уходу за ним выдается со дня ее смерти и на период не более чем на 70 календарных дней со дня рождения ребенка.

ЛН выдается одновременно на весь период ухода по месту жительства ребенка на основании выписки из организации здравоохранения, в которой произошли роды и (или) смерть матери. При оформлении ЛН в строке "Вид нетрудоспособности" указывается "По уходу за ребенком в случае смерти матери в родах (в послеродовом периоде)", в строке "Особые отметки" - пол и дата рождения ребенка.

В случае необходимости ЛН может выдаваться разным лицам попеременно, но суммарно не более чем на 70 календарных дней со дня рождения ребенка.

Случаи, в которых не предусмотрена выдача ЛН по уходу. ЛН по уходу не выдается:

1) по уходу за больным членом семьи в возрасте старше 14 лет - при стационарном лечении (кроме случаев ухода за ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет); если это хронический больной и (или) инвалид 1-ой группы (кроме случаев возникновения у них острого заболевания или обострения хронического);

2) по уходу за больным ребенком в возрасте до 14 лет в случае хронического заболевания (кроме случаев обострения, оперативного лечения или возникновения острого заболевания); если мать, отец либо другое лицо находится в отпуске по уходу за ребенком в возрасте до 3 лет; при наложении карантина на детское дошкольное учреждение или данного ребенка (в этом случае работающему члену семьи, ухаживающему за ребенком, выдается справка о карантине); если для ухода за больным ребенком не требуется освобождение матери от работы (трудовой или социальный отпуск, выходные и праздничные дни и т.п.);

3) по уходу за ребенком в возрасте до 3 лет и ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет в случае болезни матери, если ребенок продолжает посещать детское дошкольное учреждение.

Для предотвращения случаев необоснованной выдачи ЛН по уходу за больными детьми руководители организаций здравоохранения должны обеспечить четкую работу регистратуры по достоверному учету возраста каждого ребенка, проживающего в районе деятельности учреждений, и семейного положения матерей, а также надлежащий учет и контроль ЛН, выдаваемых для ухода.

8.8. Другие виды временной нетрудоспособности

ВН при карантине. При карантине ЛН выдается застрахованным лицам на время отстранения их от работы в связи с карантином. Карантину подлежат лица, имеющие контакт с заразными (инфекционными) больными. Сами же инфекционные больные, представляющие опасность для окружающих, подлежат стационарному лечению.

ЛН при карантине выдается врачом-инфекционистом, а при его отсутствии - лечащим врачом, если работник имел контакт с инфекционными больными и был отстранен от работы санитарно-эпидемиологической службой. При возможности его временного трудоустройства на другую работу в период карантина, по согласованию с санитарно-эпидемиологической службой, выдается заключение ВКК для трудоустройства.

В ЛН в строке "Вид нетрудоспособности" указывается "Карантин" и отмечается название болезни, вызвавшей необходимость наложения на работника карантина, в строке "Режим" - "Домашний".

ВН для протезирования. При протезировании с помещением в стационар протезно-ортопедического предприятия ЛН выдается застрахованным лицам на все время нахождения в стационаре и на время проезда в стационар и обратно. ЛН выдается лечащим врачом совместно с главным врачом протезно-ортопедической организации при выписке больного из стационара.

При оформлении ЛН в строке "Вид нетрудоспособности" указывается "Протезирование", в строке "Режим" - "Стационарный", в разделе "Освобождение от работы" - отмечаются сроки протезирования в стационаре и, при необходимости, отдельными строками - время на проезд к месту протезирования и обратно.

ВН при операции искусственного оплодотворения. ЛН выдается лечащим врачом совместно с главным врачом организации здравоохранения, в которой проводится операция, на период с момента ее проведения по день установления факта беременности, но не более чем на 21 календарный день. В ЛН указывается вид нетрудоспособности "Заболевание".

ВН при операции стерилизации по медико-социальным показаниям. ЛН выдается на необходимый срок, но не более чем на 5 календарных дней, а при возникновении осложнений - на весь период ВН. В ЛН указывается вид нетрудоспособности "Заболевание".

ВН при проведении косметических операций или пластических операций, при лечении голоданием. ЛН не выдается, за исключением их проведения по медицинским показаниям или возникновения у больного осложнений.

ВН у граждан, самостоятельно обратившихся за консультативной помощью. ЛН не выдается при отсутствии признаков ВН, им может быть выдана справка произвольной формы.

ВН у граждан, проходящих обследование в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях по направлению военных комиссариатов, следственных органов, прокуратуры и суда. Всем этим лицам выдается справка произвольной формы.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКСПЕРТИЗЫ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Организация экспертизы ВН в лечебно-профилактических учреждениях имеет большое клиническое, профилактическое и социальное значение, способствует восстановлению здоровья, трудоспособности трудящихся, возвращению заболевших к трудовой деятельности, снижению показателей заболеваемости с ВН и первичной инвалидности, сохранению трудовых ресурсов для народного хозяйства страны и экономному расходованию средств по государственному социальному страхованию.

Организационно экспертиза ВН входит в сложную структуру системы здравоохранения ее важной функциональной подсистемой своей определенной целью и конкретными задачами. Эффективное функционирование этой подсистемы возможно только при ряде условий, в ряду которых на первый план выдвигаются: 1) правильная структурная организация; 2) четкая регламентация круга обязанностей и порядка работы всех составляющих звеньев; 3) адекватная информация о деятельности системы; 4) подготовка кадров, способных выполнять данную работу.

9.1. Штатно-организационная структура службы экспертизы временной нетрудоспособности

В соответствии со ст. 49 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» (2001 г.) экспертиза ВН проводится в учреждениях здравоохранения лечащим врачом или врачебно-консультационной комиссией, назначаемой руководителем учреждения здравоохранения.

Права и обязанности по проведению экспертизы определены Положением об экспертизе ВН и организации реабилитации в ЛПУ (Приложение № 14 к Приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 13 от 25.01.1993 г.).

Согласно Положению, экспертиза ВН входит в функциональные обязанности лечащего врача, заведующего отделением, заместителя главного врача по медико-социальной экспертизе и реабилитации (МСЭ и Р), руководителя учреждения, главных специалистов органов здравоохранения.

Ответственность за постановку экспертизы ВН возлагается на руководителей органов здравоохранения административной территории и на руководителей лечебно-профилактических учреждений (главного врача, заместителя главного врача по МСЭ и Р, заместителя директора НИИ по клинике, проректора по лечебной работе).

Положение предусматривает 2 этапа проведения экспертизы ВН в учреждениях здравоохранения и определяет объем работы и функциональные обязанности на каждом этапе. 1-й этап экспертизы ВН включает в себя объект управления – это врачи и фельдшера, непосредственно осуществляющие экспертизу ВН и работу по снижению заболеваемости с ВН.

Организация и усовершенствование 1-го этапа проведения экспертизы ВН располагает следующими системообразующими факторами:

1. Обеспечение соответствующей численности штатного персонала, его подготовку, как в высшем учебном заведении, так и в последипломном периоде.

Следует уделить внимание улучшению условий их труда, организации рабочих мест, обеспечить работников необходимыми орудиями труда, включая инструменты, справочный материал, использование стандартных бланков, клише и т.п.

Особую роль играет фактор времени, поэтому нужно предусмотреть в графиках работы врачей и фельдшеров время для проведения экспертизы ВН, для совместной работы с нанимателями и общественными организациями по снижению ВН.

2. Организация взаимодействия между специалистами внутри учреждения и на этапах медицинской помощи (фельдшерский пункт – врачебная амбулатория или участковая больница, центральная районная больница – клиническая больница).

3. Обеспечение наличия у всех исполнителей должностных инструкций и их качественное исполнение по всем пунктам. Включая проведение экспертизы трудоспособности, обследования, диагностики, лечения больных, а также проведение совместно с нанимателем и общественными организациями мероприятий по оздоровлению работающих и по снижению заболеваемости с ВН.

4. Организация информационного обеспечения, в том числе директивной, научной информацией, информацией о передовом опыте, информацией из собственных источников.

Определенное значение имеет создание в коллективе благоприятного психологического климата, а также использование различных методов морального и материального стимулирования труда.

5. Организация взаимодействия с другими системами, ведомствами, службами, взаимный обмен информацией, совместные проверки, анализ, разработка совместных планов по совершенствованию экспертизы и снижению заболеваемости с ВН.

На этапе исполнения проведение экспертизы ВН децентрализовано и распределено между большим числом лечащих врачей. Только лечащим врачам предоставлено право выдачи ЛН и справок по ВН. Лечащими врачами являются врачи, непосредственно осуществляющие амбулаторный прием или лечение больных в стационаре: участковые и цеховые врачи, специалисты широкого и узкого профиля (хирурги, травматологи, невропатологи, акушеры, гинекологи и др.). Центральное место на этом этапе занимают участковые врачи, которые выдают более половины всех ЛН. В кругу обязанностей лечащих врачей экспертиза ВН относится к числу повседневных функций, многократно выполняемых в течение рабочего дня.

На этапе исполнения экспертиза ВН неразрывно связана с другими функциями врачей – диагностикой, лечением, профилактикой и реабилитацией. Экспертиза ВН решается в комплексе с ними и не может быть от них обособлена. Выработка у врачей интегрированного подхода к оценке трудоспособности в комплексе с решением лечебно-диагностических задач – важнейшее условие качественного проведения экспертизы ВН.

2-й этап экспертизы ВН включает в себя управляющие субъекты – это заведующий отделением, заместитель главного врача по МСЭ и Р, руководитель учреждения (главный врач).

Организация и усовершенствование 2-го этапа проведения экспертизы ВН располагает следующими системообразующими факторами:

1. Организация управляющей системы:

1.1. наличие всех необходимых компонентов для обеспечения эффективного управления (штаты всех должностных лиц, принимающих участие в управлении службой экспертизы и работе по снижению заболеваемости – главные врачи, заместители главных врачей по МСЭ и Р, заведующие отделениями, районные и главные специалисты и др.), подбор кадров, наличие необходимых структурных подразделений;

1.2. порядок взаимодействия должностных лиц, порядок подчинения друг другу, порядок отчетности, обмена информацией, периодичность информирования и т.д.;

1.3. наделение всех должностных лиц, участвующих в управлении функциональными обязанностями;

1.4. порядок взаимодействия должностных лиц с одной стороны и лечащими врачами и фельдшерами, с другой – с другими системами которые прямо или косвенно участвуют в решении вопросов экспертизы и заболеваемости с ВН – это службы социального обеспечения и социального страхования, органы и учреждения санитарного надзора, служба охраны труда предприятий, кафедры организации здравоохранения и основные клинические кафедры медицинских вузов и Белорусской медицинской академии последипломного образования, отделы и управления исполкомов местных советов народных депутатов и др.;

1.5. определение факторов, которые способствуют эффективному функционированию системы управления (вопросы стимулирования труда, морального и материального поощрения, обмена передовым опытом, организация гласности необходимого информационного обеспечения, степень использования научных данных);

1.6. изучение и оценка системы управления в прошлом в сравнении с настоящим периодом и прогнозирование ее состояния на будущее.

2. Работа, проводимая с руководящими кадрами в целях обеспечения эффективности процесса управления:

2.1. овладение руководителями научного стиля управления, использование принципов разделения, специализация управленческого труда и т.п.;

2.2. система повышения квалификации руководящих кадров, ее уровень и эффективность.

3. Работа по совершенствованию процессов управления:

3.1. обеспечение руководителей необходимыми для управления достоверными показателями здоровья деятельности учреждения, оперативной директивной информацией, а также о передовом опыте, о достижениях науки и др.;

3.2. обеспечение оперативности принимаемых решений, их системности и комплексности;

3.3. обеспечение интеграции управленческих воздействий с другими системами, принимающими участие в совершенствовании экспертизы и в работе по снижению заболеваемости; наличие координационного центра, контролирующего исполнение комплексных планов и программ, разрабатываемых при участии нескольких систем;

3.4. наличие показателей, адекватно отражающих эффективность системы управления в целом, а также показатели эффективности отдельных управленческих воздействий.

4. Методы воздействия системы управления на управляемый объект с целью обеспечения эффективной реализации принимаемых решений:

4.1. обеспечение обмена опытом работы между структурными подразделениями и отдельными исполнителями объекта управления;

4.2. интенсивная передача научной информации коллективам;

4.3. научная организация труда всех медицинских работников, осуществляющих экспертизу и принимающих участие в работе по снижению заболеваемости;

4.4. рациональное распределение и специализация кадров.

Подбирая кадры, наделяя их определенными функциями, возлагая на них определенные задачи, руководитель обязан учитывать «человеческий фактор», который можно условно разделить на следующие части.

1. Знает ли наниматель, что надо делать и как это надо делать, может ли он выполнить эту задачу, то есть имеет ли он необходимые условия для выполнения этой задачи (материалы, орудия труда). Понятие «может» имеет также в виду правовой аспект – наделено ли данное должностное лицо необходимыми правами для выполнения возложенной на него задачи.

2. Хочет ли исполнитель выполнить возложенную на него задачу. Компонент «хочет» обеспечивается предварительной, разъяснительной работой, различными методами морального и материального стимулирования и т.д.

3. Успеет ли исполнитель сделать необходимую работу в установленный срок. В реализации условия «успеет» важное значение имеет своевременность доведения до исполнителя директивной информации, научная организация труда, правильное использование технического фактора, нормирование труда и др.

Заведующий отделением – заместитель главного врача по МСЭ и Р – руководитель учреждения (главный врач) представляют собой ряд звеньев этапа управления экспертизой ВН, последовательно подчиняющихся друг другу. В их функциональные обязанности, в большей или меньшей степени входят организационные вопросы, контроль, методическая работа, анализ экспертизы ВН, проведение мероприятий по снижению заболеваемости и инвалидности. В связи с повторяемостью функциональных обязанностей у различных должностных лиц важным аспектом на этом этапе являются четкая регламентация и разграничение функций в соответствии с основным направлением деятельности каждого звена.

Заведующий отделением - звено, наиболее приближенное к этапу исполнения. Экспертиза ВН – важная повседневная функция заведующего отделением, который решает различные экспертные вопросы во время организационной, методической и аналитической работы, процесса консультаций больных, при контроле за деятельностью врачей отделений.

Заместителя главного врача по МСЭ и Р – 2-е звено на этапе управления экспертизой ВН. В отличие от 1-го звена, где экспертиза ВН неотделима от диагностики и лечения, она уже обособляется в самостоятельную функцию. Заместитель главного врача по МСЭ и Р – центральная фигура в организации экспертизы ВН в лечебно-профилактическом учреждении. В его обязанности входят все вопросы, имеющие отношение к экспертизе ВН. Ряд обязанностей заместителя главного врача по МСЭ и Р повторяют функции заведующего отделением, но при этом они не дублируют (не подменяют) их, а существенным образом дополняют в рамках контроля их исполнения.

Руководитель учреждения (главный врач) – 3-е звено на этапе управления экспертизой ВН. На него возложена личная ответственность за состояние экспертизы ВН в учреждении, за которую он отвечает перед вышестоящими инстанциями. Внутри учреждения часть своих функций по экспертизе ВН главный врач делегирует (передает) своему заместителю по экспертизе ВН и Р, определив круг его обязанностей и меру ответственности за порученный участок работы. В то же

время существует ряд вопросов, в решении которых должен участвовать главный врач лично: выдача ЛН иногородним, обмене справок о ВН на ЛН (кроме предусмотренных случаев), разбор всех случаев нарушения положений экспертизы ВН, допускаемых врачами, решение ряда конфликтных вопросов и др.

Таким образом, этапная система экспертизы ВН представлена четырьмя звеньями: лечащий врач – заведующий отделением – заместитель главного врача по МСЭ и Р – главный врач. Однако штатное расписание далеко не всегда соответствует этой схеме. Во многих учреждениях нет должности заместителя главного врача по МСЭ и Р или нет заведующих отделениями; в сельской местности имеются учреждения, в которых работает только один врач или фельдшер. В этих случаях в структурной организации экспертизы ВН выпадает 1-2 или даже 3 звена. Функциональные обязанности отсутствующих звеньев возлагаются на других должностных лиц и должны быть четко регламентированы. Так, при отсутствии заместителя главного врача по МСЭ и Р все обязанности возлагаются на руководителя учреждения; последний имеет право по согласованию с отделом здравоохранения возложить обязанности по экспертизе ВН на одного или нескольких врачей данного учреждения сверх их основной работы. Эта мера оправдана, если в учреждении нет заместителя главного врача по медицинской части, по поликлинике и заведующих отделениями.

При наличии указанных кадров поручать эту работу врачам, не наделенных административными правами нецелесообразно, так как делает ее малоэффективной.

Указанный системный подход к организации и управлению службой экспертизы ВН позволяет добиваться ее целенаправленного и устойчивого совершенствования, а отсутствие системности является основной причиной многочисленных и постоянно выявляемых дефектов как в оформлении и выдаче ЛН, так и в работе по уменьшению трудопотерь в народном хозяйстве в связи с заболеваниями.

9.2. Осуществление контроля за организацией экспертизы временной нетрудоспособности

9.2.1. Общие организационные и методические принципы контроля за проведением экспертизы временной нетрудоспособности

При организации контроля исключительно важно использовать три группы однотипных критериев (показателей) качества экспертизы ВН.

Показатели первой группы характеризуют качество диагностической и лечебно-профилактической работы, включая эффективность восстановительного лечения и медицинской реабилитации.

Наиболее частыми типичными недостатками в экспертизе ВН являются:

1) неполное обследование больных, в том числе без привлечения необходимых (узких) специалистов, лабораторных, инструментальных, рентгенологических и др. методов исследования;

2) ошибочная диагностика (гипердиагностика) таких заболеваний, как ишемическая болезнь сердца, хронические гастриты, хронические холециститы и другие, хронически протекающие заболевания у больных менее тяжелыми заболеваниями;

3) недооценка тяжести состояния больных и несвоевременная диагностика тяжелых заболеваний, что в ряде случаев ведет к необоснованным отказам в выдаче ЛН, запоздалому началу лечения, а в последующем – к длительным срокам временной утраты трудоспособности, а в ряде случаев и к инвалидности;

4) переоценка тяжести состояния (болевого синдрома, стадии артериальной гипертензии, степени выраженности недостаточности кровообращения и т.д.), что влечет за собой необоснованную выдачу ЛН и предоставление необоснованных ограничений в работе;

5) несвоевременное начало лечения. Недостаточное использование методов и средств восстановительной терапии и медицинской реабилитации.

Для оценки качества диагностики, определения уровня организации диагностической и лечебной работы, эффективности лечения и медицинской реабилитации осуществляется плановый контроль по линии ВКК и (или) заместителем главного врача по МСЭ и Р лечебно-профилактического учреждения не реже одного раза в квартал, выборочно по работе отдельных врачей-специалистов либо по профилям оказания медицинской помощи. При этом осуществляется анализ не менее 30-50 медицинских работ амбулаторных или стационарных больных из числа случаев временной нетрудоспособности у проверяемого врача или подразделения.

При проведении плановых проверок применяется статистический метод «случайной» выборки и оцениваются: качество проведения и эффективность лечебно-диагностических мероприятий; привлечения к лечению необходимых специалистов, проведения консилиумов, применение возможных стационарозамещающих лечебных технологий, направления на госпитализацию; интенсивность лечебно-диагностического процесса; адекватность затраченных средств на лечение пациента достигнутому результату; обоснованность выдачи ЛН. При необходимости к проведению плановых проверок могут привлекаться другие специалисты.

По результатам проведенных проверок готовится информационный материал с указанием выявленных недостатков, рекомендациями по их устранению и доводится до сведения проверяемых и руководителей лечебно-профилактических учреждений.

Показатели второй группы характеризуют правильность определения трудоспособности.

Особое внимание проверке этого раздела деятельности уделяют следующим вопросам:

1) обоснованности решения вопросов об установлении признаков временной нетрудоспособности и обоснованности отказов в выдаче больничных листов и других документов о временной нетрудоспособности при заболеваниях и травмах. При этом имеет значение правильность и полнота обоснования в медицинской документации принятых экспертных решений, в том числе обоснование дифференциации полной и частичной временной нетрудоспособности;

2) правильности выдачи документов, удостоверяющих временную утрату трудоспособности (больничного листа и справок о временной нетрудоспособности). Особое внимание следует уделять вопросам правильности выдачи справок, связанных с алкогольным опьянением, доказательности записей в медицинской документации о наличии признаков опьянения;

3) правильности определения оптимальных сроков временной нетрудоспособности;

4) правильности и своевременности выдачи ВКК рекомендаций по временному трудоустройству больных после перенесенных заболеваний и травм, а также для постоянного трудоустройства больных с хронически протекающими заболеваниями. Необходимо обратить внимание, насколько широко применяют в данном лечебно-профилактическом учреждении в экспертной практике временное и постоянное трудоустройство по заключению ВКК и как организован контроль за выполнением этих решений, а также на выявление случаев, когда ВКК даются рекомендации о трудоустройстве лицам с признаками инвалидности и этим больным необоснованно отказывают в направлении на ВТЭК;

5) своевременности и обоснованности направления больных на МРЭК, для определения инвалидности, независимо от сроков предшествующей временной нетрудоспособности.

Рассмотренные вопросы, касающиеся экспертизы ВН, также решаются путем углубленного анализа медицинских карт амбулаторных и стационарных больных одновременно с анализом качества диагностической и лечебной работы. При этом следует выявить процент ошибочных и недостаточно обоснованных решений по экспертизе ВН и установить их причины.

Третья группа показателей характеризует уровень и качество организации работы по экспертизе ВН в лечебно-профилактических учреждениях.

Особое внимание при этом уделяется следующим вопросам:

1) планам работы по экспертизе ВН (годовым, квартальным) и их выполнению;

2) выполнению должностными лицами лечебно-профилактических учреждений (лечащим врачом, заведующим отделением, заместителем главного врача по МСЭ и Р и главным врачом) своих функциональных обязанностей в предусмотренном объеме и полноте, особенно в части, касающейся контроля за работой врачей и своевременности осмотра больных заведующими отделениями. Качества ведения медицинской документации:

3) организации работы по повышению квалификации врачей лечебно-профилактических учреждений по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности (регулярность проведения конференций по этим вопросам, осуществление вводного инструктажа по экспертизе ВН, наличие в лечебно-профилактическом учреждении нормативных материалов и учетно-методических пособий по экспертизе ВН и др.);

4) организации работы по проведению анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности по форме 16-ВН; наличие учета инвалидов, проведение анализа показателей первичной инвалидности и др.;

5) организации учета и хранения бланков больничных листов и справок о ВН;

6) организации работы ВКК: лично ли лечащие врачи представляют больных, обеспечивает ли ВКК клинично-экспертную консультацию больным, качество ведения документации ВКК.

Необходимо ознакомиться с графиком работы ВКК и ее документацией, порядком приема больных, организацией выездных заседаний и др.;

7) связи ВКК с органами МРЭК. При этом следует обратить внимание на такие вопросы, как совместное обсуждение результатов их работы, эффективность работы по долечиванию (после освидетельствования на МРЭК) и др.;

8) организации работы с письмами, заявлениями, жалобами трудящихся по вопросам экспертизы ВН. Важно изучить, какие недочеты в работе лечебно-профилактических учреждений явились главной причиной жалоб трудящихся по вопросам экспертизы ВН и какие мероприятия проводятся для устранения имеющихся недостатков.

Анализ организации по экспертизе ВН осуществляется путем изучения состояния заболеваемости с временной утратой трудоспособности у лиц, работающих на прикрепленных промышленных предприятиях, изучения журналов работы ВКК, журналов учета писем и заявлений трудящихся, материалов ранее проведенных проверок работы по экспертизе ВН данного лечебно-профилактического учреждения, протоколов врачебных конференций и др.

На основе изучения материалов проводится оценка качества работы по каждому из указанных трех разделов деятельности лечебно-профилактических учреждений по экспертизе ВН.

9.2.2. Организация контроля за обоснованностью выдачи и продления листков нетрудоспособности

Важное место в экспертизе и профилактике ВН занимает организация контроля за обоснованностью выдачи и продления ЛН. Объем и содержание работы по контролю многообразны. Она охватывает все этапы от момента выдачи ЛН до его оплаты, медицинскую документацию и самого больного. Логическим завершением контроля является регистрация всех выявленных дефектов и их систематический разговор.

Составным элементом контроля является систематическая информация о состоянии экспертизы ВН в учреждении. Наличие такой информации – не только метод контроля экспертизы ВН, но и основа научной организации труда.

При проведении контроля за обоснованностью выдачи и продления ЛН следует помнить, что срок выдачи ЛН и срок его оплаты не всегда совпадают. Это может касаться работающих инвалидов, лиц условно осужденных, лиц временно работающих, при нарушении режима предписания врачом (например, при алкогольном опьянении).

В проведении контроля за выдачей и продлением ЛН должны принимать участие различные звенья на этапе управления экспертизой ВН, в силу чего важно разграничить их обязанности по контролю с учетом специфики работы каждого и сроков пребывания на ЛН.

Как правило, в проведении контроля принимают участие 2 инстанции:

- 1) заместитель главного врача по МСЭ и Р и (или) руководитель подразделения лечебно-профилактического учреждения;
- 2) инспектор – врач фонда социальной защиты населения Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь.

Контроль можно условно дифференцировать по срокам ВН, в зависимости от которых избираются адекватные (соответствующие) его формы и методы:

1. ВН до 6 дней;
2. ВН от 7 до 30 дней;
3. ВН длительно болеющих лиц (ДБ), в том числе часто и длительно болеющих (ЧДБ).

Контроль за обоснованностью выдачи и продлению ЛН до 6 дней. Это особенно ответственный этап контроля, поскольку в амбулаторной практике на эти сроки приходится от 55 до 75% всех ЛН.

Контроль осуществляют заведующий отделением и заместитель главного врача по МСЭ и Р. Основную роль при этом следует отвести заместителю главного врача по МСЭ и Р, который должен проводить контроль первичной выдачи ЛН ежедневно.

Методы контроля за обоснованностью выдачи и продления ЛН:

1. присутствие на амбулаторном приеме у врача;
2. проведение одномоментно-контрольных ВКК в составе заместителя главного врача по МСЭ и Р, заведующего отделения и лечащего врача;
3. контроль первичной медицинской документации – индивидуальная карта больного (амбулаторная карта) история болезни, журнал регистрации ЛН.

1-й и 2-й методы контроля являются наиболее действенными и точными.

При проведении контроля по медицинской документации прежде всего выявляют дефекты оформления ЛН, журнала формы № 36, индивидуальной карты больного (амбулаторной карты).

При первичной выдаче ЛН проверяют качество записей, правильность оформления диагноза, полноту обследования и лечения.

При продлении ЛН – полноту и качество проведенного обследования, адекватность (стандарт) лечения, обоснованность диагноза.

При выписке больного на работу – ее своевременность, профилактические, реабилитационные и трудовые рекомендации.

Для облегчения контроля индивидуальные карты больных, находящихся на ЛН, должны откладываться в кабинете врача, на специальном стеллаже в регистратуре или ежедневно к определенному сроку представляться в кабинет заместителя главного врача по МСЭ и Р.

При проведении контроля важно дифференцировать выводы в зависимости от его метода. Так, вывод о необоснованности экспертного решения можно сделать только при личном осмотре больного или освидетельствовании на ВКК. Если проверялась медицинская документация, можно только предположить, что решение необоснованное, и для его уточнения направить больного на консультацию к заведующему отделением или на ВКК. При работе с медицинской документацией прежде всего выявляются дефекты оформления ЛН, журнала формы № 36, индивидуальной карты амбулаторного больного.

В различных учреждениях методы, формы и интенсивность контроля широко варьируют. Прежде всего, контроль проводится целенаправленно по обоснованности выдачи и сроков пребывания на ЛН лиц с острым заболеванием. Проверяются записи, объективизирующие клиническую картину, в момент выдачи ЛН, его продления и закрытия (по критериям выздоровления и восстановления трудоспособности). Тщательной проверке подвергаются короткие сроки ЛН (1-2 дня), так как они могут быть либо необоснованными, либо недостаточными. В последнем случае в ближайшие дни возможна повторная выдача ЛН.

Если же причиной ВН стало хроническое заболевание, проверке подлежит запись, объективизирующая обострение, декомпенсацию, приступ или криз. Оценивается состояние до выдачи ЛН, в момент выдачи и его закрытия, характер лечения в момент обострения заболевания и вне обострения. При приступах или кризе учитываются первичность, повторность, тяжесть, быстрота купирования, повторяемость.

Контроль за продлением ЛН от 7 до 30 дней осуществляется заведующим отделением, который при личном осмотре больного наиболее квалифицированно решает вопросы диагностики, лечения и экспертизы трудоспособности в своей специальности. Осмотр производится совместно с лечащим врачом 1 раз в 10 дней, в амбулаторной карте об этом делается соответствующая запись. Проводится контроль качества диагностики, лечения и реабилитации. Обязательному контролю подлежат все случаи ВН, где сроки ЛН превышают оптимально-минимальные сроки ВН. При этом нужно искать необычное течение заболевания (осложнение, нетипичное течение и др.), неправильное и необоснованное продление ЛН (например, продление ЛН у больного с субъективным дискомфортом или же при трансформации острого заболевания в хроническое).

Выявленные технические ошибки в заполнении ЛН, медицинские ошибки в оформлении диагноза, режима, стандарты лечения и реабилитации, а также ошибки экспертизы ВН (изучение сроков единоличной выдачи ЛН, сроков направления на консультации, ВКК, выдача ЛН задним числом и др.) в амбулаторную карту или историю болезни записывать не следует, поскольку это документы широкого назначения. Для этого целесообразно вести журнал по специально составленной форме, что облегчает последующий анализ дефектов. Учитывая систематический характер контроля, журнал может содержать только минимальное число рубрик, которые должны быть, дифференцированы в зависимости от метода контроля и сроков ВН.

Контроль за ЛН сроки 30, 60, 90 и 105 дней от начала ВН берет на себя планово-контрольная ВКК. При заболевании туберкулезом эти сроки более продолжительные и соответствуют 30, 60, 90, 120, 150 и 165 календарных дней. При повторных случаях обострений одного либо родственных заболеваний обязательное освидетельствование больных на ВКК приводится когда суммарная ВН (при двух и более случаях) за последние 12 месяцев составила 60, 90, 120, 135 календарных дней, а при туберкулезе – 60, 90, 120, 150, 180, 210 и 225 календарных дней.

Для облегчения контроля за продолжительностью ВН целесообразно в амбулаторной истории выделить лист ВН (подобно листу уточненных диагнозов), где отмечать начало, окончание,

продолжительность и диагноз каждого случая, в направлении больного в стационар и в истории болезни стационара указывать предшествующую ВН за последние 12 месяцев. В случаях личного осмотра больного и освидетельствования на ВКК в историю болезни вносится соответствующая запись.

В процессе контрольного освидетельствования на ВКК наряду с определением трудоспособности решаются вопросы полноты обследований, лечения, реабилитации, необходимости консультации, стационарного или санаторно-курортного лечения и уточняется клинический и трудовой прогноз. При неблагоприятном прогнозе и наличии признаков инвалидности заполняется посылный лист на МРЭК. При недостаточности обследования или лечения принимаются все меры, чтобы к истечению 105 дня ВН окончательно уточнить прогноз и своевременно направить больного на МРЭК. Чтобы не допускать запаздывания с направлением длительно болеющих на МРЭК, заместителю главного врача по экспертизе ВН целесообразно брать под личный контроль всех больных с ВН более 90 дней, так же, как и впоследствии больных. Которым после освидетельствования во МРЭК рекомендовано «долечивание».

Все выявленные дефекты, обнаруженные на планово-контрольной ВКК должны фиксироваться в специальном журнале.

9.3. Сбор и анализ информации о состоянии экспертизы временной нетрудоспособности

Каждый случай потери трудоспособности, удостоверенный лечебным учреждением, подлежит обязательной регистрации в истории болезни и «Книге регистрации выданных листков нетрудоспособности» (уч. ф. № 36), которая содержит разнообразную информацию о ВН.

Информация о ВН необходима как лечащим врачам, так и руководителям подразделений и учреждения. Приступая к сбору и анализу информации, необходимо решить вопрос об объеме и содержании информации, уровнях информационного обеспечения, периодичности, анализа и поступления информации в разные звенья, а также адекватности информации функциональным обязанностям лица, которому она предназначена. Важно обеспечить сбор и анализ сведений о ВН без больших затрат времени и труда. Исключить дублирование одних и тех же данных разными лицами и существенно повысить использование информации. Лечащим врачам необходимо научиться правильно, оценивать информацию для совершенствования своей работы, а руководителям подразделений – для формирования управленческих решений и контроля.

9.3.1. Объем и содержание информации

Основным вопросом, подлежащим изучению в сфере экспертизы ВН, является случай ВН и его продолжительность. Оперативную информацию о случаях ВН можно получить путем учета первично выданных ЛН, этот показатель имеет сигнальное значение и характеризует уровень ВН в данном учреждении. Продолжительность случая оценивается после его окончания по числу дней ВН.

Случай и его продолжительность подлежат анализу в различных аспектах: по нозологическим формам, врачам, отделениям, по учреждению в целом, с учетом выдачи и закрытия ЛН в различные дни недели, месяцы, кварталы. Эти вопросы нуждаются в постоянном внимании. Для правильной организации работы необходима также информация о продлении ЛН с санкцией МРЭК, о ВН больных, первично признанных инвалидами, работающих инвалидов и пенсионеров по возрасту, диспансерных больных, группы ДЧБ. Важен также анализ краткосрочных (до 3 дней) и длительных (свыше 30 дней) ЛН. ВН после лечения в стационаре, отделениях реабилитации, санаториях-профилакториях.

Таким образом, информация о состоянии ВН в учреждении включает широкий круг вопросов. Понятно, что периодичность поступления информации должна существенно различаться в зависимости от ее содержания и уровня поступления.

9.3.2. Уровни поступления информации

Для всех звеньев учреждения, участвующих в проведении экспертизы ВН на этапе исполнения (лечащие врачи) и управления (заведующий отделением, заместитель главного врача, главный врач), необходима информация о числе и продолжительности случаев ВН, но в различных аспектах с учетом их функциональных обязанностей. Для лечащего врача важен анализ случаев по нозологическим формам, для заведующего – сравнение ВН в разных врачах отделения. Для

заместителя главного врача – анализ ВН по отделениям, для главного врача – по учреждению в целом.

9.3.3. Периодичность поступления информации

Сведения о числе первично выданных ЛН, имеющие сигнальное значение, подлежат ежедневному учету на всех уровнях. В процессе работы эти данные суммируются за месяц, квартал, полугодие и год, в результате чего появляется возможность сравнения информации за одинаковые промежутки времени и разные годы и тем самым прогнозирования заболеваемости.

Продолжительность случая можно анализировать один раз в месяц или квартал. Периодичность анализа другой информации – один раз в год (например, ВН длительно болеющих, признанных инвалидами, с продлением ЛН) или еще реже, что определяет обслуживаемым контингентом, структурой заболеваемости с ВН, характером ошибок экспертизы трудоспособности, директивными указаниями.

9.3.4. Источники получения информации

Основным носителем информации о ВН в лечебном учреждении служит ф. № 36. Следует отметить, что ф. № 36 не отражает всю заболеваемость с ВН, так как часть больных обслуживается и получает б/л в других учреждениях. Анализ этой формы служит целям организации экспертизы ВН в учреждении. Для облегчения анализа ф. № 36 можно предусмотреть отдельное ее ведение по врачам или специальностям, отделениям, а также маркировку разным цветом, в зависимости от того, какие вопросы будут подлежать анализу в данное время. Следует отметить, что из ф. № 36 легко извлекаются сведения о первично выданных ЛН. Анализ законченных случаев проводить сложнее, так как эти данные разбросаны по всему журналу. Отсюда оправдано введение промежуточных носителей информации – сводных таблиц. Составленных по определенной программе, в которые вносятся сведения при выдаче и закрытии ЛН, значительно облегчается сбор и анализ информации при централизованной системе выдачи ЛН с введением талонов на получение листка нетрудоспособности.

Сбор и анализ информации о ВН могут осуществляться децентрализованно и централизованно. В первом случае информацию собирают и анализируют лечащие врачи, заведующие отделениями, заместитель главного врача по МСЭ и Р. Преимуществом децентрализованной системы являются ее простота и доступность, а также личное участие врача в анализе информации, заставляющее его задумываться над ее содержанием и оценкой; недостатком – отвлечение врачей от лечебно-диагностической работы, участие большого числа исполнителей, возможность ошибок при подсчете, нередкое дублирование анализа.

При централизованной системе врач и другие звенья освобождаются от сбора информации и расчетов, которые поступают к ним в готовом виде из бюро централизованной выдачи ЛН или кабинета статистики. Для внедрения такой системы нужны специальные кадры и материально-техническое обеспечение, так как извлечение первичной информации представляет собой трудоемкий процесс, особенно при наличии большого числа врачей в учреждении. Недостатком системы является низкий интерес врача к анализу готовой информации.

Наконец, возможен и третий путь, при котором сбор информации проводится врачами, т.е. нецентрализованно, а все промежуточные звенья (или часть их) получают информацию централизованно, на основании обработки в статистических кабинетах первичной информации, собранной врачами. Здесь же можно обобщать первичную информацию за длительный период (месяц и более). Такая система имеет меньше недостатков и сочетает преимущества обоих методов.

9.4. Подготовка кадров

В настоящее время используются многообразные формы обучения врачей и повышения их квалификации в области подготовки экспертизы ВН: вводный инструктаж; самостоятельное изучение Инструкции; Положения об экспертизе ВН и других директивных документов; сдача зачета по основам экспертизы ВН; периодическое повторение основ экспертизы ВН и изучение новых материалов; работа над литературой и составлением рефератов; семинары, конференции, посвященные вопросам МСЭ или МСЭ в комплексе с другими вопросами; знакомство с новыми формами работы по экспертизе ВН на базе лучших учреждений; специализация и тематическое

усовершенствования по МСЭ в Белорусской медицинской академии последипломного образования (БелМАПО).

Перечисление формы обучения включают как индивидуальные, так и коллективные методы повышения квалификации. Обучение врачей должно сопровождаться директированием, обязательной проверкой знаний, быть плановым и систематизированным. В значительной мере способствует обучению подбор специальной литературы, создание библиотек, проведение в учреждении дней информации и систематических реферативных обзоров. В каждом лечебно-профилактическом учреждении необходимо иметь подборку инструктивно-законодательных материалов по экспертизе ВН, которыми в обязательном порядке должны быть снабжены заместитель главного врача по МСЭ и Р и заведующие отделениями, а при возможности – все врачи.

Для организации эффективного обучения врачей вопросам экспертизы ВН на местных базах необходимо решить ряд промежуточных вопросов, во-первых, обучение на местных базах осуществляется силами врачей учреждения, главным образом руководителей подразделений. Качество обучения находится в прямой зависимости от уровня подготовки руководящего звена в сфере экспертизы ВН, от правильного определения ими задач обучения и владения принципами и навыками методической работы. Это выдвигает задачу специальной подготовки руководящего звена по экспертизе ВН. Во-вторых, в проведении методической работы участвует ряд должностных лиц и возникает необходимость дифференциации их деятельности в соответствии со спецификой основной работы.

Особое место в обучении врачей вопросам экспертизы ВН занимает заместитель главного врача по МСЭ и Р. Свою методическую работу он должен сосредоточить в направлении основ МСЭ. Тематика занятий, конференций, семинаров, организуемых заместителем по МСЭ и Р, имеет преимущественно экспертную направленность и касается проработки Инструкций, Положений, новых директивных документов, анализа ошибок экспертизы ВН, состояния заболеваемости с временной утратой трудоспособности, первичной инвалидности, взаимодействия с МРЭК и др.

Обучение врачей по частным вопросам МСЭ, которое является составной частью общего повышения их квалификации, - задача заведующих отделениями, заместителя главного врача по медицинским вопросам, а также главных специалистов органов здравоохранения. Совместное изучение проблем диагностики, лечения и МСЭ при каждом заболевании способствует привитию навыков интеграции в решении этих вопросов, что является важным методическим принципом. Связь такого обучения с экспертизой ВН проявляется в выборе тематики изучения тех нозологических форм, которые вызывают высокую заболеваемость с ВН или инвалидность, а также большое число ошибок МСЭ. В выборе тематики повышения квалификации врачей по частным вопросам должен участвовать заместитель главного врача по МСЭ и Р, который намечает наиболее актуальные в аспекте МСЭ нозологические формы.

Помимо специально организуемых занятий заведующие отделениями, заместители главного врача по МСЭ и Р и медицинской части, главные специалисты должны проводить методическую работу по экспертизе ВН на врачебных конференциях на основании разбора дефектов, выявленных в процессе контроля обоснованности выдачи ЛН, консультаций больных, на ВКК, при анализе историй болезни, направлении на МРЭК и других материалов. Для таких разборов должны использоваться и материалы углубленного анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

Важным методом повышения квалификации врачей являются научно-практические конференции, тематика которых планируется в двух направлениях: специальные конференции, касающиеся только вопросов экспертизы (анализ заболеваемости с ВН и первичного выхода на инвалидность, пути их снижения, разбор расхождений в решениях ВКК и МРЭК) и конференции по изучению различных нозологических форм, проводимые в плане общего повышения квалификации врачей.

Наиболее рациональной формой повышения квалификации врачей в области МСЭ являются циклы специализации и тематического усовершенствования на кафедре МСЭ и Р БелМАПО. Эти циклы рассчитаны на специалистов для службы МСЭ и реабилитации (по специальностям эксперт-реабилитолог и реабилитолог) и врачей лечебной сети, при подготовке которых вопросы МСЭ и реабилитации излагаются интегрировано с проблемами специализированных служб.

Контингент слушателей кафедры МСЭ и реабилитации разнообразный: заместители главных врачей по МСЭ и Р, председатели и врачи МРЭК, заведующие отделениями реабилитации, врачи-реабилитологи лечебно-профилактических учреждений и МРЭК, заведующие специализированными

отделениями (терапевтическими, неврологическими, хирургическими, ортопедо-травматологическими) и врачи этих специальностей, методисты ЛФК.

Прошедшие обучение на циклах МСЭ получают подготовку для систематического, методически правильного и качественного обучения врачей вопросам экспертизы ВН.

9.5. Взаимодействия лечебного учреждения в сфере экспертизы временной нетрудоспособности с другими системами

В настоящее время в обществе переоценивается отношение к здоровью населения, деятельности системы здравоохранения и всех государственных и общественных институтов. В здравоохранении происходят кардинальные изменения. Идет процесс его реформирования. Основное место в системе охраны здоровья отводится первичной медико-санитарной помощи.

Права трудящихся граждан на охрану здоровья гарантированы Конституцией Республики Беларусь. Весомый вклад в борьбу за здоровье трудящихся вносят не только медики. Большая роль в устранении причин, способствующих возникновению заболеваемости, травматизма, трудовых потерь и инвалидности принадлежит органам государственной власти, всем хозяйствующим субъектам (независимо от подчиненности и форм собственности), должностным лицам и специалистам других министерств и ведомств, профсоюзным и различным общественным организациям.

9.5.1. Взаимодействия лечебного учреждения с администрацией предприятия

Совместная работа медицинских работников и администрации предприятий по снижению заболеваемости и уровня первичной инвалидности регулируется Конституцией Республики Беларусь, Трудовым кодексом Республики Беларусь и другими актами законодательства о труде, коллективными договорами, соглашениями и иными локальными нормативными актами, заключенными и принятыми в соответствии с законодательством.

В соответствии с Трудовым кодексом Республики Беларусь с согласия администрации предприятия можно также установить дополнительные гарантии для работников по сравнению с законодательством о труде.

Одной из важнейших сторон взаимодействия медицинских учреждений с администрацией предприятия является согласование графика работы лечебного учреждения и режима работы предприятия. Это позволяет расширить объем медицинской помощи в вечернее время, субботные и предпраздничные дни, чтобы рабочие и служащие имели возможность в нерабочее время проходить медицинские исследования, получать консультации врачей-специалистов, осуществлять лечение, реабилитацию и профилактику.

Следует организовать работу ВКК как в утренние, так и в вечерние часы, а также в субботные дни и усилить контроль за своевременностью закрытия ЛН во все дни недели, включая субботу. Для наиболее полного соответствия режима предприятий графику работы лечебно-профилактического учреждения необходимо утвердить этот график администрацией и профсоюзной организацией предприятия.

9.5.2. Организация и проведение обязательных медицинских осмотров работников

Для обеспечения безопасности труда и предупреждения профессиональных заболеваний наниматель обязан организовать проведение предварительных (при поступлении на работу) и периодических (в течение трудовой деятельности) медицинских осмотров работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными условиями труда или на работах, где есть необходимость в профессиональном отборе (статья 228 Трудового кодекса Республики Беларусь).

Во исполнение указанной статьи Министерством здравоохранения Республики Беларусь с 9 сентября 2000 г. введен в действие Порядок проведения обязательных медицинских осмотров работников (в дальнейшем Порядок), который является нормативным правовым актом, устанавливающим единый порядок проведения обязательных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров работников (Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 33 от 8.08.2000 г.).

Действие Порядка распространяется на нанимателей, работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными условиями труда или на работах, где есть необходимость в профессиональном отборе.

Предварительные при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры осуществляются с целью:

1) определения соответствия (пригодности) рабочих и служащих поручаемой им работе, обеспечения безопасности труда и предотвращения распространения инфекционных и паразитарных заболеваний;

2) выявления лиц с профессиональными заболеваниями или с подозрением на профессиональное заболевание;

3) распознавания общих (непрофессиональных) заболеваний, при которых дальнейшая работа в контакте с профессиональной вредностью может ухудшить их течение;

4) назначения индивидуальных лечебно-оздоровительных мероприятий лицам с выявленными заболеваниями или с подозрением на профессиональное заболевание (диспансерное наблюдение, обследование в клинике, амбулаторное, в стационаре, оздоровление в профилактории, санатории, доме отдыха, рациональное трудоустройство и другие);

5) оценки условий труда и разработки санитарно-гигиенических мероприятий, направленных на ликвидацию причин, вызывающих профессиональное заболевание;

6) обеспечения преемственности в оказании лечебно-профилактической помощи работающим путем организации инженерно-врачебных бригад.

Оплата за проведение предварительных и периодических медицинских осмотров (определение контингентов, врачебные осмотры, лабораторные и инструментальные исследования) производится за счет средств предприятий, организаций, на которых работают лица, подлежащие медицинскому осмотру, согласно действующим прейскурантам цен, утвержденным в установленном законодательством порядке.

Порядок и сроки оплаты за проведение медицинских обследований определяется договором, заключенным между нанимателем и лечебным учреждением, осуществляющим медицинские осмотры.

Предварительные при поступлении на работу и периодические осмотры работников осуществляются медико-санитарными частями (включая ведомственные учреждения) и территориальными лечебно-профилактическими учреждениями.

Предварительные при поступлении на работу медосмотры работников, направляемых на работу вахтовым методом, могут быть проведены в лечебно-профилактическом учреждении по месту жительства с обязательной выдачей заключения на руки обследованному. За 2-4 дня до направления в вахтовый поселок или на объект работник должен быть осмотрен терапевтом цехового участка или в поликлинике по месту жительства. Контроль за прохождением этих осмотров осуществляет администрация предприятия.

Периодические медосмотры трудящихся, работающих вахтовым методом, могут быть проведены лечебно-профилактическими учреждениями по месту локализации вахт (вахтовых поселков).

Медицинские осмотры проводятся комиссией врачей, утверждаемой приказом главного врача лечебного учреждения. Приказом главного врача назначается председатель комиссии – врач-терапевт, выполняющий функции профпатолога (организация профессиональных осмотров, инструктаж, учет профессиональных больных, контроль за направлением в центр профпатологии). Члены комиссии должны быть ознакомлены с настоящим приказом и подготовлены по вопросам профпатологии. Ответственность за качество профилактических осмотров возлагается приказом на заместителя главного врача по лечебным вопросам или по поликлинической службе.

Главные врачи лечебно-профилактических учреждений обеспечивают мероприятия по проведению медицинских осмотров и несут ответственность за их качество, проведение всех лабораторных и функциональных исследований.

Предварительные осмотры проводятся только по направлению нанимателя, с указанием производств, профессий и профессиональных вредностей согласно:

1) «Перечню вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов при работе с которыми обязательны предварительные при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры в целях предупреждения профессиональных заболеваний, врачей-специалистов, участвующих в проведении этих медицинских осмотров, и необходимых лабораторных и функциональных исследований по определенным этиологическим факторам в процессе труда, медицинских противопоказаний к допуску на работу, связанную с опасными, вредными и

неблагоприятными производственными факторами» (далее Перечень вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов);

2) «Перечню работ, для выполнения которых обязательны предварительные при поступлении на работу и периодически медицинские осмотры, врачей-специалистов, участвующих в проведении медицинских осмотров, необходимых лабораторных и функциональных исследований по видам работ, медицинских противопоказаний к допуску на работы в целях предупреждения заболеваний и обеспечения безопасности труда» (далее Перечень работ);

3) «Перечню контингентов, подлежащих предварительным и периодическим осмотрам для предотвращения инфекционных и паразитарных заболеваний» (далее Перечень контингентов).

Врачи участвующие в осмотрах, детально знакомятся с профессиональным маршрутом, выпиской о перенесенных заболеваниях из амбулаторной карты, анамнезом, военным билетом, проводят тщательное общесоматическое обследование, изучают данные лабораторных и инструментальных методов исследований, обращая особое внимание на состояние тех органов и систем, которые являются наиболее уязвимыми (критическими) при воздействии профессиональных вредностей. Обязательно заключение врача-физиаэтра о годности при приеме на работу лиц, состоящих на учете в противотуберкулезном диспансере.

Результаты предварительного осмотра заносятся в форму 025-у с оформлением социально-клинического заключения. На руки пациенту выдается справка с указанием сведений «годен» или «не годен» к выполнению данной работы в контакте с указанными вредностями. Не рекомендуется фиксировать в справке сведения медицинского характера, которые могут послужить поводом к необоснованному отказу в приеме на работу.

При вынесении заключений по результатам предварительного осмотра необходимо строго руководствоваться списком противопоказаний согласно Перечню вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов, Перечню работ, Перечню контингентов и общими противопоказаниями согласно «Общих медицинских противопоказаний к работе, связанной с вредными и опасными веществами и неблагоприятными факторами».

Учреждения органов государственного санитарного надзора совместно с лечебно-профилактическими учреждениями и нанимателем, в соответствии с Перечнем контингентов определяют Список контингентов, подлежащих **периодическим медицинским осмотрам** (далее Список контингентов), в срок до 1 января по установленной форме.

Список контингентов оформляется врачом-гигиенистом, подписывается главным врачом территориального центра гигиены и эпидемиологии (далее ЦГиЭ) и направляется нанимателю, а также в лечебно-профилактическое учреждение, которое проводит медицинский осмотр. Врач-гигиенист должен учитывать и включать в Список контингентов лиц, занятых на работах с применением вновь внедряемых в производство химических веществ и физических факторов, осуществлять контроль за полнотой охвата, своевременность проведения осмотров, участие в них необходимых специалистов и проведением лабораторно-инструментальных исследований.

Предоставляется право специалистам центров гигиены и эпидемиологии изменять периодичность медицинских осмотров в зависимости от условий труда и параметров вредных факторов производственной среды, но не реже 1 раза в 3 года.

Лечебно-профилактическое учреждение, обеспечивающее проведение периодическим осмотрам, на основании Списка контингентов, не позднее 1 февраля составляет график проведения медицинских осмотров, который утверждается исполнительным комитетом и доводится до нанимателей. Одновременно, согласно Списка контингентов, составленных ЦГиЭ, составляется календарный план периодических осмотров, совмещенный с перечнем лабораторных, инструментальных исследований, с указанием специалистов, участвующих в осмотре.

Календарный план проведения медицинских осмотров согласовывается с ЦГиЭ и нанимателем, утверждается главным врачом лечебно-профилактического учреждения, один экземпляр представляется в территориальный ЦГиЭ.

Наниматель на основании Списка контингентов составляет на очередной год Список лиц, подлежащих периодическому медицинскому осмотру по предприятию, цеху, по установленной форме.

Списки лиц, подлежащих периодическому медицинскому осмотру, согласовываются с территориальными центрами гигиены и эпидемиологии, подписываются нанимателем и за 15-20 дней до начала осмотра представляются в лечебно-профилактическое учреждение.

Очередность и порядок осмотра оформляется приказом с указанием лиц, ответственных за явку работников на осмотр (начальники цехов, инженер по технике безопасности, агроном, бригадир и другие). Наниматель обеспечивает явку работников на осмотры и обследования и несет ответственность за допуск к работе лиц, не прошедших медицинский осмотр.

Все данные периодического медицинского осмотра заносятся в медицинскую карту амбулаторного больного (форма 025/У), при этом врачи, принимающие участие в осмотре, дают свое заключение о профессиональной пригодности с учетом проведенных специальных исследований. На отдельный лист амбулаторной карты заносятся данные профессионального маршрута работника с указанием предприятия, цеха, участка, профессии, стажа, вредных и неблагоприятных условий труда. При последующем прохождении периодических медицинских осмотров данные профессионального маршрута уточняются и, при необходимости, вносятся соответствующие изменения.

По данным медицинского осмотра оформляется вкладыш в амбулаторную карту.

Медицинское учреждение, проводившее медицинский осмотр, информирует по месту жительства о проведенной флюорографии и впервые выявленных заболеваниях.

Периодические медицинские осмотры заканчиваются до 1 декабря и завершаются оставление в двухмесячный срок (но не позднее 1 января) заключительного акта по периодическому медицинскому осмотру по установленной форме. Заключительный акт по периодическому медицинскому осмотру отражает мероприятия лечебно-оздоровительного и санитарно-гигиенического характера и подписывается председателем комиссии по периодическому осмотру, врачом-гигиенистом, врачами профильных специальностей, принимавших участие в осмотре.

Заключительный акт оформляется в четырех экземплярах и направляется: нанимателю, территориальному центру гигиены и эпидемиологии, цеховому (участковому) врачу, один экземпляр акта остается в лечебном учреждении, проводившем медицинский осмотр.

Мероприятия заключительного акта обсуждаются с участием нанимателя на заседаниях инженерно-врачебных бригад, одновременно канализуется работа по выполнению рекомендаций заключительного акта за предыдущий год.

На протяжении двух месяцев со дня получения нанимателем заключительного акта предлагаемые лечебно-оздоровительные мероприятия должны быть выполнены. Санитарно-гигиенические мероприятия, требующие длительного периода времени выполнения и существенных затрат, вносятся в коллективный договор.

9.5.3. Информация о состоянии заболеваемости и первичной инвалидности

ВН и инвалидность нарушают ход производственного процесса, так как утрата трудоспособности работающих приводит к снижению производительности труда, необходимости замены заболевшего работника и в конечном итоге – экономическому ущербу.

Поэтому медицинские работники обязаны регулярно информировать администрацию предприятий о состоянии заболеваемости с временной утратой трудоспособности рабочих. В лечебных учреждениях используется различная периодичность информации: ежегодная, еженедельная, ежеквартальная, полугодовая и годовая. Так состояние ВН может еженедельно обсуждаться на оперативных совещаниях у начальников производств, ежемесячно – на административных совещаниях предприятия, один-два раза в год – на собраниях профсоюзно-хозяйственного актива и т.д.

Опыт работы ряда лечебных учреждений свидетельствует, что информация о состоянии ВН должна представляться администрации не реже одного раза в неделю, а более глубокое обсуждение этого вопроса – проводится не реже одного раза в квартал. Только при этом условии можно своевременно влиять на заболеваемость и вовремя устранять причины, порождающие ее рост. Целесообразно также ежегодно на расширенных заседаниях, проводимых администрацией предприятия с участием руководителей органов здравоохранения, обсуждать состояние первичной инвалидности, ход и результаты диспансерного наблюдения. При выяснении причин роста заболеваемости и инвалидности необходимо принимать меры по их устранению, выполнение которых возлагается как на руководство предприятий, так и на медицинских работников.

Изучение технологии производства, условий труда, создание инженерно-врачебных бригад. Медицинские работники, обслуживающие определенные предприятия, должны хорошо представлять технологию производства, специфику производственных операций и их влияние на организм работающего. Для установления более тесных контактов между врачами, администрацией

производства и инженерно-техническими работниками, а также в целях предупреждения влияния на здоровье человека вредных условий труда в каждом цеху создаются инженерно-врачебные бригады. Во главе бригады стоит, как правило, инженер по технике безопасности. В ее состав входят представитель профсоюзного комитета и цеховой врач.

Инженерно-врачебная бригада руководствуется соответствующим положением. В функции этих бригад входит осуществление широкой программы мероприятий по улучшению условий труда, технике безопасности, совершенствованию технологических процессов, проведение комплексных медицинских осмотров, изучение причин заболеваемости, а также правильное трудоустройство больных. В частности часто и длительно болеющих. Работа инженерно-врачебной бригады постоянно находится в поле зрения администрации предприятия. План ее деятельности утверждается приказом руководителя предприятия, который четко определяет обязанности каждого члена бригады.

Бригадами разрабатываются планы оздоровительных мероприятий по каждому цеху в отдельности. Они служат основой для составления комплексного плана на предприятии в целом. Комплексный план является составной частью коллективного договора, ежегодно заключаемого профсоюзом с администрацией предприятия.

Рациональное трудоустройство больных и инвалидов является одним из важных путей **профессиональной реабилитации** и имеет существенное значение в снижении общей заболеваемости, заболеваемости с временной утратой трудоспособности и профилактики инвалидности.

Трудоустройство больных, особенно часто и длительно болеющих, осуществляется в соответствии с рекомендациями ВКК лечебно-профилактических учреждений. Руководители предприятий,строек, организаций и учреждений совместно с профсоюзными организациями **обязаны предоставлять заболевшим рабочим, служащим и колхозникам облегченные виды и условия труда в соответствии с заключением лечебно-профилактических учреждений.**

Для правильной оценки показаний к рациональному трудоустройству лечащие врачи должны хорошо знать условия труда на предприятиях, учреждениях, совхозах и колхозах, которые находятся в сфере их медицинского обслуживания. Это достигается путем **периодического посещения врачами предприятий, постоянного их контакта в работе с администрацией производства учреждений общественными организациями.**

Наиболее прогрессивным методом работы ВКК в открытой лечебной сети по рациональному трудоустройству больных являются выезды ВКК на предприятия, в совхозы и колхозы. На выездных заседаниях ВКК совместно с администрацией производства, совхоза, членами правления колхоза, представителями профсоюзной организации или комиссией по трудоустройству, куда входят главный инженер или инженер по технике безопасности, санитарный врач, начальник отдела кадров, представитель местного комитета профсоюза, юрист, цеховой врач, заведующий здравпунктом, оперативно решаются вопросы трудоустройства в соответствии с состоянием здоровья.

В ряде случаев выездные заседания ВКК целесообразно проводить вместе с врачами-экспертами МРЭК. Это дает возможность решить вопрос о рациональном переводе больных, особенно часто и длительно болеющих, на рекомендованную ВКК работу, выявить на данном производстве, предприятии, в колхозах рабочие места и профессии, которые могут быть использованы для трудоустройства рабочих, служащих и колхозников с ограниченной трудоспособностью.

Выездные заседания ВКК проводятся в соответствии с утвержденным графиком работы. Согласованным как с местными лечебными учреждениями. Так и с администрацией производства, стройки, колхоза, совхоза. В состав выездных ВКК, помимо председателя – заместителя главного врача по МСЭ и Р входят заведующие основными отделениями основных специальностей (терапевт, невропатолог, хирург). Нуждающихся в трудоустройстве больных представляют врачи и фельдшеры местных лечебных учреждений.

Положение о ВТЭК также предусматривает систематическое посещение врачами-экспертами предприятий с целью изучения особенностей производственного процесса. Характера и условий труда в основных и подсобных профессиях, составления профессиограмм на данном предприятии, а также списка профессий, видов труда и операций, доступных инвалидам. Кроме того, посещение предприятий, учреждений, колхозов и совхозов позволяет осуществлять динамическое наблюдение за инвалидами, определять влияние трудовой деятельности на состояние здоровья, степень компенсации нарушенных функций и правильность данной МРЭК трудовой рекомендации.

МРЭК совместно с инспектором по трудовому устройству должны изучать характер и условия труда, в которых работают инвалиды. Выявлять факторы, могущие усугублять течение патологического процесса, добиваться проведения оздоровительных мероприятий в центрах и на рабочих местах. Если больному противопоказаны условия труда, его необходимо перевести по решению ВКК лечебно-профилактических учреждений на работу в другое помещение, цех и т.д. без снижения квалификации или уменьшения объема производственной деятельности. Однако в тех случаях, когда неблагоприятные факторы встречаются в самом характере (процессе) труда и перевод больного на другую работу связан со снижением квалификации либо он нуждается в существенном уменьшении объема производственной деятельности в своей профессии, необходимо освидетельствование во МРЭК.

В соответствии с планом и графиком работы ВКК может выделить специальные часы или дни для освидетельствования больных с целью трудоустройства, привлечь к участию в заседании комиссии представителей администрации, общественных организаций.

Определив характер трудовой рекомендации ВКК должна сообщить больному решение комиссии и выдать ему соответствующую справку (лучше переслать ее) в отдел кадров производства или комиссию по трудоустройству). Это позволяет данной комиссии и руководству предприятия быстро и четко подобрать для больного оптимальные виды и условия труда в соответствии с трудовой рекомендацией ВКК.

В открытой лечебной сети, медсанчасти, в сфере медицинского обслуживания которых имеются производства и предприятия, совершенно различные по характеру технологического процесса и с небольшим числом работающих, или участки работы, территориально расположенные на больших расстояниях (строительные объекты, объекты железнодорожного транспорта, морского и речного судоходства, совхозные и колхозные хозяйства и др.), необходимо иметь обратный талон к справке ВКК. В этом талоне администрация производства указывает дату перевода больного на рекомендуемую ВКК работу и возвращает в поликлинику, амбулаторию. Медсанчасть.

Перевод на более легкую работу дает реабилитационный эффект только в тех случаях, когда врачи назначают его своевременно, дают правильные рекомендации по трудоустройству, а на предприятиях (в организациях, колхозах) эти рекомендации своевременно и четко выполняются.

Эффективность этой работы зависит от совместной деятельности лечебно-профилактических учреждений, администрации предприятий (организаций, колхозов) и профсоюзных органов. В связи с этим врачам лечебно-профилактических учреждений совместно с профкомами целесообразно систематически проверять, как выполняются заключения ВКК о переводах на более легкую работу, какие причины мешают выполнению этих заключений и какова их эффективность. Материалы этих проверок, проводимых лечебно-профилактическими учреждениями, обслуживающими данные предприятия, совместно с профкомами, заслушиваются на заседаниях профкомов с участием представителей администрации. Опыт показывает, что подобная работа дает положительные результаты. Невнимание же к этой работе, невыполнение администрацией рекомендаций ВКК о переводе на более легкую работу ведут к повышению показателей заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

Вопросы совершенствования работы по переводам на более легкую работу по заключениям ВКК должны быть в поле зрения инженерно-врачебных бригад.

Своевременное трудоустройство, систематический контроль за выполнением оздоровительных мероприятий не только со стороны врачей, но и администрации. Общественных организаций, тесное сотрудничество врачей и инженеров позволяют оперативно решать многие проблемы профилактики заболеваний и профессиональной реабилитации заболевших.

9.5.4. Вопросы взаимодействия ВКК и МРЭК

К числу вопросов, нуждающихся в согласовании и выработке единого подхода, относятся порядок освидетельствования и представительных консультаций во МРЭК, учет ВН до установления инвалидности, показания к продлению лечения и реабилитации во МРЭК, анализ рекомендаций в решениях ВКК и МРЭК, анализ и профилактики первичной инвалидности, обучение лечащих врачей вопросам экспертизы инвалидности, совместные планы работы, конференции, совещания и т.д.

Согласование порядка направления и освидетельствования во МРЭК. В лечебном учреждении должен быть график работы МРЭК с выделением фиксированных дней для освидетельствования, в соответствии с которым необходимо осуществлять направления больных. Освидетельствование временно нетрудоспособных МРЭК должна проводить вне очереди в течение

первых 3 дней. ВКК в свою очередь обязано обоснованно и своевременно направлять больных на МРЭК, особенно группу ДЧБ. Подготовку больного к направлению на МРЭК следует начинать заранее при первых признаках неблагоприятного клинического и трудового прогноза, не позднее двух месяцев от начала ВН, чтобы была возможность провести необходимое обследование, консультации, лечение и реабилитацию. Важное значение имеет личное представление больного на МРЭК лечащим врачом, заведующим отделом или заместителем главного врача по МСЭ и Р.

При проведении выездного заседания МРЭК в лечебные учреждения, на предприятия, в колхозы, совхозы к нему необходимо своевременно подготовиться, но не допускать затягивания ВН в связи с его ожиданием. Если больной не был освидетельствован на выездном заседании, надо организовать его освидетельствование на основной базе МРЭК, в показанных случаях – в стационаре, на дому.

Предварительные консультации больных во МРЭК. Такие консультации следует проводить только в неясных и сомнительных случаях, поскольку ВКК обязана самостоятельно решать вопрос о том, кого и когда следует направлять на МРЭК. Иначе, помимо нарушения юридических норм это снижает внимание лечебных учреждений к вопросам стойкой нетрудоспособности и вызывает увеличение нагрузки на МРЭК.

Продление ВН является исключительно важным разделом работы МРЭК. Поэтому ВКК должно анализировать каждый случай продления ВН на МРЭК, чтобы доказать его обоснованность. Для этого необходимо наблюдать за состоянием трудоспособности больного не только в период продления ВН, но и более продолжительное время, хотя бы год или несколько лет.

Профилактика инвалидности. ВКК необходимо подвергать тщательному анализу все случаи установления II и I группы инвалидности при первичном направлении на МРЭК в трудоспособном возрасте.

При этом важно оценить качество лечебно-диагностического и реабилитационного процесса, эффективность диспансеризации, своевременность трудоустройства по ВКК и установить, имели ли место в анамнезе предварительная консультация или направление во МРЭК с отказом в установлении группы инвалидности.

С другой стороны ВКК обязано своевременно выявлять больных, имеющих факторы риска наступления инвалидности.

1. Неблагоприятный клинический прогноз в отношении выздоровления и (или) восстановления функции пораженных органов и систем при фактически реализованных лечебно-восстановительных и реабилитационных мероприятиях.

2. Дефектная или ошибочная экспертно-реабилитационная диагностика.

3. Дефектная (недостаточная) диспансерно-поликлиническая работа по устранению имеющихся факторов риска (предрасполагающих, причинных и способствующих возникновению заболевания).

4. Неадекватное или некачественное лечение, в том числе за последние 12 месяцев.

5. Нерациональное трудоустройство больного (наличие противопоказанных факторов в выполняемой работе, невыполнение или некачественное выполнение трудовых рекомендаций ВКК или МРЭК).

6. Негативное отношение больного к проведению реабилитационных мероприятий, в том числе отрицательная установка на труд.

7. Продолжительное (более 3 лет) пребывание в группе часто болеющих, длительно болеющих и длительно и часто болеющих.

Организация совместных научно-практических конференций, совещаний, семинаров, заседаний. Данные мероприятия должны планироваться и проводится не реже одного раза в год. К ним следует тщательно готовиться для того, чтобы можно было разобрать сложные случаи экспертизы, проанализировать расхождения в решениях ВКК и МРЭК, обсудить недостатки работы МРЭК, необоснованные отказы в определении группы инвалидности и др.

Взаимодействию ВКК и МРЭК способствует организация совместных заседаний с участием председателей обеих комиссий, представителей вышестоящего руководства и заинтересованных сторон, а также врачей лечебно-профилактических учреждений обслуживающего района. На этих заседаниях заслушиваются отчеты председателей ВКК и МРЭК, проводится анализ обоснованности и своевременности направления на МРЭК, расхождений в решениях ВКК и МРЭК, качества оформления экспертной документации и т.д.

Основные показатели качества совместной работы ВКК и МРЭК. С целью углубленного изучения взаимодействия ВКК и МРЭК целесообразно анализировать следующие показатели качества совместной работы.

1. Показатели расхождений в решениях ВКК и МРЭК:

а) $\frac{\text{признано трудоспособными из направленных для определения инвалидности}}{\text{освидетельствовано во МРЭК для определения инвалидности}} \times 100$;

б) $\frac{\text{признано ВН из направленных для определения инвалидности}}{\text{освидетельствовано во МРЭК для определения инвалидности}} \times 100$;

в) $\frac{\text{признано трудоспособными из направленных для продления лечения}}{\text{направлено на МРЭК для продления лечения}} \times 100$;

г) $\frac{\text{признано инвалидами из направленных для продления лечения}}{\text{направлено во МРЭК для продления лечения}} \times 100$

Первый показатель отражает процент необоснованных направлений во МРЭК.

2. Показатели, характеризующие консультации во МРЭК:

1. Показатели расхождений в решениях ВКК и МРЭК:

а) $\frac{\text{число проведенных консультаций во МРЭК}}{\text{общее число освидетельствований во МРЭК}} \times 100$;

б) $\frac{\text{число направленных на МРЭК из всех проконсультированных}}{\text{общее число освидетельствований во МРЭК}} \times 100$;

в) $\frac{\text{число направленных на МРЭК из всех проконсультированных}}{\text{число проведенных консультаций во МРЭК}} \times 100$

Первый показатель характеризует соотношение разных видов деятельности МРЭК (консультационной и освидетельствованной), второй – частоту предварительных консультаций среди первично освидетельствованных во МРЭК, третий – по существу отражает расхождения в решениях ВКК и МРЭК, так как среди проконсультированных только часть больных направленных на МРЭК для освидетельствования.

3. Показатели, характеризующие продление лечения:

а) $\frac{\text{число лиц, которым лечение продлено}}{\text{число лиц, признанных инвалидами}} \times 100$;

б) $\frac{\text{число лиц, которым лечение продлено на 1 (2,3,4) месяц}}{\text{всего лиц, которым продлено лечение}} \times 100$;

в) $\frac{\text{признано трудоспособными (инвалидами I, II, III групп) после продления лечения}}{\text{всего лиц, которым продлено лечение}} \times 100$

Первый показатель отражает соотношение решений МРЭК о продлении лечения и установлении инвалидности, второй – характеризует сроки продления лечения, третий – результаты продления ВН, его целесообразно рассчитывать после окончания ВН, а также через 1-2 года.

4. Представление первичных больных на МРЭК лечащими врачами:

$\frac{\text{всего представлено на МРЭК лечащим врачом}}{\text{всего первичных освидетельствований во МРЭК}} \times 100$

5. Удельный вес выездных заседаний МРЭК:

число выездных заседаний (в лечебные учреждения, на предприятия,
в совхозы, колхозы)

x 100

общее число заседаний

Расчет и изучение данных показателей позволяет оценить качество совместной работы ВКК и МРЭК и значительно повысить уровень МСЭ.

9.6. Обязанности должностных лиц, занимающихся экспертизой временной нетрудоспособности

Обязанности каждого должностного лица, а также организация работы и функции ВКК предусмотрены в «Положении об экспертизе временной нетрудоспособности и организации реабилитации в лечебно-профилактических учреждениях» (Приказ Министра здравоохранения Республики Беларусь № 13 от 25.01.1993 г. «О создании системы реабилитации больных и инвалидов в Республике Беларусь»).

9.6.1. Обязанности лечащего врача

Лечащий врач – ведущий специалист в работе по экспертизе временной нетрудоспособности. От его клинико-экспертной квалификации и организации работы во многом зависит качество и эффективность экспертизы временной нетрудоспособности в лечебно-профилактическом учреждении. Для осуществления этой работы лечащему врачу предоставлены широкие права и на него возложены ответственные обязанности.

Именно лечащий врач при первой встрече с больным решает вопрос о его трудоспособности как на момент обследования, так и на последующий период. Сопоставляя данные о течении, выраженности клинических проявлений заболевания и функциональных нарушений с характером выполняемой работы и особенностями труда, лечащий врач наряду с назначением необходимых лабораторных и инструментальных исследований, соответствующего лечения и режима решает вопрос о необходимости освобождения больного от работы.

Лечащий врач обязан:

1. на основании данных всестороннего медицинского освидетельствования больного, исходя из степени выраженности функциональных нарушений. Характера и течения патологического процесса, выполняемой работы, условий труда и руководствуясь Инструкцией о порядке выдачи листков нетрудоспособности и справок о временной нетрудоспособности **решать вопрос о временной нетрудоспособности**

- в случаях заболеваний и травм;
- необходимости ухода за – ребенком в возрасте до 3-х лет и ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет в случае болезни матери либо другого лица, фактически осуществляющего его уход за ребенком;
- получения отпуска по беременности и родам.

2. **выдавать листки нетрудоспособности** (справки о временной нетрудоспособности), в том числе при визитах на дому в пределах 6 дней единовременно или по частям. Продление листка нетрудоспособности (справки) сверх этого срока проводится лечащим врачом совместно с заведующим отделением, а при его отсутствии – с заместителем главного врача по МСЭ и реабилитации, по медицинским вопросам, по амбулаторно-поликлинической помощи, либо с главным врачом;

3. **устанавливать** дату явки на прием к врачу;

4. **представлять больного** в любой срок временной нетрудоспособности на консультацию заведующему отделением или заместителю главного врача по медицинской реабилитации и экспертизе трудоспособности на ВКК в неясных и конфликтных случаях экспертизы временной нетрудоспособности;

5. **представлять** совместно с заведующим отделением длительно **болеющих на ВКК** через одни, два и три с половиной месяца от начала временной нетрудоспособности и больных, имеющих признаки стойкой утраты трудоспособности независимо от продолжительности болезни, для **решения вопроса о направлении их на освидетельствование в медико-реабилитационную экспертную комиссию (МРЭК)**;

6. **направлять** совместно с заведующим отделением **больных на МРЭК** после проведения всего комплекса диагностических, лечебных и медико-реабилитационных мероприятий и заключения ВКК о необходимости такого направления в любой период от начала временной нетрудоспособности, но не позднее установленного срока, заполнять направление на МРЭК; полностью освещая все его разделы;

7. **в стационаре оценивать состояние трудоспособности** больного на момент госпитализации и изучать временную нетрудоспособность за последние 12 месяцев по данному или родственным заболеваниям, **выдавать** совместно с заведующим отделением **листок нетрудоспособности** (справку), совместно с заведующим отделением **закрывать листок нетрудоспособности** после окончания лечения в стационаре, если трудоспособность больного восстановилась, или продлевать его с учетом состояния здоровья и времени, необходимого для явок в лечебное учреждение или вызова на дом, но не более чем до 10 дней; матери, осуществляющей уход за ребенком в стационаре, а также отцу или другому лицу при госпитализации матери, осуществляющей уход за ребенком до 3-х лет;

8. **фиксировать** в дневниках медицинской карты амбулаторного больного объективные данные, послужившие основанием для выдачи листка нетрудоспособности (справки), назначенные диагностические, лечебные и оздоровительные мероприятия, рекомендуемый режим, номер листка нетрудоспособности (справки), отметки о его продлении или закрытии; в листке учета временной нетрудоспособности медицинской карты отмечать дату выдачи листка нетрудоспособности, первичный диагноз, а при закрытии – окончательный диагноз и срок временной нетрудоспособности;

9. **организовать контроль** за соблюдением больным предписанного режима не позднее первых 3-х дней с момента освобождения от работы (с привлечением участковой сестры, страхделегатов);

делать отметки в листке нетрудоспособности при нарушении больным режима, предписанного врачом;

10. своевременно **выявлять больных**, нуждающихся в проведении реабилитации, и направлять их на ВКК;

11. **организовывать проведение** больному рекомендуемых медицинских реабилитационных мероприятий;

12. **давать рекомендации** о нуждаемости в санаторно-курортном лечении в санатории-профилактории и диетическом питании;

13. **проводить ежедневный учет** количества выдаваемых листков нетрудоспособности и анализировать сроки временной нетрудоспособности при основных заболеваниях, а также структуру (причины) временной нетрудоспособности на своем участке;

14. **анализировать** первичный выход на инвалидность и причины наступления стойкой утраты трудоспособности у больных своего участка;

15. **проводить шифровку** законченных листков нетрудоспособности;

16. **анализировать заболеваемость** с временной утратой нетрудоспособности и инвалидность в прикрепленных предприятиях и совместно с хозяйственными и профсоюзными органами принимать участие в разработке мероприятий по профилактике и снижению заболеваемости и инвалидности на предприятиях.

9.6.2. Обязанности заведующего отделением

Заведующий отделением обязан:

1) осуществлять организационно-методическое руководство и контроль за работой лечащих врачей по экспертизе трудоспособности, реабилитации, профилактики заболеваемости и инвалидности, разрабатывать мероприятия по снижению заболеваемости и инвалидности;

2) осуществлять консультации больных в сложных в отношении определения трудоспособности случаях в первые дни заболевания;

3) проводить ежедневный контроль за обоснованностью выдачи листков нетрудоспособности (справок) в первые 6 дней от начала временной нетрудоспособности, соблюдением правил их оформления и выдачи;

4) проводить совместно с лечащим врачом после личного осмотра больного продление временной нетрудоспособности свыше 6 дней от начала временной нетрудоспособности на любой срок, но не более 10 дней, решая вопрос обоснованности диагноза, лечения, необходимости

реабилитационных мероприятий, обоснованности временной нетрудоспособности; вносить консультативное заключение в медицинскую карту амбулаторного больного; при длительной временной нетрудоспособности проводить регулярные осмотры в зависимости от тяжести заболевания, но не реже одного раза в 10 дней;

5) выдавать совместно с лечащим врачом листки нетрудоспособности (справки) больным, находящимся в стационаре в пределах установленных сроков, матери по уходу за больным ребенком в стационаре, отцу или другому члену семьи, при госпитализации матери, осуществляющей уход за ребенком до 3-х лет в установленном порядке; учитывать у госпитализированных больных временную нетрудоспособность до стационара, контролировать обоснованность госпитализации, длительность временной нетрудоспособности в стационаре, своевременность выписки из стационара; состояние трудоспособности выписанных больных, необходимость и сроки продления временной нетрудоспособности после стационара;

6) своевременно выявлять и направлять на ВКК больных, нуждающихся в медицинской реабилитации, организовывать и контролировать ее проведение;

7) при длительной временной нетрудоспособности совместно с лечащим врачом направлять амбулаторных и стационарных больных на ВКК через 30,60, 90 и 105 дней от начала временной нетрудоспособности, а также осуществлять направление на МРЭК, в т.ч. из стационара не позднее установленных сроков;

8) своевременно выявлять признаки инвалидности и направлять амбулаторных и стационарных больных на ВКК с целью последующего направления на МРЭК сразу после выявления признаков инвалидности;

9) проводить анализ качества работы врачей отделения по экспертизе трудоспособности с определением количества случаев и дней временной нетрудоспособности, средней длительности случая при различных заболеваниях (травмах - сравнивая полученные результаты у разных врачей);

10) проводить экспертную оценку качества лечебно-диагностического процесса МСЭ и реабилитации у всех больных, первично признанных инвалидами, а также у длительно болеющих, направленных на МРЭК для продления лечения;

11) проводить систематический контроль и разбор наиболее часто встречающихся ошибок в выдаче, продлении и оформлении листков нетрудоспособности (справок), сроков временной нетрудоспособности, своевременности направления на МРЭК, обоснованности продления временной нетрудоспособности с санкции МРЭК;

12) в МЧС организовывать проведение анализа заболеваемости по ф. 16-ВН и анализа инвалидности у разных цеховых врачей и разрабатывать мероприятия по их снижению;

13) совместно с лечащим врачом решать вопросы о необходимости санаторно-курортного лечения и выдачи санаторно-курортной карты;

14) проводить мероприятия по повышению квалификации врачей отделения по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности и реабилитации;

15) в лечебных учреждениях, не имеющих отделений по специальности, функции заведующего отделением по решению вопросов экспертизы трудоспособности возлагаются на заместителя главного врача по МСЭ и реабилитации (заместителя по поликлинике или медицинским вопросам, а при их отсутствии – на главного врача).

9.6.3. Обязанности заместителя главного врача по медико-социальной экспертизе и реабилитации

Заместитель главного врача по МСЭ и Р является главной фигурой в организации экспертизы ВН в лечебно-профилактическом учреждении. Он осуществляет всю организацию работы по МСЭ и медицинской реабилитации в лечебно-профилактических учреждениях, проводит все мероприятия, необходимые для ориентации медицинской помощи на сокращение трудопотерь, правильную постановку экспертизы трудоспособности и организацию медицинской реабилитации в амбулаторно-поликлинических учреждениях и стационарах.

Заместитель главного врача по МСЭ и Р обязан:

1) организовать выдачу листков нетрудоспособности (справок) во всех медицинских подразделениях в соответствии с Инструкцией о порядке выдачи листков нетрудоспособности и справок о ВН;

2) консультировать сложных в отношении определения трудоспособности больных, решать все вопросы экспертизы трудоспособности с лечащими врачами, не имеющими заведующих отделений;

3) контролировать обоснованность выдачи, продления, закрытия листков нетрудоспособности, сроков временной нетрудоспособности, используя разные формы контроля, в том числе учет ежедневных листков нетрудоспособности по врачам и отделениям, регулярный просмотр медицинских дел амбулаторных и стационарных больных, личный осмотр больного, плано-контрольные ВКК в установленные сроки, одномоментно – контрольные ВКК: проверка выполнения режима на дому;

4) контролировать в стационаре обоснованность госпитализации с учетом состояния трудоспособности, своевременность госпитализации, активность сроков временной нетрудоспособности до госпитализации и за период стационарного лечения, своевременность направления длительно болеющих на ВКК стационара, и отделение реабилитации и на МРЭК, своевременность выписки больных из стационара, вынесения экспертной рекомендации выписанным больным;

5) организовать работу ВКК в амбулаторно-поликлинических учреждениях и стационарах, являясь ее председателем, составлять график ее работы, обеспечивающий участие лечащего врача в представлении больного на ВКК;

6) обеспечивать своевременное направление длительно болеющих в поликлинику и стационар на ВКК и МРЭК в установленные сроки;

7) организовать и курировать работу отделения реабилитации и своевременное выявление больных и инвалидов, нуждающихся в ее проведении, контролировать в процессе реабилитации сроки временной нетрудоспособности и их обоснованность, частоту и тяжесть инвалидности, эффективность реабилитационных мероприятий;

8) организовывать сбор оперативной информации о временной нетрудоспособности и ее анализа в амбулаторно-поликлиническом учреждении по врачам, специальностям, учреждению в целом;

9) обеспечивать проведение углубленного анализа временной нетрудоспособности в амбулаторных учреждениях и стационаре с расчетом сроков временной нетрудоспособности у отдельных врачей, по специальностям, при разных нозологических формах; определять должные значения показателей и их отклонения, намечать меры по устранению отклонений;

10) организовывать работу врачей и заведующих отделениями по изучению причин инвалидности у разных специалистов, проводить совместно с заведующими отделениями экспертную оценку медицинских дел всех сольных, первично признанных инвалидами и направленных на МРЭК для продления лечения;

11) организовывать работу врачей по изучению причин заболеваемости и инвалидности по предприятиям, совхозам, колхозам и совместно с руководителями указанных предприятий, профсоюзными организациями, санитарно-эпидемиологическими станциями, намечать меры по профилактике и снижению заболеваемости и инвалидности;

12) обеспечивать постоянный контакт с МРЭК, участвовать в заседаниях по освидетельствованию больных в прикрепленной МРЭК в соответствии с графиком (не реже 3 раз в месяц) и выработке индивидуальной программы реабилитации инвалида;

13) организовывать врачебные конференции (не реже 1 раза в квартал), в том числе совместно с МРЭК не реже 2 раз в год) по вопросам состояния заболеваемости с временной нетрудоспособностью и первичной инвалидности, с разбором ошибок и дефектов в вопросах МСЭ и реабилитации, расхождений в решениях ВКК и МРЭК;

14) организовывать мероприятия по обучению врачей амбулаторно-поликлинических учреждений и стационаров вопросам экспертизы трудоспособности и медицинской реабилитации, планировать повышение квалификации заведующих отделениями по вопросам экспертизы трудоспособности и медицинской реабилитации, обеспечивать своевременное изучение всеми врачами лечебно-профилактического учреждения действующих положений, инструкций, приказов, распоряжений по вопросам экспертизы трудоспособности, выдачи листков нетрудоспособности (справок), реабилитации;

15) инструктировать всех вновь поступивших на работу в лечебно-профилактическое учреждение врачей по вопросам экспертизы трудоспособности и реабилитации и лично контролировать их деятельность;

16) рассматривать жалобы трудящихся по вопросам экспертизы трудоспособности и принимать необходимые меры для их устранения.

9.6.4. Организация работы и функции врачебно-консультативной комиссии по вопросам медицинской реабилитации и экспертизы (ВКК)

ВКК – основной орган, коллективно решающий вопросы экспертизы ВН в лечебно-профилактическом учреждении.

ВКК организуется в лечебно-профилактических учреждениях (больницах, поликлиниках, диспансерах, женских консультациях, клиниках научно-исследовательских институтов и др.) в составе председателя (заместитель главного врача по МСЭ и Р, а при его отсутствии заместитель главного врача по поликлинике, по медицинской части или главный врач), и членов – заведующего соответствующим отделением и лечащего врача. При необходимости на заседания ВКК могут привлекаться соответствующие специалисты данного или других лечебных учреждений, сотрудники кафедр Белорусского государственного медицинского университета, медицинских институтов, и БелМАПО.

На ВКК больные направляются лечащим врачом, заведующим отделением или доверенным врачом профсоюзной организации.

График работы ВКК составляется с учетом обеспечения максимальной возможности представления больных лечащим врачом и заведующим отделением.

Основными функциями ВКК являются:

1. Консультация больных в сложных и конфликтных случаях экспертизы трудоспособности. ВКК принимает решение только после осмотра больного, изучения медицинской карты амбулаторного или стационарного больного, данных обследования, условий и характера труда, профессии. ВКК высказывает мнение об обоснованности прогноза, лечения, своевременности использования реабилитационных средств и о возможности восстановления здоровья и работоспособности. При необходимости ВКК направляет больных на дообследование в диагностические центры, на консультацию и лечение в специализированные учреждения или в реабилитационные отделения.

2. Контроль за обоснованностью выдачи и продления листков нетрудоспособности в ранние сроки (одномоментно – контрольные ВКК, выборочное освидетельствование и др.).

3. Обязательные плановые освидетельствования длительно болеющих в сроки 30, 60, 90 и 105 дней от начала временной нетрудоспособности с целью контроля обоснованности диагноза, лечения, своевременного использования реабилитационных средств, тактики ведения больного, сроков временной нетрудоспособности, определения трудового прогноза, показаний к проведению дальнейшей реабилитации или направлению на МРЭК.

4. Своевременное выявление лиц, нуждающихся в реабилитации и направлении больных и инвалидов для проведения реабилитационных мероприятий.

5. Формирование программы оздоровления и реабилитации с учетом оптимизации условий труда больных, не являющихся инвалидами:

5.1. лицам с частичной временной нетрудоспособностью;

5.2. лицам с незначительной стойкой нетрудоспособностью, не нуждающимся в направлении на МРЭК;

5.3. длительно и часто болеющим;

5.4. в других необходимых случаях (беременным женщинам и кормящим матерям при отстранении их от работы органами санэпиднадзора и др.).

6. Выдача и продление листка нетрудоспособности в специальных случаях:

6.1. для специального лечения в другом городе;

6.2. обмен в установленном порядке справок и заключений о временной нетрудоспособности на листок нетрудоспособности после предварительного рассмотрения каждого случая и выявления оснований для обмена.

7. Направление на освидетельствование в медико-реабилитационные экспертные комиссии (МРЭК) в следующих случаях:

7.1. длительно болеющих – независимо от клинического и трудового прогноза – не позднее 120 календарных дней со дня наступления непрерывной нетрудоспособности или не позднее 150 календарных дней нетрудоспособности в общей сложности за последние 12 месяцев по поводу родственных заболеваний, а при туберкулезе не позднее 180 календарных дней непрерывной

нетрудоспособности или не позднее 240 календарных дней в общей сложности в течение последних 12 месяцев при повторном заболевании туберкулезом;

7.2. работающих лиц с признаками инвалидности (неблагоприятный клинический и трудовой прогноз) – либо сроки от начала временной нетрудоспособности (после выяснения прогноза);

7.3. больных с детства и лиц пенсионного возраста при наличии признаков инвалидности;

7.4. инвалидов для очередного переосвидетельствования;

7.5. больных и инвалидов для определения степени утраты профессиональной трудоспособности в (процентах) вследствие увечья или иного повреждения здоровья, связанного с работой;

7.6. инвалидов для определения медицинских показаний для обеспечения спецавтомотранспортом;

7.7. лиц, потерявших профессиональную трудоспособность из-за трудовых увечий и профессиональных заболеваний при необходимости возмещения ущерба;

7.8. для изменения причины инвалидности при наличии соответствующих документов.

8. Трудоустройство по заключению ВКК.

При рациональном трудоустройстве больным с ограниченной трудоспособностью, вызванной заболеванием или травмой, но не ставших инвалидами, следует понимать комплекс мероприятий, направленных на организацию труда, который бы соответствовал функциональным возможностям больного и способствовал развитию компенсаторно-приспособительных механизмов организма.

Для рационального трудоустройства больных направляют на ВКК лечащий врач и заведующий соответствующим отделением, под наблюдением которых больной, как правило, находится длительное время. В каждом конкретном случае важно установить соответствие производственной деятельности больного его состоянию здоровья.

По заключению ВКК возможны следующие формы переводов на более легкую работу:

1. Предоставление ограничений на своем рабочем месте с целью исключения противопоказаний для данного больного производственных факторов, условий труда или определенных функциональных обязанностей;

2. Перевод на более легкую работу с облегченными условиями труда или с исключением противопоказанных производственных факторов;

3. Перемещение на другое рабочее место на том же предприятии, в организации, учреждении;

4. Временное отстранение от работы бактерионосителей, которые в связи с особенностями выполняемой работы могут быть источником распространения инфекционных болезней.

1. Предоставление ограничений на своем рабочем месте с целью исключения противопоказанных для данного больного производственных факторов, условий труда или определенных функциональных обязанностей.

Подобная форма перевода на более легкую работу может осуществляться как временно, так и постоянно.

Естественно, что те ограничения, которые предоставляют больному или перенесшему травму, при постоянном переводе на более легкую работу не должны приводить к осуществленному изменению характера его работы, резкому изменению основных обязанностей, т.е. не должны включать признаков инвалидности.

К преимуществам этой формы перевода на более легкую работу относится сохранение динамического трудового стереотипа у переводимого больного, так как он остается на своем рабочем месте, в привычной обстановке; для администрации также легче выполнить подобные рекомендации о переводе на более легкую работу.

В заключении ВКК об ограничениях на своей работе необходимо отразить:

а) какие производственные факторы следует исключить для данного больного;

б) примерный срок перевода.

Медицинскими показаниями к подобным переводам на более легкую работу служат перенесенные острые сосудистые заболевания, операции, различные соматические заболевания, требующие соблюдения режима питания, исключения значительного эмоционального напряжения для нормализации нервно-психических процессов у больного и т.д. Это может быть обеспечено путем исключения на работе у больного второстепенных или эпизодических обязанностей.

Наиболее часто подобная форма перевода на работе проводится для группы диспансерных больных в соответствии с примерными схемами динамического наблюдения.

Эта форма временного трудоустройства может быть использована и при малой выраженности патологии и первого дня утраты трудоспособности у больного вместо полного освобождения его от работы. Вместо больничного листка (справки) ему выдаются заключение ВКК о временном предоставлении ограничений на своей работе.

В зависимости от характера заболевания и особенностей его течения, тяжести функциональных нарушений и компенсаторных возможностей организма ВКК может рекомендовать следующие облегченные виды и условия труда.

Освобождение больных от подъема значительных тяжестей. Такую рекомендацию можно давать лицам, перенесшим острый вирусный гепатит, инфаркт миокарда, различные виды оперативных вмешательств или травмы, больным, страдающим начальными стадиями хронических заболеваний, у которых значительная физическая нагрузка может быть провоцирующим фактором рецидива или обострения патологического процесса.

Освобождение от ночных смен и дежурств. Такую рекомендацию можно давать больным язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, артериальной гипертензией, сосудистыми заболеваниями головного мозга, лицам с последствиями черепно-мозговой травмы с вегетативно-сосудистыми расстройствами, астенизацией психики и других лиц, работа которых связана с нарушением нормального режима и продолжительности сна.

Освобождение от длительных командировок и частых разъездов, не входящих в прямые обязанности больного. В этом нуждаются многие больные, особенно страдающие заболеваниями органов пищеварения, так как сохранение нормального пищевого режима, ритма и характера питания – обязательное условие комплексной терапии данного контингента больных.

Освобождение от дополнительных нагрузок, работы в неурочное время или по совместительству, сдельной работы, перевода из одного цеха в другой с сохранением той же профессии, исключающей вредные для больного производственные факторы (токсические вещества, пыль, сквозняки, шум и др.).

В сельской местности при наличии показаний ВКК может рекомендовать больным выполнение легких видов труда в нежаркие часы дня, исключающие влияние на организм больного высокой температуры внешней среды и солнечных лучей.

2. Перевод на более легкую работу с облегченными условиями труда или исключением противопоказанных производственных факторов, т.е. на работу, соответствующую состоянию здоровья трудящегося.

Облегченные условия труда, создаваемые по заключению ВКК, должны **квалифицироваться как незначительные**, так как они не влекут за собой существенных изменений в профессиональной деятельности больного и не связаны со снижением квалификации и, как правило, снижением зарплаты.

В этих случаях больных необходимо переводить на другую работу в связи с тем, что без перевода не удастся исключить противопоказанные для них производственные факторы или условия труда, в том числе:

- неблагоприятные метеорологические факторы (высокая или низкая температура воздуха, высокая влажность и т.д.) на рабочем месте;
- неблагоприятное воздействие воздушной среды на рабочем месте (высокое содержание пыли, токсических веществ и т.д.);
- неблагоприятное воздействие отдельных физических факторов (шум, общая и локальная вибрация, инфракрасное излучение и т.д.);
- значительное физическое напряжение в выполняемой работе (подъем и перемещение значительных тяжестей и т.д.);
- работа на высоте, у движущихся механизмов;
- работы, требующие вождения транспорта;
- работы, требующие значительного эмоционально-нервного напряжения (операторы диспетчерских систем и т.д.). Этот перечень не является исчерпывающим.

Давая рекомендацию о постоянном переводе на более легкую работу, врачи должны следить, за тем, чтобы ограничения, которые предоставляются больному, не привели к потере его профессии или значительному уменьшению объема выполняемой работы, т.е., чтобы рекомендации о переводе

на более легкую работу по ВКК не включали критериев инвалидности III группы, предусмотренных Инструкцией по определению групп инвалидности.

Для примерного перевода на более легкую работу допускается примерная потеря профессии или значительное уменьшение объема выполняемой работы.

В заключении о трудоустройстве при переводе на другую работу необходимо отразить:

- а) с какой работы перевести данного больного;
- б) какие работы или условия труда следует рекомендовать ему;
- в) примерный срок перевода.

Временный перевод на более легкую работу может заменить полную временную утрату трудоспособности, т.е. выдачу больничного листка (справки), когда при малой выраженности патологии больному выдаются заключение ВКК о временном переводе на более легкую работу сроком на 2 недели.

Облегченные условия труда по заключению ВКК могут быть созданы и на более длительные сроки (месяц, полгода, год и более, иногда постоянно) в зависимости от характера течения заболевания и формирования компенсаторно-приспособительных механизмов организма. Например. Медицинская сестра стационара, страдающая артериальной гипертензией I-II степени с склонностью к редким нетяжелым гипертоническим кризам, по заключению ВКК переводится в поликлинику на амбулаторный прием, проводимый узким специалистом без указания срока (постоянно). Аналогичное решение следует вынести в отношении электромонтера, страдающего бронхиальной астмой, при переводе его из цеха, где он работал в контакте с бронхо- и пульмонотропными веществами, на ту же самую работу в благоприятные санитарно-гигиенические условия, плотника с бронхоэктатической болезнью с периодическими обострениями и дыхательной недостаточностью I-II степени на работу бригадира и т.д.

3. Перемещение на другое рабочее место на том же предприятии, в организации, учреждении. В отличие от перевода на другую работу, которое нельзя осуществить без согласия работника, перемещение работника возможно и без его согласия.

Естественно, что у лица, перемещаемого на другую работу, должны отсутствовать медицинские противопоказания к ее выполнению.

Перемещение на другую работу. Как правило, осуществляется в связи с производственной необходимостью. Однако возможны и медицинские основания для перемещения рабочего или служащего на другое рабочее место. Например, необходимость оздоровления психологического микроклимата в малых производственных группах, когда вследствие психологической несовместимости отдельных членов микроколлектива возникают частые конфликты, неблагоприятно отражающиеся на состоянии здоровья большинства членов микроколлектива и, следовательно, на эффективности работы. Перемещение одного или нескольких работников на другие рабочие места позволяет оздоровить обстановку.

Перемещение на другое рабочее место проводят иногда для приближения к месту жительства рабочего или служащего, если отдельные функциональные подразделения предприятий находятся в разных местах населенного пункта (чаще крупного города); для изменения графика работы (часы начала и окончания работы), когда перемещение из одного функционального подразделения в другое позволяет изменить график работы данного лица.

4. Временное отстранение от работы бактерионосителей, которые в связи с особенностями выполняемой работы могут быть источником распространения инфекционных болезней. Как правило, этих больных временно переводят на другую работу, а при невозможности перевода освобождают от выполняемой.

Временное отстранение от работы бактерионосителей инфекционных болезней и назначение карантина проводят по предписаниям главных санитарных врачей и их заместителей, а трудоустройство – по заключениям ВКК лечебно-профилактических учреждений.

Давая больному подобное заключение, врачи на заседании ВКК должны выяснить согласие больного на перевод на другую работу в облегченные условия. О согласии больного на перевод на более легкую работу делают соответствующие записи в медицинской карте амбулаторного больного во время заседания ВКК.

В тех случаях, когда после перенесенных заболеваний и травм больные нуждаются во временном или постоянном переводе на более легкую работу по заключению ВКК, поскольку выполняемая больными работа включает противопоказанные факторы, а согласия на перевод на другую работу больные не дают, ВКК, несмотря на это, выносит заключение о необходимости

подобного перевода. При этом в медицинской карте амбулаторного больного регистрируются вынесенное решение ВКК и отказ больного от перевода на такую работу, а заключение ВКК медицинские работники передают администрации предприятия.

Больные, занятые на тяжелых работах и на работах с вредными или опасными условиями труда, а также на работах, связанных с движением транспорта, и перенесшие тяжелые соматические заболевания и травмы, даже и при благоприятном трудовом прогнозе, как правило, после стационарного лечения и при наличии медицинских показаний не могут быть временно допущены на работы на высоте, в подземных условиях, с воздействием химических веществ, к вождению транспортных средств и т.д.

9. Выдача заключений ВКК по различным вопросам:

9.1. о необходимости предоставления академического отпуска или перевода на другой факультет по состоянию здоровья студентам высших и средних учебных заведений, ПТУ;

9.2. об освобождении от выпускных экзаменов учеников общеобразовательных школ, гимназий и лицеев;

9.3. о наличии права на предоставление дополнительной или отдельной жилплощади;

9.4. других заключений по вопросам органов исполнительной власти, общественных организаций и др.

Данные освидетельствования больного и решение ВКК записываются в первичных медицинских документах, а также в книге записей заключений ВКК (уч. ф. 035/у) и подписываются председателем и членами ВКК, в необходимых случаях заключение ВКК оформляется на соответствующей справке-заключении.

9.6.5. Обязанности руководителей учреждений (главного врача, директора института)

Руководитель учреждения несет полную ответственность за состояние всей работы по экспертизе ВН и медицинской реабилитации в учреждении.

Руководитель учреждения (главный врач) обязан:

1) организовать работу по комплексному решению вопросов лечебно-профилактического процесса, экспертизе трудоспособности и медицинской реабилитации в амбулаторно-поликлинических учреждениях и стационарах с ориентацией медицинской помощи на сокращение трудопотерь по временной нетрудоспособности;

2) издавать приказы и отдавать распоряжения по вопросам организации экспертизы трудоспособности и медицинской реабилитации больных и инвалидов;

3) устанавливать место оформления и порядок выдачи листков нетрудоспособности (справок) и порядок проведения медицинской реабилитации в учреждениях;

4) назначать лиц, ответственных за учет, получение, хранение и расхождение бланков листков нетрудоспособности (справок), определять потребность в бланках листков нетрудоспособности (справок) и представлять заявку на них в вышестоящий орган здравоохранения, а также отчитываться об их использовании; о всех случаях хищения листков нетрудоспособности сообщать в вышестоящий орган здравоохранения;

5) устанавливать порядок и время работы ВКК применительно к часам работы врачей; если ВКК не может разрешить сложные и конфликтные вопросы экспертизы временной нетрудоспособности, главный врач создает специальную комиссию для повторного рассмотрения этих вопросов;

6) совместно с лечащим врачом выдавать и продлевать (закрывать) листки нетрудоспособности (справки) больных, у которых временная нетрудоспособность наступила вне места их постоянного жительства или работы;

7) организовывать сбор информации о временной нетрудоспособности и инвалидности, рассматривать результаты анализа причин заболеваемости с временной нетрудоспособностью и инвалидности и разрабатывает совместно с администрацией предприятий, учреждений, общественными организациями лечебно-оздоровительные мероприятия по снижению трудопотерь;

8) рассматривать жалобы трудящихся на действия врачей в част выдачи и оформления листков нетрудоспособности (справок);

9) осуществлять контроль за выполнением функций по экспертизе трудоспособности должностными лицами своего учреждения, обеспечивая преемственность их работы;

10) применять меры дисциплинарного воздействия к лицам, допустившим нарушение правил хранения, учета, выдачи и оформления листков нетрудоспособности (справок), а в

установленных законом случаях ставить вопрос о привлечении виновных к уголовной ответственности или решать вопрос о материальной ответственности работников, причинившим ущерб незаконной выдаче документов о временной нетрудоспособности;

11) руководитель учреждения, в котором нет должности заместителя главного врача по МСЭ и Р, решает все вопросы экспертизы трудоспособности, предусмотренные Положением, или возлагает их выполнение на заместителей главного врача по амбулаторно-поликлинической помощи, по медицинским вопросам, конкретно регламентируя их обязанности.

9.6.6. Обязанности главного специалиста Министерства (отдела) здравоохранения

Главный специалист Министерства (управления), города, района по своей специальности (терапевт, хирург, невропатолог, педиатр, акушер-гинеколог, психиатр и др.) обязан:

1) обеспечивать оказание качественной специализированной медицинской помощи, проведение экспертизы трудоспособности и медицинской реабилитации больных в своей специальности, ориентировать организацию специализированной помощи на сокращение трудопотерь, разрабатывать современные технологии оказания специализированной помощи с целью достижения оптимальных результатов в минимальные сроки;

2) осуществлять мероприятия по улучшению качества экспертизы трудоспособности и медицинской реабилитации больных в своей специальности;

3) проводить консультации больных с затяжным течением заболеваний, часто и длительно болеющих, у которых имеется длительная временная нетрудоспособность и потенциальная угроза инвалидности, отбирать среди них лиц, нуждающихся в проведении реабилитации;

4) проводить углубленный анализ заболеваемости с временной нетрудоспособностью по своей специальности, определять должные значения показателей и выявлять их отклонения, изучать причины временной нетрудоспособности и разрабатывать мероприятия по их снижению;

5) проводить анализ первичной инвалидности, изучать причины, способствующие инвалидизации, и разрабатывать мероприятия по профилактике и снижению тяжести инвалидности;

6) проводить мероприятия по систематическому обучению врачей вопросам экспертизы трудоспособности и медицинской реабилитации, планировать повышение квалификации заведующих отделениями в БелМАПО по экспертизе трудоспособности и медицинской реабилитации.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ И ПУТИ ЕЕ СНИЖЕНИЯ

Одной из важнейших задач здравоохранения является сохранение здоровья населения, его работоспособности, предупреждение и снижение заболеваемости с временной утратой трудоспособности. Это имеет не только социальное, но и экономическое значение, так как способствует сохранению в сфере производства значительного количества работающих. В настоящее время эта проблема становится особенно актуальной в связи со сложившейся демографической ситуацией, в результате которой пополнение трудовых ресурсов сократилось. Вместе с тем для правильного решения вопросов управления здоровьем работающих и разработки оздоровительных мероприятий, направленных на снижение заболеваемости, необходимы понимание причин, поддерживающих ее высокий уровень, и достоверные доказательства о влиянии на нее тех или иных факторов, в первую очередь производственно-профессиональных, устранение или смягчение воздействия которых наиболее реально.

10.1. Понятие о заболеваемости с временной утратой трудоспособности

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности (ВУТ) отражает заболеваемость работающего населения, которое имеет право на возмещение заработка за счет пособия по временной нетрудоспособности. Эта заболеваемость 60-70% общей заболеваемости населения и влечет за собой большие экономические проблемы: потери государства от нее достигают 4% валового внутреннего продукта.

Изучение заболеваемости с ВУТ может проводиться различными методами и на основании разных форм учета: по ЛН, журналу регистрации ЛН (ф. № 36), контрольным талонам, картам полицейского учета. Использование различных исходных материалов позволяет осветить разные аспекты заболеваемости, при этом в зависимости от первичных данных возможности анализа существенно различаются. Анализ заболеваемости, который осуществляется по ЛН, представленным администрации, позволяет наиболее полно учесть всю заболеваемость с ВУТ, но в ЛН содержится небольшой объем исходной информации.

Для выявления значения отдельных факторов необходима постановка специальных исследований, предусматривающих получение сведений о профессии, возрасте, поле, стаже, бытовых условиях, качестве медицинской помощи и других причинах, влияющих на здоровье, что позволяет при определенной разработке этих данных элиминировать влияние одних и выявить роль других. С этой целью применяют методику углубленного изучения ВН, которая основана на полицейском учете, позволяющем правильно сформировать для сравнения производственно-профессиональные группы и получить ряд дополнительных информативных данных, в частности выявить лиц, длительно и часто болеющих, проследить за эффективностью оздоровительных и реабилитационных мероприятий, проведенных в отношении этих лиц.

При полицейском методе углубленного изучения заболеваемости за единицу наблюдения (учета) принимается не случай, а болевшее лицо, основными характеристиками или которого являются пол, возраст, профессия, стаж и др.

Рабочий коллектив любого предприятия в основном состоит из лиц, которые не менее одного календарного года работали в определенных производственных условиях. В отношении этих рабочих, которых принято называть круглогодичными (постоянными) лицами, и осуществляется углубленное изучение заболеваемости.

Данные о заболеваемости с ВУТ в специальную персональную карту каждого работающего лица вносятся из ЛН. В то же время карта полицейского учета содержит целый ряд вопросов, которые в ЛН не отражаются.

Анализ заболеваемости с ВУТ может проводиться и по журналу регистрации выданных ЛН или по контрольным талонам, в которых, как и в ЛН имеется разметка позиций для кодирования заносимой в них информации. В этом случае учитывается ВН, которая зарегистрирована только в данном лечебном учреждении. Поскольку больные получают ЛН в различных лечебных учреждениях, значительная часть случаев и дней ВН не учитывается. Тем не менее, такой анализ

необходим для изучения качества работы данного лечебно-профилактического учреждения в области экспертизы ВН.

Официальная статистика о временной нетрудоспособности в связи с заболеваниями и травмами была введена в виде отчета ВЦСПС в 1925 г. по форме 3-1 (Здравоохранение – 1), в дальнейшем (1983 г. – ф. 16-ВН. Построчный список отчета ВН периодически пересматривался в сторону его расширения, что диктовалось стремлением более углубленного изучения структуры трудопотерь в связи с ВН.

После выхода Фонда социального страхования из профсоюзов составление отчета по ф. 16-ВН полностью легло на органы и учреждения здравоохранения, которые не имели первичной информации о ВН, необходимой для составления отчета. Снизился круг предприятий, составляющих отчет, снизилась его достоверность.

Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 06.05.1999 г. № 664 установлена государственная статистическая отчетность о причинах заболеваемости занятого населения с временной утратой трудоспособности, которая осуществляется Министерством статистики и анализа Республики Беларусь с 01.10.2000 г. В связи с этим Минздравом разработан и утвержден Список заболеваний, травм и других причин временной нетрудоспособности, внесенных в новую форму статистической отчетности.

Это Список адаптирован к МКБ-10 и введен в новый бланк формы отчета о ВН, утвержденный постановлением Министерства статистики и анализа от 01.06.2001 г. № 31, зарегистрированным в Национальном реестре правовых актов Республики Беларусь 12.06.2002 г. (регистрационный номер № 8/6253).

«Отчет о причинах заболеваемости занятого населения с временной утратой трудоспособности» составляется на основании листков нетрудоспособности, выдаваемых лечебно-профилактическими учреждениями, в которых лечащими врачами проводится кодирование ряда позиций, используемых для составления Отчета. Органами и учреждениями здравоохранения необходимо обеспечить шифровку диагнозов в ЛН на основе МКБ-10.

Заболеваемость с ВУТ по форме № 16-ВН учитывается ВН в календарных, а не рабочих днях на выборочном круге предприятий, что ставит ее результаты в зависимость от репрезентативности выбранных предприятий.

Следует отметить, что Управление социального страхования фонда социальной защиты населения проводит анализ динамики трудопотерь вследствие ВН как по рабочим дням на основе сплошного учета ВН, так и по календарным дням по форме № 16-ВН: на основе данных учреждений Министерства здравоохранения и данных Министерства статистики и анализа. Показатель заболеваемости с ВУТ по форме № 16-ВН должен быть на 15-20% выше, чем в рабочих днях. Наиболее достоверным и важным показателем ВН является ее уровень в рабочих днях, определяемых в фонде.

Разрыв показателей в рабочих и календарных днях может быть вызван нарушением принципов формирования выборочного круга предприятий. Так отчетность по форме № 16-ВН в календарных днях в г. Минске собирается обычно на крупных предприятиях, где уровень ВН заведомо высокий, а предприятия с низким уровнем заболеваемости не анализируются. В других регионах наоборот, чаще анализируются предприятия с низким уровнем заболеваемости, поэтому их показатели занижены. Вот почему, в определении ранговых мест регионов следует ориентироваться на рабочие дни как на показатель, не зависящий от выбранного круга предприятий, а регионам следует составлять перечень анализируемых предприятий, таким образом, чтобы получить адекватные данные по форме № 16-ВН.

Единицей учета заболеваемости с ВУТ по форме № 16-ВН является случай ВН, удостоверенный ЛН. Анализ по форме № 16-ВН составляется на основании ЛН, которые сданы в отчетном месяце для назначения пособий по ВН. Если ЛН выдан не МСЧ, а другими лечебными учреждениями, необходимо визировать его у цехового врача, контролируя правильность заполнения, что значительно повышает полноту и качество учета ЛН.

10.2. Шифровка листков нетрудоспособности

10.2.1. Кодирование диагноза в листках нетрудоспособности

Кодирование диагноза в ЛН проводится двояко: по форме № 16-ВН в соответствии со Списком заболеваний и других причин ВН (двухзначный код - № строки Списка) и по МКБ-10 (код трехзначной рубрики). В МКБ-10 используется алфавитно-цифровая система кодирования рубрик: первая позиция обозначена буквой латинского алфавита, две другие – цифрами.

Предварительный диагноз кодируется при выдаче каждого бланка ЛН только кодом МКБ в позициях 17-19 ЛН и 25-27 контрольного талона (КТ).

Заключительный диагноз шифруется по окончании всего случая ВН. Шифр заключительного диагноза состоит из двух частей. В первой части (позиции 20-21 ЛН и 28-29 КТ) проставляется двухзначный код (номер) строки формы № 16-ВН, в которую шифруется данный диагноз. Вторая часть содержит 4 позиции (22-25 ЛН и 30-33 КИ): в первых трех проставляется трехзначный код рубрики МКБ-10, соответствующий заключительному диагнозу; четвертая позиция не заполняется до введения в будущем четырехзначного кода диагноза по МКБ-10.

Выбор заключительного диагноза. Если в течение одного случая ВН было несколько заболеваний, в заключительном диагнозе выбирается и кодируется основное заболевание:

а) при наличии нескольких диагнозов, имеющих между собой причинную связь, основным следует считать болезни, являющиеся причиной остальных заболеваний, указанных в заключительном диагнозе;

б) при двух и более независимых заболеваниях основным следует считать более тяжелое и длительное;

в) если среди двух равнозначных заболеваний указано инфекционное, то его считают основным, а из двух инфекционных – эпидемическое;

г) при хирургическом лечении шифруют заболевание, послужившее поводом для операции;

д) при двух независимых и одинаковых по тяжести заболеваниях выбор основного зависит от профессии; если среди указанных заключительных диагнозов имеется травма, связанная с производством, или профессиональное заболевание, в качестве основного заболевания указывается производственная травма или профессиональное заболевание.

10.2.2. Кодирование случая временной нетрудоспособности

По каждому случаю ВН может выдаваться один или несколько бланков ЛН: первый бланк выдается как «первичный», (в позиции 1 КИ и ЛН проставляется код 1), остальные – как «продолжение» (код 0).

Случай ВН – непрерывная ВН, по одному или различным заболеваниям, вне зависимости от выдачи ЛН одним или разными учреждениями. **Случай заканчивается, если больной выписался на работу или признан инвалидом во МРЭК.** Если больной после выписки на работу вновь стал временно нетрудоспособным, не приступив к ее выполнению или отработав неполный рабочий день, случай ВН не прерывается, даже при возникновении нового заболевания, и выдается «продолжение» ЛН. Если же в день выхода на работу возникает травма на производстве или острое профессиональное заболевание, определяется новый случай ВН и выдается «первичный» ЛН. Прерывает случай ВН один (и более) отработанный день, даже если продолжается то же заболевание, а также очередной или социальный отпуск, отпуск по беременности и родам и отпуск для санаторно-курортного лечения, кроме лечения в противотуберкулезном санатории. Если в течение одного случая ВН больной получает лечение в разных ЛПУ, второе ЛПУ продлевает ранее выданный ЛН или выдает свой бланк ЛН как «продолжение» ранее начавшегося случая, при этом дата начала случая переносится из предыдущего бланка ЛН.

Лечение в противотуберкулезном санатории не прерывает случай ВН, а является продолжением ранее начатого лечения. На ЛН, выданных для такого лечения, ставится код «продолжение – 0». Все дни ВН, приходящие на лечение в туберкулезном санатории, учитываются как заболевание туберкулезом. Если ЛН для лечения в противотуберкулезном санатории выдается в периоде, когда больной уже приступил к работе, то он выдается как первичный, а кодируется по форме № 16-ВН и по МКБ как заболевание туберкулезом.

ЛН, выдаваемые для реабилитации в санаторных отделениях реабилитации, не прерывают ранее начавшийся случай ВН и кодируются по основному диагнозу; так же кодируются ЛН, выдаваемые для реабилитации в центрах реабилитации воинов-интернационалистов (их жен, вдов).

В отличие от этого отпуск для санаторно-курортного лечения других заболеваний и отпуск по беременности и родам относятся к другим видам ВН (не заболеваниям). ЛН кодируется как «первичный» (код 1), затем ставится код строки форма № 16-ВН (код 68 для санаторно-курортного лечения и код 71 для отпуска по беременности и родам), дни ВН учитываются в указанных строках (кодирование по МКБ-10 в этих случаях не проводится).

Отпуск по беременности и родам оформляется как один случай ВН продолжительностью 126 (140) дней. В случае осложненных родов, рождения 2-х и более детей, этот отпуск удлиняется на 14 дней, для чего выдается новый бланк листка нетрудоспособности как продолжение ранее выданного (код 0), на котором ставится код строки форма № 16-ВН – 71 – отпуск по беременности и родам.

10.3. Общая характеристика списка болезней, травм и других причин временной нетрудоспособности, анализируемых по форме № 16-ВН

Список болезней, травм и других причин ВН составлен по тому же принципу, как и ранее действовавший построчный перечень. Он содержит две группы причин ВН: заболеваемость с ВН (строки 01-63) и другие причины ВН (строки 64-68), две итоговые строки: строка 69 – сумма строк 01-63 (заболеваемость) и строка 70 – сумма строк 01-68 (заболеваемость и другие причины ВН). 71-я строка «Отпуск по беременности и родам» вынесена за итоговые, т.к. этот отпуск не является ВН, хотя и удостоверяется ЛН.

По сравнению с ранее действующим Списком внесены следующие изменения:

- добавлена одна строка (36), включающая острую хирургическую патологию (аппендицит, грыжи и др.);

- изменены принципы шифровки травм, ранее они делились по социальному признаку на производственные и от непроизводственных причин.

Поскольку учет производственных травм проводится и в статистике социального страхования, и в статистике Министерства труда по объективным параметрам, в настоящем Списке этот признак не выделен. В новом Списке травмы и другие несчастные случаи представлены одиннадцатью строками – 52-62 – в зависимости от локализации травмы, поражения мягких тканей или повреждения костей, а также характера несчастных случаев (травмы, ожоги, отморожения, отравления) и времени, прошедшего после травмы (последствия несчастных случаев);

- итоговые строки вынесены в конец перечня (69-я, 70-я) в связи с чем номера строк и их коды совпадают, отпадает необходимость двойной шифровки;

- строка, учитывающая отпуск по беременности и родам (71-я), размещена после 2-х итоговых строк.

Список позволяет оценить формирование ВН при заболеваниях различного профиля и обеспечить специализированные службы информацией, необходимой специалистам для проведения работы по сокращению ВН.

Заболевания терапевтического профиля представлены в строках 10, 16-21, 26-32, 35, 37-39, 42, 46, хирургические заболевания – строки 24, 25, 36, 40, болезни неврологического профиля – строки 10, 12, 13, 22, 23, 43, 44, психические расстройства – строки 8-11, травмы нервной системы – строки 52, 53, 61, травмы конечностей и туловища – строки 54-58, 62, ожоги и отморожения – строка 59, интоксикации – строка 60, акушерско-гинекологическая патология – строки 48-51, 64, туберкулез – строки 1, 2, новообразования злокачественные – строка 4 и доброкачественные – строка 5, инфекционные болезни – строка 3, болезни крови – строка 6, эндокринные расстройства – строка 7, болезни глаза – строка 14, болезни уха – строка 15, стоматологические болезни – строка 45. Урологические болезни – строка 47. Строка 65 – уход за больным (главным образом, за ребенком) – отражает заболеваемость детей.

Получение информации о ВН имеет важное значение, т.к. формирование ВН зависит от организации и качества медицинской помощи, а высокие показатели ВН нередко связаны с их дефектами. Новый Список позволит сопоставлять трудовые потери по ВН и инвалидности, между которыми существует тесная связь. Показатели трудовых потерь входят в модели конечных результатов

деятельности учреждений и органов здравоохранения, и информация об их состоянии позволит целенаправленно работать над проблемой сокращения трудопотерь.

10.4. Список заболеваний и других причин ВН

№ (код строки) по ф. № 16-ВН	Болезни и другие причины нетрудоспособности	№ класса по МКБ-10	Код рубрики по МКБ-10
1.	Туберкулез органов дыхания	I	A15-A16
2.	Туберкулез других органов	I	A17-A19
3.	Другие инфекционные и паразитарные болезни	I	A00-A09, A20-A28 A30-A99, B00-B09 B15-B83, B86-B94, B99
4.	Злокачественные новообразования	II	C00-C97, D00-D09
5.	Доброкачественные новообразования и новообразования неопределенного характера	II	D10-D48
6.	Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	III	D50-D89
7.	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	IV	E00-E34, E40-E68, E70-E89
8.	Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства	V	F20-F29
9.	Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства	V	F40-F48
10.	Нейроциркуляторная дистония, вегетативная дистония	V	F41, F45
11.	Прочие психические расстройства	V	F00-F19, F30-F39, F50-F99
12.	Болезни периферической нервной системы	VI	G50-G52, G54, G56-G58, G60-G62, G64, G70-G72
13.	Прочие болезни нервной системы	VI	G00, G03-G04, G06, G08-G12, G20-G21, G23-G25, G30-G31, G35-G37, G40-G44, G47, G80, G90-G93, G95-G98
14.	Болезни глаза и его придаточного аппарата	VII	H00-H02, H04-H05, H10-H11, H15-H18, H20-H21, H25-H27, H30-H31, H33-H35, H40, H43-H44, H46-H47, H49-H57, H59
15.	Болезни уха и сосцевидного отростка	VIII	H60-H61, H65-H66, H68-H74, H80-H81, H83, H90-H93, H95
16.	Ревматизм	IX	I00-I09
17.	Артериальная гипертензия	IX	I10-I15
18.	Стенокардия	IX	I20
19.	Инфаркт миокарда и другие формы острой ишемической болезни сердца	IX	I21-I22, I24

20.	Хроническая ишемическая болезнь сердца	IX	I25
21.	Другие болезни сердца	IX	I26-I28, I30-I31, I33-I38, I40, I42, I44-I49
22.	Мозговые инсульты	IX	I60-I64, I69
23.	Прочие цереброваскулярные заболевания	IX	I65-I67, I69, G45
24.	Болезни артерий, артериол и капилляров	IX	I70-I78
25.	Болезни вен, лимфатических сосудов и лимфатических узлов	IX	I80-I89
26.	Острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей	X	J00-J06, J20-J22
27.	Грипп	X	J10-J11
28.	Пневмония	X	K12-J16, J18
29.	Другие болезни верхних дыхательных путей	X	J30-J39
30.	Хронический бронхит	X	J40-J42, J44
31.	Бронхиальная астма	X	J45-J46
32.	Другие болезни органов дыхания	X	J43, J47, J80, J82, J84-J86, J90, J93-J94, J98
33.	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей	XI	K00-K14
34.	Язвенная болезнь желудка и 12- перстной кишки	XI	K25-K28
35.	Гастриты и дуодениты	XI	K29
36.	Болезни аппендикса, грыжи, болезни кишечника и брюшины	XI	K35-K38, K40-K46, K55-K58, K60-K63, K65-K66
37.	Болезни печени	XI	K70-K76
38.	Болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы	XI	K80-K83, K85-K86
39.	Прочие болезни органов пищеварения	XI	K20-K22, K30-K31, K50-K52, K90-K92
40.	Инфекции кожи и подкожной клетчатки	XII	L02-L05, L08
41.	Другие болезни кожи и подкожной клетчатки	XII	L00-L01, L05, L10-L13, L20-L30, L40-L44, L50-L53, L55-L60, L63-L75, L80-L85, L87-L98
42.	Артропатии и системные поражения соединительной ткани	XIII	M02, M05, M06, M10-M13, M15-M17, M19, M30-M35, M45
43.	Неврологические проявления шейного остеохондроза	XIII	M47, M50, M53, M54
44.	Неврологические проявления поясничного и грудного остеохондроза	XIII	M47, M51, M53, M54
45.	Другие болезни костно- мышечной системы и соединительной ткани	XIII	M00, M16-M25, M40-M43, M46, M48, M60-M62, M65- M67, M70-M72, M75-M81, M83-M89, M91-M99
46.	Болезни почек	XIV	N00-N07, N11-N12, N14

47.	Другие болезни мочевыделительной системы и болезни мужских половых органов	XIV	N10-N11, N13, N15, N20-N21, N23, N25-N28, N30-N32, N34-N36, N39, N40-N50, N99
48.	Болезни молочной железы и воспалительные болезни женских половых органов	XIV	N60-N64, N70-N73, N75-N76
49.	Другие болезни женских половых органов	XIV	N80-N99
50.	Осложнения, связанные с беременностью, в том числе самопроизвольный аборт	XV	O00-O03, O08, O10-O16, O20-O25
51.	Осложнения родов и послеродового периода	XV	O70-O75, O85-O92
52.	Внутричерепная травма	XIX	S06
53.	Другие травмы нервной системы	XIX	S04, S14, S24, S34, S44, S54, S64, S74, S84, S94
54.	Изолированные травмы мягких тканей головы, глаза, грудной клетки, живота, позвоночника и таза, включая повреждения кровеносных сосудов и внутренних органов	XIX	S00-S01, S05, S10-S11, S15-S16, S20-S21, S25-S27, S29-S31, S35-S37, S39
55.	Изолированные переломы (вывихи, разморожения) головы, глазницы, шеи, грудной клетки, таза и переломы позвоночника без неврологических проявлений	XIX	S02-S03, S07-S08, S12-S13, S17, S19, S22-S23, S28, S32-S33, S38
56.	Изолированные травмы мягких тканей (сосудов, менисков, сухожилий, связок) верхних и нижних конечностей	XIX	S40-S41, S45-S46, S49-S51, S55-S56, S59-S61, S65-S66, S69-S71, S75-S76, S79-S81, S85-S86, S89-S91, S95-S96, S99
57.	Изолированные переломы, вывихи, ампутации, разморожения верхних и нижних конечностей	XIX	S42, S43, S47, S48, S52-S53, S57-S58, S62-S63, S67-S68, S72-S73, S77-S78, S82-S83, S87-S88, S92-S93, S97-S98
58.	Множественные, сочетанные и комбинированные травмы, проникновения инородного тела в естественные отверстия	XIX	T00-T07, T08-T14, T15-T19
59.	Ожоги, отморожения, другие воздействия внешних причин, осложнения врачебных вмешательств	XIX	T20-T35, T66-T78, T80-T88
60.	Отравления и токсическое действие веществ	XIX	T36-T65
61.	Последствия травм головы	XIX	T90
62.	Последствия травм (кроме травм головы), ожогов, отморожений, отравлений и других воздействий внешних причин	XIX	T91-T98
63.	Профессиональные заболевания		по МКБ не кодируется
64.	аборты		O04-O08

65.	Уход за больным		по МКБ не кодируется
66.	Уход за больным ребенком и ребенком-инвалидом до 18 лет в связи с болезнью матери (другого ухаживающего лица)		по МКБ не кодируется
67.	Освобождение от работы в связи с карантином и бактерионосительством		по МКБ не кодируется
68.	Отпуск в связи с санаторно-курортным лечением (без лечения в противотуберкулезных санаториях и долечивания в отделениях медицинской реабилитации санаториев)		по МКБ не кодируется
69.	Итого по заболеваниям (строки 01-63)		по МКБ не кодируется
70.	Всего (строки 01-68)		по МКБ не кодируется
71.	Отпуск по беременности и родам		по МКБ не кодируется

10.5. Характеристика построчного списка разъяснения диагнозов по форме № 16-ВН и по МКБ-10

Строки 01-03 относятся к **I классу МКБ-10 «Некоторые инфекционные и паразитарные болезни»** (рубрики А00-В99).

Строка 01 «Туберкулез органов дыхания» (А15-А16) включает туберкулез органов дыхания (без сочетания с профессиональными заболеваниями), а также ЛН, выданные по поводу санаторного лечения туберкулеза органов дыхания.

Строка 02 «Туберкулез других органов» (А17-А19) включает туберкулез нервной системы (А17), других органов (кроме органов дыхания) (А18), милиарный туберкулез (А19), а также ЛН, выданные по поводу санаторного лечения внелегочных форм туберкулеза.

Строка 03 «Другие инфекционные и паразитарные болезни» включает кишечные инфекции (А00-А09), некоторые бактериальные зоонозы (А20-А28); другие бактериальные болезни (А30-А49); инфекции, передающиеся преимущественно половым путем (А50-А64); другие болезни, вызываемые спирохетами (А65-А69); болезни, вызываемые хламидиями (А70-А74); риккетсиозы (А75-А79); вирусные инфекции центральной нервной системы (А80-А89); вирусные лихорадки (А90-А99); вирусные поражения кожи и слизистых оболочек (В00-В09); вирусный гепатит (В15-В19); болезнь, вызванную ВИЧ (В20-В24); другие вирусные болезни (В25-В34); микозы (В35-В49); протозойные болезни (В50-В64); гельминтозы (в65-В83); акриаз и другие инфестации (В86-В89); последствия инфекционных и паразитарных болезней (В90-В94); другие инфекционные болезни (В99).

Строки 04-05 относятся ко **II классу МКБ-10 «Новообразования»**.

Строка 04 «Злокачественные новообразования» (С00-С97 и D00-D09) включают все случаи злокачественных новообразований: злокачественные новообразования губы, полости рта и глотки (С00-С14); органов пищеварения (С15-С26); органов дыхания и грудной клетки (С30-С39); костей и суставных хрящей (С40-С41); кожи (С43-С44); мезотелиальной и мягких тканей (С45-С49); молочной железы (С50), женских половых органов (С51-С58); мужских половых органов (с60-С63); мочевых путей (С64-С65), глаза (С69), головного мозга и других отделов ЦНС (С70-С72); щитовидной железы и других эндокринных желез (С73-С75); неточно обозначенные и диссеминированные формы (С76-С80); злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственной им тканей (С81-С96); первично множественные (С95), новообразования in situ (D00-D09).

Строка 05 «Доброкачественные новообразования» (D10-D48) включает доброкачественные новообразования независимо от их локализации, в том числе новообразования неопределенного и неизвестного характера. В этой строке учитываются доброкачественные образования рта и глотки (D10-D11), ободочной, прямой кишки (D12), других органов пищеварения (D13), среднего уха и органов дыхания (D14-D15), костей и суставных хрящей (D16), жировой, мезотелиальной, соединительной и других тканей (D17-D21), меланоформный невус и другие доброкачественные образования кожи (D22-D23); доброкачественные образования молочной железы (D24), матки и других женских половых органов (D25-D28), мужских половых органов (D29), мочевых органов (D30), головного мозга и других отделов ЦНС (D32-D33), щитовидной железы и других неуточненных эндокринных желез (D34-D35), доброкачественные новообразования других и неуточненных локализаций (D36), новообразования неопределенного или неизвестного характера (D37-D48).

Строка 06 «Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм» относится к **III одноименному классу МКБ-10** (D50-D58). Включает анемии, связанные с питанием (D50-D53), гемолитические анемии (D55-D59), апластические и другие анемии (D60-D62, D64), нарушения свертываемости крови и другие геморрагические состояния (D65-D69), другие болезни крови и кроветворных органов (D70-D76) и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм, иммунодефициты (D80-D84, D89), саркоидоз (D86). Исключены злокачественные новообразования лимфоидной и кроветворной ткани, а также анемии и другие болезни крови и кроветворных органов, осложняющие беременность, роды и послеродовой период.

Строка 07 «Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ» относится к **IV одноименному классу МКБ-10** (E00-E89), включает болезни щитовидной железы (E00-E07), сахарный диабет (E10-E14) и другие нарушения регуляции глюкозы (E15-E16), нарушения других эндокринных желез (E20-E35), недостаточность питания (E40-E45, E50, E64), ожирение (E65-E68) и нарушения обмена веществ (E70-E89).

Строки 08-11 относятся к **V классу «Психические расстройства и расстройства поведения»** (F00-F99).

Строка 08 «Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства» (F20-F29) включает все формы шизофрении (F20), шизотипические расстройства (F21), хронические бредовые расстройства (F22), острые и преходящие психические расстройства (F23), индивидуальные бредовые расстройства (F24), шизоаффективные расстройства (F25), неорганические психотические расстройства (F28), неорганический психоз неуточненный (F29).

Строка 09 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (F40-F48) включает фобические (F40) и другие тревожные расстройства (F41), обсессивно-компульсивное расстройство (F42), реакция на тяжелый стресс (F43), диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44), соматоформные расстройства (F45), другие невротические расстройства, т.ч. неврастению (F48).

Строка 10 «Нейроциркуляторная дистония, вегетативная дистония» представляет дисфункции вегетативной нервной системы, соответствующие описанию в рубрике F45 – соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы (кардиальный невроз и др.) и в рубрике F41 – паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревожность с вегетативными проявлениями). Эти же рубрики представлены в строке 09, но в 10-ю строку включается соматоформная вегетативная дисфункция, а в 09 – другие соматоформные расстройства (они дифференцированы в МКБ-10 по четвертому знаку). Аналогично, панические атаки включаются в 10-ю строку, а другие тревожные расстройства – в 09.

Строка 11 «Прочие психические расстройства» включает все оставшиеся психические расстройства, не вошедшие в строки 08-10: органические. Включая симптоматические, психические расстройства (F00-F09); психические расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (F10-F19); расстройства настроения (F30-F39); поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями (F50-F59); расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F60-F69); умственную отсталость (F79-F79); расстройства психологического развития (F80-F89); эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском возрасте – тики, заикание и др. (F90-F98); неуточненные психические расстройства (F99).

Строки 12-13 относятся к **VI классу «Болезни нервной системы»** (G00-G99).

Строка 12 «Болезни периферической нервной системы» (G50-G72) включает болезни периферической нервной системой неverteброгенной этиологии: невралгии и поражения черепных нервов, поражения нервных корешков и сплетений, мононевропатии конечностей (туннельные синдромы) (G50-G52, G54, G56-G58); полиневропатии (наследственные, Воспалительные и другие) (G60-G62, G64); болезни нервно-мышечного синапса и мышц: миастению, мышечные дистрофии, миопатии (G70-G72).

Строка 13 «Прочие болезни нервной системы» включает все болезни нервной системы (кроме болезней периферической нервной системы): воспалительные болезни центральной нервной системы (G00, G03-G04, G06, G08-G09); системные атрофии ЦНС (G10-G12); экстрапирамидные и другие двигательные нарушения (G20-G21, G23-G25); дегенеративные болезни нервной системы (G30-G31); демиелинизирующие болезни ЦНС (G35-G37); эпизодические и пароксизмальные расстройства (кроме транзиторных ишемических атак, которые включаются в строку 23) (G40-G44, G47); детский церебральный паралич (G80); другие нарушения нервной системы: гидроцефалия, синингомиелия и др. (G90-G93, G95-G98).

Строка 14 «Болезни глаза и его придаточного аппарата» относится к **VII** одноименному классу **МКБ-10** (H00-H59) и включает все болезни этого класса за исключением травм, новообразований, профессиональных заболеваний, а именно: болезни век, слезных путей, глазницы (H00-H02, H04-H05); болезни конъюнктивы (H10-H11); болезни склеры, роговицы, радужной оболочки и цилиарного тела (H15-H18, H20-H21); болезни хрусталика (H25-H27); болезни сосудистой оболочки и сетчатки (H30-H31, H33-H35); глаукому (H40); болезни стекловидного тела и глазного яблока (H43-H44); болезни зрительного нерва и зрительных путей (H46-H47); болезни мышц глаз (H49-H52); зрительные расстройства и слепоту (H53-H54); другие болезни глаза и его придаточного аппарата (H55-H57, H59).

Строка 15 «Болезни уха и сосцевидного отростка» относится к **VIII** одноименному классу **МКБ-10** (H60-H95), включает все болезни этого класса (кроме травм, новообразований и профессиональных заболеваний): болезни наружного уха (H60-H61); болезни среднего уха и сосцевидного отростка (H65-H66, H68-H74); болезни внутреннего уха (H80-H81, H83); другие болезни уха (H90-H93, H95).

Строки 16-25 относятся к **IX** классу **МКБ-10** «Болезни системы кровообращения» (I00-I99).

Строки 16-21 характеризуют заболевания кардиологического профиля (I00-I52). Строки 22-23 – расстройства кровообращения неврологического профиля (I60-I69), строки 24-25 – расстройства кровообращения хирургического профиля (I70-I89).

Строка 16 – «Ревматизм» (I00-I09) включает активный ревматизм (I00-I01), ревматическую хорею (I02) и ревматические поражения клапанов сердца (I05-I08), ревмокардиосклероз с нарушением сердечного ритма или проводимости (I09), а также ЛН, выданные в связи с хирургической коррекцией пороков и последующим долечиванием в реабилитационных отделениях санаториев.

Строка 17 «Артериальная гипертензия» (I10-I15) включает эссенциальную артериальную гипертензию (I10), артериальную гипертензию с преимущественным поражением сердца (I11), артериальную гипертензию с преимущественным поражением почек (I12), артериальную гипертензию с преимущественным поражением сердца и почек (I13) без сопутствующих ИБС, инфаркта миокарда и мозгового инсульта, а также вторичную гипертензию (I15). Исключена вторичная артериальная гипертензия с вовлечением сосудов мозга, глаза и осложняющая беременность, роды и послеродовой период.

Строка 18 «Стенокардия» (I20) включает все формы стенокардии и ЛН, выданные для долечивания в реабилитационных отделениях санаториев.

Строка 19 – «Инфаркт миокарда и другие формы острой ишемической болезни сердца» (I21-I22, I24). Включает острый инфаркт миокарда (I21), повторный инфаркт миокарда (I22) и другие формы острой ишемической болезни сердца (I24). В эту же строку относят ЛН, выданные для долечивания после острого инфаркта миокарда в реабилитационных отделениях санаториев.

Строка 20 «Хроническая ишемическая болезнь сердца» (I25) включает перенесенный в прошлом инфаркт миокарда, аневризму сердца, атеросклеротический кардиосклероз (ишемическую кардиомиопатию) с нарушением ритма, проводимости и сердечной недостаточностью, а также ЛН,

выданные в связи с хирургическим лечением ИБС и долечиванием в реабилитационных отделениях санаториев.

Строка 21 «Другие болезни сердца» включает нарушения легочного кровообращения (I26-I28), болезни перикарда (I30-I31), острый и подострый эндокардит (I33), неревматические поражения митрального клапана (I34), аортального клапана (I35), трехстворчатого клапана (I36), клапана легочной артерии (I37), хронический эндокардит (I38), острый миокардит (I40), кардиомиопатии (I42), нарушения проводимости (I44-I46) и ритма (I47-I49) при указанных болезнях сердца.

Строка 22 «Мозговые инсульты» (I60-I64) включает субарахноидальное кровоизлияние (I60); внутримозговые кровоизлияния (I61), другие нетравматические внутричерепные кровоизлияния (I62); инфаркты мозга (I63); неуточненные инсульты (I64), последствия инсульта (спустя год и более после инсульта) (I69), а также ЛН, выданные для лечения инсультов в реабилитационных отделениях санаториев.

Строка 23 «Прочие цереброваскулярные заболевания» включает закупорку и стеноз прецеребральных (I65) артерий, не приводящие к инфаркту мозга; другие цереброваскулярные болезни, в том числе дисциркуляторную энцефалопатию (I67); транзиторные церебральные ишемические приступы (G45).

Строка 24 – «Болезни артерий, артериол и капилляров» (I70-I78). Включает атеросклероз, облитерирующий эндартериит конечностей (I70); аневризмы и расслоения аорты, артерий конечностей (I71-I72); другие болезни периферических сосудов (синдром Рейно, болезнь Бюргера) и неуточненные болезни периферических сосудов (I73); эмболии и тромбозы аорты, артерий конечностей (I74); другие поражения артерий и артериол: сужения, компрессии, некрозы, дисплазии, а также болезни капилляров: наследственные телеангиоэктазии, неопухоловые некрозы и др. (I78).

Строка 25 – «Болезни вен, лимфатических сосудов и лимфатических узлов» (I80-I89). Включает флебиты, тромбофлебиты, эмболии, тромбозы вен конечностей и других локализаций (I80-I89); варикозное расширение вен нижних конечностей (I83), геморрой (I84); варикозное расширение вен пищевода (I85) и других локализаций (I86), а также другие поражения вен: постфлебитический синдром, хроническую венозную недостаточность конечностей (I87), неспецифический лимфаденит и другие неинфекционные болезни лимфатических сосудов и лимфатических узлов (I88, I89).

Строки 26-30 относятся к **X классу МКБ-10 «Болезни органов дыхания»** (J00-J99).

Строка 26 «Острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей» (J00-J06, J20-J22) включает острые: назофарингит (J00), синусит (J01), фарингит (J02), тонзиллит (J03), ларингит и трахеит (J04), обструктивный ларингит (J05) и другие острые инфекции верхних дыхательных путей (J06), а также острый бронхит (J20), бронхолит (J21) и другие острые респираторные инфекции нижних дыхательных путей (J22).

Строка 27 «Грипп» (J10-J11) включает все формы гриппа, в том числе гриппозную пневмонию, энцефалопатию, миокард и другие осложнения гриппа.

Строка 28 «Пневмонии» (J12-J16, J18) включает вирусную пневмонию (за исключением гриппозной) (J12), бактериальные пневмонии (J13-J15), пневмонию, вызванную другими инфекционными возбудителями (J16), и пневмонию без уточнения возбудителя (J18), а также ЛН, выданные для лечения в реабилитационных отделениях санаториев. Пневмонии при инфекционных заболеваниях классифицируются в рубриках, соответствующих инфекционному заболеванию.

Строка 29 «Другие болезни верхних дыхательных путей» (J30-J39) включает вазомоторный и аллергический ринит (J30), хронические: ринит, назофарингит, фарингит (J31), синусит (J32), полипы носа (J33), другие болезни носа и носовых синусов (J34), хронический тонзиллит (J35), перитонзиллярный абсцесс (J36); хронический ларингит и ларинготрахеит (J37), болезни голосовых связок и гортани (J38) и другие хронические болезни верхних дыхательных путей (J39).

Строка 30 «Хронический бронхит» (J40-J42, J44) включает бронхит, неуточненный как острый или хронический (J40), простой и слизисто-гнойный хронический бронхит (J41), хронический бронхит неуточненный (J42), бронхит астматический (обструктивный) (J44), а также ЛН, выданные для лечения в реабилитационных отделениях санаториев.

Строка 31 «Бронхиальная астма» (J45-J46) включает астматический статус, а также бронхиальную астму и ЛН, выданные для лечения в реабилитационных отделениях санаториев. Бронхиальная астма, вызванная профессиональными вредностями, отражается в строке 63.

Строка 32 «Другие болезни органов дыхания» (J42, J47, J80, J82, J84-J86, J90, J93-J94, J98) включает эмфизему легких (J43), бронхоэктатическую болезнь (J47), болезнь гиалиновых мембран у взрослого (J80), легочную эозинофилию (J82), другие интерстициальные легочные болезни, в том числе с упоминанием о фиброзе (J84), абсцесс легкого и средостения (J85), пиоторакс (J86), экссудативный плеврит (J90), пневмоторакс (J93), другие поражения плевры (J94), другие респираторные нарушения (J98), а также ЛН, выданные в связи с оперативным лечением болезней органов дыхания и лечением в реабилитационных отделениях санаториев.

Строки 33-39 относятся к **XI классу МКБ-10 «Болезни органов пищеварения»** (K00-K93). Строка 33 отражает заболевания стоматологического профиля, строка 36 – хирургические заболевания органов брюшной полости. Остальные строки – преимущественно заболевания терапевтического профиля, а также оперативные вмешательства по поводу язвенной болезни, болезней желчевыводящих путей и поджелудочковой железы.

Строка 33 «Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей» (K00-K14) включает кариес (K02), другие болезни твердых тканей зубов (K03), болезни пульпы и периапикальных тканей (K04), гингивит и болезни пародонта (K05), другие изменения десен (K06), челюстно-лицевые аномалии (K07), кисты области рта (K09), другие болезни челюстей (K10), болезни слюнных желез (K11), стоматит и родственные поражения (K12), другие болезни губ и слизистой оболочки полости рта (K13), болезни языка (K14).

Строка 34 «Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки» (K25-K28) включает язву желудка (K25), язву 12-перстной кишки (K26), пептическую язву неуточненной локализации (K27) и гастроэзофагеальную язву (K28), а также ЛН, выданные в связи с оперативным вмешательством по поводу язвенной болезни и лечением после операции в реабилитационных отделениях санаториев.

Строка 35 «Гастриты и дуодениты» (K29) включает острые и хронические гастриты, дуоденит, гастродуоденит.

Строка 36 «Болезни аппендикса, грыжи, болезни кишечника и брюшины» включает острый аппендицит и другие болезни аппендикса: дивертикуля, камни, свищи (K35-K38); грыжи: бедренные, паховые, пупочные, передней стенки живота, диафрагмальные и другие, включая и неуточненные грыжи брюшной полости (K40-K46); другие болезни кишечника: сосудистые болезни (K55), непроходимость (K56), дивертикулярную болезнь кишечника (K57); трещины и свищи, абсцессы заднего прохода и прямой кишки (K60-K61); другие болезни заднего прохода и другие болезни кишечника: выпадения, стенозы прямой кишки, кишечные свищи, язвы кишечника (K62-K63); болезни брюшины: перитониты, брюшинные спайки, гемоперитонеум и другие поражения брюшины (K65-K66).

Строка 37 «Болезни печени» (K70-K76) включает алкогольные поражения печени (K70), токсические поражения печени (кроме профессиональных) (K71), хронический гепатит (K73), цирроз печени (K74), другие воспалительные болезни печени (абсцесс печени, флебит воротной вены) (K75), другие болезни печени (K76), кроме новообразований, врожденных заболеваний, тромбоза печеночной вены, которые классифицируются в других рубриках. В эту же строку включаются ЛН, выданные по поводу оперативного лечения болезней печени.

Строка 38 «Болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы» (K80-K86) включает желчно-каменную болезнь (K80), холециститы (K81), другие болезни желчного пузыря (K82), другие болезни желчевыводящих путей (K83), острый панкреатит (K85), другие болезни поджелудочной железы (K86), а также ЛН, выданные по поводу их оперативного лечения и долечивания в реабилитационных отделениях санаториев.

Строка 39 «Прочие болезни органов пищеварения» включает эзофагит (K20), гастроэзофагеальный рефлюкс (K21), другие болезни пищевода (K22), диспепсию (K30), другие болезни желудка и 12-перстной кишки (K31), болезнь Крона (K50), язвенный колит (K51), другие неинфекционные гастроэнтериты и колиты (K52), нарушения всасывания в кишечнике (K90), нарушения органов пищеварения после медицинских процедур (K91), другие болезни органов пищеварения (K92).

Строки 40 и 41 относятся к **XII классу МКБ-10 «Болезни кожи и подкожной клетчатки»** (L00-L98). Строка 40 отражает заболевания хирургического профиля, строка 41- дерматологического профиля.

Строка 40 «Инфекции кожи и подкожной клетчатки» (L02-L05, L08) включает абсцессы кожи, фурункулы и карбункулы (L02), флегмоны различных локализаций (L03), острые

лимфадениты (L04), пилонидальные кисты острые и с абсцедированием (L05) и другие местные инфекции кожи и подкожной клетчатки (L08).

Строка 41 «Другие болезни кожи и подкожной клетчатки» включает инфекции кожи, курируемые дерматологами: стафилококковые поражения кожи (L00), импетиго (L01), пилонидальную кисту без абсцедирования (L05), пиодермию и другие уточненные и неуточненные местные инфекции кожи (L08) и все другие заболевания кожи: буллезные нарушения (L10-L13), дерматиты и экземы (L20-L30), папулосквamatозные нарушения (L40-L44), крапивницу и эритему (L50-L53), болезни кожи и подкожной клетчатки. Связанные с воздействием излучения (L55-L59), болезни придатков кожи (L60, L63-L67), другие болезни кожи и подкожной клетчатки (L80-L85, L87-L98).

Строки 42-45 относятся к XIII классу МКБ-10 «Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани» (M00-M99). Строка 42 отражает заболевания терапевтического профиля, строки 43-44 – неврологического профиля, строка 45- ортопедического и хирургического профиля. В 43-44 строках указаны одинаковые коды: отнесение к 43-й строке определяется локализацией процесса на шейном уровне, к 44-й – на поясничном и грудном.

Строка 42 «Артропатии и системные поражения соединительной ткани» включает реактивные артропатии (M02), серопозитивный ревматоидный артрит (M05), серонегативный ревматоидный артрит (M06), подагру (M10), другие кристаллические артропатии (M11), палиндромный ревматизм (M12), другие артриты (M13), полиартроз (M15), первичный коксартроз (M16), первичный гонартроз (M17), первичные артрозы других суставов (M19), узелковый полиартериит (M30), некротизирующие васкулопатии (M31), системную красную волчанку (M32), дерматомиозит (M33), системную склеродермию (M34), другие системные поражения соединительной ткани (M35), анкилозирующий спондилит (M45), а также ЛН, выданные по поводу оперативного лечения болезней суставов и послеоперационного долечивания в реабилитационных отделениях санаториев. Исключена псориазическая артропатия (L40).

Строка 43 «Неврологические проявления шейного остеохондроза» включает спондилез с синдромом сдавления передней спинальной или позвоночной артерии (M47); спондилез с миелопатией (M47); поражения межпозвоночного диска с миелопатией, радикулопатией (M50); шейно-черепной синдром (задний шейный симпатический синдром) (M53); шейно-плечевой синдром (M53); цервикалгию (M54).

Строка 44 «Неврологические проявления поясничного и грудного остеохондроза» включает спондилез с миелопатией, радикулопатией (M47); поражение межпозвоночных дисков с миелопатией или радикулопатией (M51); другие дорсопатии (спинная нестабильность, кокцигодия – M53); дорсалгии (люмбалгия, люмбаго, люмбоишалгия) – M54; торокалгию (M54).

Строка 45 – «Другие болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани». Включает: диспластические и посттравматические коксартрозы, гонартрозы и другие артрозы (M16-M19); вальгусное искривление и другие приобретенные деформации пальцев рук и ног (M20), плоскостопие и другие приобретенные деформации конечностей (M21), поражения надколенника, менисков и другие внутрисуставные поражения колена (M22-M23), свободные тела. Подвывихи, нестабильность суставов (M24-M25), другие воспалительные спондилопатии, спондилезы (M46, M48); болезни мышц: миозиты, оссификации, ишемические контрактуры мышц (M60-M62); синовиты, теносиновиты и сухожилий (M65-M67); бурситы, энтезопатии и другие болезни мягких тканей (M70-M72, M75-M79); остеопороз с патологическим переломом и без перелома (M80, M81), остеомалацию и другие нарушения плоскости и структуры кости (M83-M85), остеомиелит, остеонекроз и другие остеопатии (M86-M89), хондропатии (M91-M94); другие нарушения костно-мышечной системы и соединительной ткани (M95-M99).

Строки 46-49 относятся к XIV классу МКБ-10 «Болезни мочеполовой системы» (N00-N98), 46-я строка отражает болезни нефрологического профиля, 47-я – урологические заболевания, 48-я и 49-я – женские заболевания.

Строка 46 «Болезни почек» (N00-N07, N11-N12, N14) включает острый и хронический гломерулонефрит (N00-N07), хронический необструктивный пиелонефрит (N11), пиелонефрит, неуточненный как острый или хронический (N12), нефропатии, вызванные лекарственными средствами и тяжелыми металлами, кроме профессиональных (N14), а также ЛН, выданные для лечения в реабилитационных отделениях санаториев.

Строка 47 «Другие болезни мочевыделительной системы и мужских половых органов» включает острый пиелонефрит (N10), хронический обструктивный пиелонефрит (N11), обструктивную уропатию и рефлюкс-уропатию (гидронефроз, гидроуретер, поинефроз и др.) (N13), абсцесс почки и околопочечной клетчатки (N15), мочекаменную болезнь (N20-N21, N23), другие болезни почек и мочеточников (N25-N28), цистит (N30), нервно-мышечную дисфункцию мочевого пузыря (N31), другие поражения мочевого пузыря (N32), уретрит и уретральный синдром (N34), структуру уретры (N35), другие болезни уретры (N36), другие болезни мочевыделительной системы (N39), болезни мужских половых органов (N40-N50), нарушения мочеполовой системы после медицинских процедур (N99), а также ЛН, выданные по поводу оперативного лечения указанных болезней мочевыделительной системы.

Строка 48 «Болезни молочной железы и воспалительные болезни женских половых органов» (N60-N64, N70-N73, N75-0N76) включает болезни молочной железы (доброкачественные дисплазии (N60), воспалительные болезни (N61), гипертрофию (N62), другие болезни и неуточненные образования (N63-N64) за исключением новообразований и травм, а также воспалительные болезни яичников и маточных труб (N70), матки (N71-N72), другие воспалительные болезни женских тазовых органов (N73), болезни бартолиновой железы (N75), другие воспалительные болезни влагалища и вульвы (N76).

Строка 49 «Другие болезни женских половых органов» (N80-N99) включает невоспалительные заболевания женских половых органов за исключением новообразований и травм: эндометриоз (N80), выпадение женских половых органов (N81), свищи с вовлечением женских половых органов (N82), невоспалительные болезни яичников и маточных труб (N83), полипы (N84), невоспалительные болезни матки влагалища, вульвы, промежности (N85-N90), нарушения менструального цикла (N91-N94), нарушения менопаузы (N95), привычный выкидыш (N96), женское бесплодие (N97) и осложнения, связанные с искусственным оплодотворением (N98).

Строки 50-51 входят в **XV класс МКБ-10 «Осложнения беременности, родов и послеродового периода»** (O00-O003, O08, O10-O16, O20-O25, O70-O75, O85-O92). В этих строках отражается ВН, связанная с осложнениями беременности и родов, наступившими или продолжающимися до начала и по окончании отпуска по беременности и родам. Если заболевание женщины, наступившее во время беременности или родов, не связано с ними, диагноз шифруется в соответствующей ему строке.

С 30 (27) недель беременности оформляется отпуск по беременности и родам, а ЛН, выданный вследствие других заболеваний, в т.ч. осложнений беременности, закрывается. Отпуск по беременности и родам не прерывается, если в этот период возникают осложнения беременности и родов или другие заболевания с ВН. Если срок отпуска заканчивается, а осложнения беременности или родов продолжаются, либо они возникают по окончании последнего, выдается ЛН.

Строка 50 «Осложнения, связанные с беременностью, в том числе самопроизвольный аборт» включает внематочную беременность (O00), пузырный занос (O01), несостоявшийся аборт (O02-O03); осложнения, вызванные внематочной беременностью (O08), осложнения, связанные с беременностью: гипертензия, отеки, эклампсия (O10-O16), кровотечения (O20), рвота беременных (O21), венозные осложнения (O22), инфекции мочеполовых путей (O23), сахарный диабет при беременности (O24), недостаточность питания (O25).

Строка 51 «Осложнения родов и послеродового периода» включает все осложнения родов и послеродового периода: акушерские травмы (O70-O71), послеродовое кровотечение (O72), задержка плаценты и плодовых оболочек (O73), другие осложнения родов и родоразрешения (O74-O75), послеродовые инфекции (O85-O86), венозные осложнения (O87), акушерская эмболия (O88), другие осложнения послеродового периода (O89-O90), инфекции и другие изменения молочной железы (O91-O92).

Строки 62-62 относятся в **XIX классу МКБ-10 «Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин»**.

Строка 52 «Внутричерепная травма» – S06 – включает сотрясение, ушиб. Сдавление головного мозга, эпидуральное и травматическое субдуральное и субарахноидальное кровоизлияния.

Строка 53 «Другие травмы нервной системы» включает травмы черепных нервов (S04), травмы нервов спинного мозга на уровне шеи (S14); травмы нервов и спинного мозга в грудном отделе (S24); травмы нервов и поясничного отдела спинного мозга (S34); травмы нервов на уровне плечевого пояса и плеча (S44); травмы нервов на уровне предплечья (S54); травмы нервов на уровне

запястья и кисти (S64); травмы нервов на уровне тазобедренного сустава и бедра (S74); травмы нервов на уровне голени (S84); травмы нервов на уровне голеностопного сустава и стопы (S94).

Строка 54 «Изолированные травмы мягких тканей, глаза, шеи, грудной клетки, живота, позвоночника и таза, включая повреждения кровеносных сосудов и внутренних органов» включает травмы головы (S00-S01, S03, S09), глаза (S05), травмы шеи (S10, S11, S15, S16, S19), грудной клетки (S20, S21, S25-S27, S29), травмы живота (S30-S31, S35-S36), позвоночника и таза (S37, S39).

Строка 55 – «Изолированные переломы (вывихи, разможжения) головы. Глазницы, шеи, грудной клетки, таза и переломы позвоночника без неврологических проявлений». Включает перелом черепа и лицевых костей (S02, S03, S05); травматическую ампутацию, разможжения части головы (S07, S08); перелом шейного отдела позвоночника (S12); вывихи шейных позвонков (S13); разможжения шеи (S17), переломы ребер, грудины, грудного отдела позвоночника (S22), вывих грудных позвонков (S23), разможжения и травматическую ампутацию части грудной клетки (S28); переломы пояснично-крестцового отдела позвоночника и костей таза (S32); вывихи поясничных позвонков и сочленений таза (S33), разможжение и травматическую ампутацию части живота, нижней части спины и таза (S38).

Строка 56 – «Изолированные травмы мягких тканей (сосудов, менисков, сухожилий, связок) верхних и нижних конечностей». Включает рубрики: травмы плечевого пояса и плеча (S40, S41, S45, S46, S49); травмы локтя и предплечья (S50, S51, S55, S56, S59), травмы запястья и кисти (S60, S61, S65, S66, S69); травмы области тазобедренного сустава и бедра (S70, S71, S75, S76, S79); травмы колена и голени (S80, S81, S85, S86, S89), травмы голеностопного сустава (S90, S91, S95, S96, S99).

Строка 57 – «Изолированные переломы, вывихи, ампутации, разможжения верхних и нижних конечностей». Включает рубрики: переломы на уровне плечевого пояса и плеча (S42); вывихи плечевого пояса (S43); разможжение плечевого пояса и плеча (S47); травматическая ампутация плечевого пояса и плеча (S48); переломы костей предплечья (S52); вывихи локтевого сустава (S53), разможжение предплечья (S57), травматическая ампутация предплечья (S58); переломы на уровне запястья и кисти (S62), вывихи запястья и пальцев кисти (S63); разможжения или травматическая ампутация запястья и кисти (S67, S68); перелом бедра (S72); вывих бедра (S73); разможжения ампутация области тазобедренного сустава и бедра (S77, S78); перелом костей голени, включая голеностопный сустав (S82); вывих, повреждение капсульно-связочного аппарата коленного сустава (S83); разможжение или травматическая ампутация голени (S87, S88); перелом костей стопы (S92); вывих голеностопного сустава, сочленений стопы или пальцев стопы (S93); разможжение или травматическая ампутация на уровне голеностопного сустава или стопы (S97, S98).

Строка 58 – «Множественные, сочетанные и комбинированные травмы, проникновения инородного тела в естественные отверстия». Политравмы – травмы, захватывающие несколько областей тела (т.е. травмы двух и более анатомо-функциональных образований опрото-двигательного аппарата (ОДА) двух и более полостей; сочетанные травмы – травмы ОДА в сочетании с повреждением полостных органов (грудной и брюшной полостей, черепа); комбинированные травмы – травмы, полученные от комбинации различных внешних повреждающих факторов). Эта строка включает травмы, захватывающие несколько областей тела: раны (T01), поверхностные травмы, переломы, вывихи, разможжения (T04), ампутации (T05) и др. (T06-T07), травмы неуточненной части туловища (T00, T02, T03), конечности или части тела (T08-T14); последствия проникновения инородного тела через естественные отверстия (T15-T19).

Строка 59 – «Ожоги, отморожения, другие неуточненные воздействия внешних причин, осложнения врачебных вмешательств». Включает термические и химические ожоги уточненной локализации (T20-T25); ожоги глаза и внутренних органов (T26-T28), множественной и неуточненной локализации (T29-T32); отморожения (T33-T35), осложнения хирургических и терапевтических вмешательств, другие воздействия внешних причин (T66-T78).

Строка 60 – «Отравления и токсическое действие веществ». Включает отравления лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами (T36-T50), токсическое воздействие веществ, преимущественно немедицинского назначения (T51-T65).

Строка 61 «Последствия травм головы» (T90) включает последствия внутричерепных травм (спустя 1 год и более), травм глаза и другие травмы головы.

Строка 62 – «Последствия травм (кроме травм головы), ожогов, отморожений, отравлений и других воздействий внешних причин». Включает последствия травм: шеи и туловища (T91); верхней конечности (T92); нижней конечности (T93); захватывающих несколько областей тела и травм

неуточненной локализации (Т94); термических и химических ожогов и обморожений (Т95); отравлений лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами (Т96); последствия токсического действия веществ преимущественно немедицинского назначения (Т97); других и неуточненных воздействий внешних причин (Т98).

Строка 63 – «Профессиональные заболевания». Включает различные заболевания, относящиеся к разным классам МКБ (по МКБ не кодируются), причинно связанные с воздействием профессиональных факторов.

Строка 64 «Аборты» (О04-О08) включает ЛН, выданные в связи с медицинским абортом (в т.ч. вакуум аспирацией) (О04), другими видами аборта (О05-О06), неудачной попыткой аборта (О07), а также осложнения, вызванные абортом (О08).

Угрожающий аборт при сохранении беременности и самопроизвольный аборт включается в строку 50.

Строка 65 «Уход за больным» включает ЛН по уходу за больным ребенком в возрасте до 14 лет и больным членом семьи старше 14 лет. В эту же строку включаются ЛН, выданные по уходу за ребенком в период санаторно-курортного лечения и лечения ребенка в центрах реабилитации.

Строка 66 – «Уход за больным ребенком и ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет в связи с болезнью матери (другого ухаживающего лица)».

Строка 67 «Освобождение от работы в связи с карантином и бактерионосительством» учитывает ЛН, выданные работникам пищевых и приравненных к ним предприятий, если они имели контакт с инфекционными больными или являются бактерионосителями.

Строка 68 «Отпуск в связи с санаторно-курортным лечением без лечения в противотуберкулезном санатории, долечивания в санаторных отделениях реабилитации» учитывает ЛН, выданные отдельным категориям граждан для проведения санаторно-курортного лечения, а также на проезд в санаторий и обратно. В строку 68 не включаются случаи лечения воинов-интернационалистов (их жен и вдов) в специализированном центре реабилитации, случаи лечения в противотуберкулезных санаториях больных всеми формами туберкулеза, долечивание в санаториях по списку болезней, утвержденных Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Фондом социальной защиты населения № 38/3/1р от 01.09.2000 г., случаи лечения в спелеолечебнице (шифровка по нозологиям).

Строка 69 «Итого по различным заболеваниям» (строки 01-63) – сумма строк, отражающая заболеваемость с ВН.

Строка 70 «Итого по всем причинам временной нетрудоспособности» (строки 64-69) отражает всю ВН (Заболеваемость и другие виды ВН).

Строка 71 «Отпуск по беременности и родам» учитывает ЛН, выданные в связи с предоставлением отпуска по беременности и родам. В эту же строку включаются ЛН, выданные на дополнительные дни отпуска по беременности и родам (14 дней) в случае осложненных родов, рождения двух и более детей. Отпуск по беременности и родам не прерывается, если в этот период возникают осложнения беременности и родов или другие заболевания.

10.6. Показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности

После шифровки ЛН подсчитываются абсолютные данные о числе случаев и дней нетрудоспособности, которые вносятся в графы основной таблицы отчета по ф. № 16-ВН. Для оценки заболеваемости **необходимо превращение абсолютных чисел в относительные**. Последние носят название показателей, или коэффициентов, заболеваемости и рассчитываются на 100 работающих. При вычислении относительных показателей нужны сведения о средней численности (Среднесписочное число) работающих за месяц, квартал, полугодие, год. Расчет числа работающих за месяц проводится двумя способами: по количеству работающих на первое число следующего месяца или по полусумме рабочих на начало и конец месяца. Годовая численность рабочих может определяться также двумя способами: суммируется число рабочих на начало каждого месяца, включая январь следующего года, и делится на 13 или суммируются ежемесячные данные о средней численности рабочих и сумма делится на 12. Отдельно определяется количество работающих женщин.

Показатели анализа заболеваемости с ВН подразделяются на **основные и дополнительные**. Основные показатели вычисляются по каждой строке, в том числе и по итоговому.

К числу основных относятся три показателя:

1) показатель случаев ВУТ на 100 работающих, или частота ВН
$$\frac{\text{абсолютное число случаев заболеваемости с ВУТ по данной строке}}{\text{среднесписочное число работающих}} \times 100$$

2) показатель дней нетрудоспособности по заболеваниям с ВУТ на 100 работающих или уровень ВН
$$\frac{\text{абсолютное число дней нетрудоспособности по заболеваниям с ВУТ по данной строке}}{\text{среднесписочное число работающих}} \times 100$$

3) показатель средней длительности одного случая ВН, или коэффициент длительности
$$\frac{\text{число дней нетрудоспособности по данной строке}}{\text{число случаев нетрудоспособности по данной строке}}$$

Показатель дней нетрудоспособности на 100 работающих зависит от многих факторов, в основном он отражает тяжесть заболевания и экономические потери. По его уровню определяется бюджет органов социального страхования. Показатель средней длительности случая дает представление только о средней его продолжительности, при этом не выделяются кратковременные и длительно протекающие случаи. Этот показатель зависит от качества работы лечебного учреждения, квалификации врачей, знания ими экспертизы ВН и имеет большое значение, когда проводится сравнение заболеваемости по отдельным нозологическим группам болезней в однородных отраслях промышленности с учетом одинакового возрастного-полового состава.

После расчета основных показателей можно приступить к расчету дополнительных показателей.

1. Показатель числа невыходов на работу по болезни за каждый день месяца или года
$$\frac{\text{абсолютное число дней нетрудоспособности за месяц, год}}{\text{число дней в месяце, году}}$$

Этот показатель наглядно характеризует потери трудовых ресурсов предприятия из-за роста заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

2. Показатель структуры заболеваемости, или удельного веса отдельных форм болезней в %
$$\frac{\text{число случаев (дней) по данному заболеванию (группе заболеваний)}}{\text{число случаев (дней) ВН по всем заболеваниям}} \times 100;$$

Показатель структуры заболеваемости отражает удельный вес того или иного заболевания в процентах ко всей заболеваемости с временной утратой трудоспособности (экстенсивный показатель).

3. Удельный вес нетрудоспособности по поводу заболеваний (или другому виду нетрудоспособности)
$$\frac{\text{число случаев (дней) ВН по поводу заболеваний или по уходу и т.д.}}{\text{общее число случаев (дней) всей нетрудоспособности}} \times 100;$$

4. Статистические показатели для руководителей и специализированных служб, которые рассчитываются как в целом, так и в каждой специальности. Эти показатели являются специфичными для здравоохранения и в официальной отчетности о заболеваемости с ВУТ не рассматриваются.

4.1. Показатели формирования ВН в стационарах:

Стационары оказывают существенное влияние на общий уровень ВН. Абсолютное значение показателей ВН в стационаре в течение года как правило стабильно, а относительный их вклад в формирование общего уровня ВН имеет значительные сезонные колебания, обусловленные неравномерностью заболеваемости с ВУТ в амбулаторных учреждениях.

Формирование ВН в стационаре имеет специфические особенности и зависит от объема стационарной помощи, оборота и занятости койки, удельного веса работающих больных, обоснованности и своевременности госпитализации, качества диагностики и лечебно-реабилитационного процесса.

Систематический анализ ВН в стационаре позволяет выявлять дефекты в организации стационарной помощи и проводить целенаправленную работу по повышению ее эффективности и за счет этого добиваться сокращения общего уровня заболеваемости с ВУТ.

4.1.1. Вклад (удельный вес стационаров в %) в формирование частоты ВН (случаев ВН).

4.1.2. Вклад (удельный вес стационаров в %) в формирование уровня ВН (дней ВН).

4.1.3. Удельный вес больных, госпитализированных с предшествующей ВН (открытым ЛН).

4.1.4. Средняя продолжительность одного случая ВН до госпитализации в стационаре.

4.1.5. Удельный вес временно нетрудоспособных (работающих) среди всех госпитализированных.

4.1.6. Средняя продолжительность одного случая ВН в стационаре.

4.1.7. Удельный вес больных, выписанных из стационара с восстановленной трудоспособностью.

Анализируя формирование ВН в стационаре следует иметь ввиду то, что рост ВН в стационаре может быть обусловлен улучшением организации и качества его работы. Чем выше обеспеченность койками, их оборот и занятость, чем значительнее удельный вес работающих среди госпитализированных, тем частота и уровень ВН в стационаре выше. Правильно организованная работа стационаров должна сопровождаться сокращением общей продолжительности каждого случая ВН и за счет этого снижением уровня ВН в целом, несмотря на увеличение ее в стационарах. В то же время неправильная организация стационарной помощи, в частности, избыток коек и стремление любыми средствами занять их, даже путем необоснованной госпитализации, завышения сроков лечения, или недостаток коек, порождающий несвоевременное начало и недостаточная интенсивность лечения и т.д. создает необоснованный рост ВН не только в стационаре, но и общего ее уровня.

4.2. Возрастно-половые особенности заболеваемости с ВУТ.

4.3. Исходы случаев восстановления трудоспособности:

4.3.1. Удельный вес восстановления трудоспособности;

4.3.2. Удельный вес первичной инвалидности, в том числе I, II и III группы;

4.3.3. Удельный вес умерших в период ВН;

4.3.4. Удельный вес других исходов.

4.4. Удельный вес случаев, начатых и заканчивающихся в разных учреждениях.

4.5. Удельный вес ЛН, выданных специалистами, не относящимся к профилю данного заболевания.

4.6. Первичное формирование случаев ВН на этапах оказания медицинской помощи:

4.6.1. Удельный вес выдачи ЛН в территориальных поликлиниках ЦРБ;

4.6.2. Удельный вес первичной выдачи ЛН в МЧС;

4.6.3. Удельный вес первичной выдачи ЛН в диспансере;

4.6.4. Удельный вес первичной выдачи ЛН на здравпунктах;

4.6.5. Удельный вес первичной выдачи ЛН на ФАП-ах;

4.6.6. Удельный вес первичной выдачи ЛН во врачебных амбулаториях;

4.6.7. Удельный вес первичной выдачи ЛН в НИИ.

10.7. Углубленный анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности

Для того, чтобы выявить конкретные причины распространенности заболеваний, проводится углубленная разработка заболеваемости с временной утратой трудоспособности. Для углубленного анализа могут использоваться карты полицевого учета, позволяющие изучать заболеваемость каждого рабочего. Они заводятся на рабочих промышленных предприятий и содержат следующие сведения: возраст, пол, профессия, стаж работы, цех, условия труда и быта, место и качество лечения, вредные привычки и т.д. При проведении анализа рекомендуется использовать карты лиц, проработавших на предприятии целый год; данные о заболеваемости уволенных рабочих и вновь принятых в разработку не берется. Карты полицевого учета находятся в распоряжении цеховых врачей. Рекомендуют два способа ведения карт: текущий, ежедневный, по мере поступления ЛН для шифровки или одномоментный (ежемесячный).

Приступая к углубленному изучению заболеваемости, следует разделить работающих по виду их работы и условиям труда, выделяя основные цехи, вспомогательные, хозяйственные службы и

заводоуправление. В первую очередь обращается внимание на условия труда, так как это более доступный фактор для изучения и проведения оздоровительных мероприятий. Считается, что чем лучше условия труда, тем ниже заболеваемость. Однако отмечаются и обратные соотношения. В горячих цехах с тяжелыми условиями труда заболеваемость бывает ниже, чем в заводууправлении. Очевидно, это можно объяснить тем, что для работы в этих цехах допускаются только здоровые лица.

Углубленный анализ заболеваемости с ВН проводят по цехам, возрасту, полу, профессии, учитывают кратность заболеваний в течение года, место оказания медицинской помощи и ее эффективность, условия жизни, вредные привычки и т.д. При этом могут использоваться следующие показатели.

1. Процент нетрудоспособности (процент условно неработающих за отчетный год или квартал)

$$\frac{\text{число дней нетрудоспособности} \times 100}{\text{средняя численность рабочих} \times 365 \text{ дней}}$$

Этот показатель близок к показателю дней нетрудоспособности, он определяет условную долю рабочих из общего их числа, в среднем не принимавших участия в производственном процессе вследствие болезни. Процент нетрудоспособности во многих странах является ведущим при характеристике заболеваемости рабочих.

2. Частота лиц (в %), не болевших за отчетный период (год, квартал). Этот показатель составляет обычно около 30%; чем он выше, тем лучше состояние здоровья трудящихся.

3. Частота болевших лиц по отдельным заболеваниям.

4. Групповые показатели заболеваемости по полу, возрасту, профессии, стажу и др.

5. Распределение больных рабочих по длительности нетрудоспособности.

6. Показатель заболеваемости без гриппа, который нивелирует заболевания заболеваемости, связанные с эпидемией гриппа, и цифры, характеризующие заболеваемость, становятся более стабильными.

7. Динамика заболеваемости – процент изменения уровня заболеваемости по сравнению с предыдущим периодом, который принимается за 100%. Этот показатель можно рассчитывать по цехам, предприятиям и отдельным нозологическим единицам, но возрастно-половая структура и условия труда в сравниваемых группах должны быть одинаковыми.

8. Показатель кратности заболеваний дает представление о распределении числа случаев нетрудоспособности на одно заболевание (или больное лицо), по нему легко выявить часто и длительно болеющих.

Проведя углубленный анализ заболеваемости с ВН и сопоставив показатели текущего и прошедшего года, следует сделать заключение об основных закономерностях и тенденциях в состоянии заболеваемости, причинах ее роста и наметить конкретные мероприятия, направленные на снижение заболеваемости.

10.8. Диспансеризация

Диспансеризация – система работы лечебно-профилактических учреждений, заключающихся в активном наблюдении за здоровьем определенных контингентов населения, в изучении условий для труда и быта, в обеспечении их правильного труда и быта, в обеспечении их правильного физического развития и сохранения здоровья, а также в предупреждении заболеваний путем проведения соответствующих лечебно-профилактических, санитарно-гигиенических и социальных мероприятий.

Диспансеризация- это непрерывный и постоянный процесс, объединяющий процесс, объединяющий самые различные формы лечебно-оздоровительных, социально-гигиенических мероприятий и санитарно-просветительской работы.

Основу диспансеризации составляет диспансерный метод, который заключается в постоянном медицинском наблюдении за лицами, состоящими на учета, осуществлении по отношению к ним мер индивидуальной и общественной профилактики, а также в оздоровлении условий труда и быта. С помощью диспансерного метода осуществляется синтез лечебного и профилактического принципов в медицине.

Диспансеризация предполагает наличие единой общегосударственной системы управления на основе постоянного динамического наблюдения за здоровьем каждого гражданина с момента рождения в течение всей жизни.

Основной целью диспансеризации является сохранение и укрепление здоровья населения, повышение работоспособности и производительности труда работающих, увеличение активного долголетия людей. Для здоровых лиц – это сохранение и дальнейшее укрепление их здоровья, обеспечение правильного физического и психического развития, создание оптимальных условий труда и быта, предупреждение возникновения и развития заболеваемости, травм, сохранение трудоспособности. Для больных – выявление заболеваний в ранней стадии формирования патологического процесса, предупреждение возникновения и развития заболеваемости, инвалидности, сохранения трудоспособности.

Задачи диспансеризации:

- 1) изучение и устранение причин, способствующих возникновению и распространению заболеваний (первичная профилактика);
- 2) формирование у населения стремления к здоровому образу жизни (первичная профилактика);
- 3) активное выявление преморбидных состояний, начальных форм заболеваний, своевременное лечение больных;
- 4) предупреждение рецидивов, обострений и осложнений заболеваний.

В истории развития и становления диспансеризации выделяют несколько этапов. В начале 20-х годов XX в. были созданы первые диспансеры по борьбе с социальными болезнями. В 30-е годы диспансерный метод стал применяться для охраны здоровья матери и ребенка, работающих подростков; начала проводиться диспансеризация рабочих в здравпунктах и поликлиниках промышленных предприятий в целях охраны здоровья часто болеющих. С конца 40-х годов проводилась диспансеризация инвалидов Великой Отечественной войны. В 50-е годы диспансерный метод применялся в работе территориальных амбулаторно-поликлинических учреждений в целях динамического наблюдения за больными, имеющими некоторые хронические заболевания, началась диспансеризация сельского населения. Середина 60-х-70-х годы – переходный период к массовой диспансеризации населения.

В настоящее время в Беларуси проведение диспансеризации является важнейшей задачей лечащих врачей общей сети внебольничных учреждений (поликлиник, амбулаторий), обслуживающих население по месту жительства и по месту работы, а также врачей специализированных учреждений – диспансеров. Функционируют следующие диспансеры: 5 кардиологических, 34 кожно-венерологических, 10 наркологических, 12 онкологических, 5 эндокринологических, 30 противотуберкулезных, 14 психоневрологических, 2 спецдиспансера.

10.8.1. Этапы диспансеризации

Диспансеризация состоит из двух этапов:

Первый этап – отбор на диспансерные наблюдения. в отечественном здравоохранении исторически определились и практически оправдали себя два основных принципа отбора контингентов лиц, подлежащих диспансеризации: это социальный и медицинский. В соответствии с ними в настоящее время диспансерным наблюдением в основном охвачены определенные группы здоровых людей, объединенных общими возрастными-физиологическими особенностями (дети, подростки, беременные и т.д.) или условиями труда (рабочие определенных профессий, учащиеся, спортсмены и др.) и уже заболевшие с конкретными заболеваниями.

При диспансеризации контингенты населения подразделяются на две группы. К первой относятся:

- лица, которые в силу своих физиологических особенностей требуют систематического наблюдения за состоянием здоровья (дети, подростки, беременные женщины);
- лица, испытывающие воздействие неблагоприятных факторов производственной среды;
- декретированные контингенты (пищевики, работники коммунальных служб, общественного и пассажирского транспорта. Персонал детских лечебно-профилактических учреждений);

- спецконтингенты (лица, пострадавшие от катастрофы на ЧАЭС);
- инвалиды и участники Великой Отечественной войны и приравненные к ним контингенты.

Ко второй группе относятся:

- больные хроническими заболеваниями;
- реконвалесценты после некоторых острых заболеваний (ангина, пневмония и др.);
- больные с врожденными заболеваниями и пороками развития.

Кратность осмотров определяется признаками и методическими указаниями Министерства здравоохранения.

Диспансеризация предусматривает длительное активное наблюдение, поэтому число лиц, принимаемых на диспансерное обслуживание, должно соответствовать производственным возможностям лечебно-профилактического учреждения.

Диспансеризация, проводимая в МЧС или цеховой службе территориальной поликлиники, охватывает здоровых лиц и больных с острыми и хроническими заболеваниями. В первую очередь осуществляют диспансеризацию всех основных профессиональных групп, которые имеют решающее значение для предприятия (здоровых и больных), и больных рабочих вспомогательных цехов, инженерно-технических работников, служащих, у которых отмечается повышенная заболеваемость с временной утратой трудоспособности.

В территориальной поликлинике, рекомендуется брать на диспансерный учет больных с хроническими заболеваниями, перенесших острое заболевание, часто и длительно болеющих, инвалидов и участников Великой Отечественной войны, работающих инвалидов труда, персональных пенсионеров, а при расширенной диспансеризации – лиц с преморбидными состояниями.

При отборе на диспансерное наблюдение:

- 1) проводится комплексное обследование, оценка состояния здоровья, условий труда и быта;
- 2) определяется группа диспансерного наблюдения. составляется план диспансеризации;
- 3) оформляется диспансерная документация.

Целесообразна трехгрупповая классификация диспансеризуемых, предусматривающая выделение группы здоровых (1-я), практически здоровых (2-я) и больных с хроническими заболеваниями (3-я). Причем последняя группа подразделяется на три подгруппы: скомпенсированным (3.1.), субкомпенсированным (3.2.) и декомпенсированным (3.3.) течением заболевания.

К 1-й группе относятся здоровые лица, которых целесообразно комплексно обследовать один раз в год и подвергать первичной профилактике. 2-я группа – практически здоровые. Они подлежат обследованию не менее 1-2 раз в год и нуждаются в лечебных и оздоровительных мероприятиях. К группе 3.1. относятся больные с компенсированным течением хронических заболеваний. Таких больных нужно обследовать не менее 2 раз в год. Им показаны лечебно-профилактические мероприятия, в частности противорецидивное и санаторно-курортное лечение, в необходимых случаях – своевременная госпитализация, рациональное трудоустройство по решению ВКК. Эти больные должны находиться под контролем цехового (участкового) врача или врача-специалиста по соответствующему профилю патологии. Группа 3.2. – больных в стадии субкомпенсации, с частыми и длительными обострениями. Эти немногочисленные больные подлежат детальному обследованию, контролю не менее 4 раз в год, нуждаются в стационарном и постоянном амбулаторном лечении, им показаны противорецидивные курсы, санаторно-курортное лечение, часто – рациональное трудоустройство. Группа 3.3.- это больные в стадии декомпенсации (чаще всего инвалиды), у которых отмечаются стойкие значительно выраженные или выраженные функциональные нарушения. Они нуждаются в реабилитационных мероприятиях.

Второй этап – диспансерное наблюдение (этап исполнения). Успех диспансерного наблюдения зависит не только от медицинских работников, но и от самих больных, а тем более здоровых лиц и желания включаться в процесс диспансеризации. С этой целью используются тематические беседы, санитарно-просветительные бюллетени, газеты, уголки здоровья. Широкое распространение получают групповые приемы (приглашаются однопрофильные больные), на которых врачи выступают с лекциями, демонстрируют больных с положительной динамикой в течении процесса. Одновременно проводится и обследование больных А.Е. Шахгельдянец (1978)

рекомендует осуществить диспансерное наблюдение не только при специальных осмотрах, но и процессе текущей обрабатываемости. Однако это возможно, если состояние, по поводу которого больной обратился в поликлинику, не влияет на симптоматику основного заболевания, в связи с которым проводится диспансерное наблюдение.

На каждого диспансеризуемого больного и здорового оформляется контрольная карта диспансерного наблюдения (ф. № 30). Целесообразно использовать карты с краевой перфорацией, которые значительно легче анализировать, или маркировать их в соответствии с нозологическими формами, сроками явки на осмотр, группой наблюдения и т.д. Контрольная карта (ф. № 30) является учетным и оперативным документом, который должен использоваться врачами в процессе повседневной работы. В каждой мере по ф. № 30 можно судить и о качестве диспансеризации. Поэтому рекомендуется отметить в ней сведения о лечебно-оздоровительных мероприятиях и проводить контроль за ними.

Однако основным документом диспансерного наблюдения является индивидуальная карта амбулаторного больного (ф. № 25), в которую записываются все данные о пациенте. На обложке карты делается пометка «Д». в амбулаторной карте необходимо отразить основную профессию больного, характер выполняемой работы и условия труда. Это позволит в дальнейшем проводить более рациональное трудоустройство. В анамнезе болезни следует описать течение процесса до взятия на диспансерный учет, характер и частоту обострений, лечение и его эффективность, длительность ВН по основному и сопутствующим заболеваниям, а также подробно наложить объективные данные на момент оформления документации, установленные врачом-специалистом, ведущим диспансерное наблюдение, и другими специалистами, у которых больной проходил обследование. Это обеспечивает преемственность медицинского обслуживания и позволяет установить связь между основным заболеванием, осложнениями и сопутствующими болезнями. При каждом последующем диспансерном осмотре следует отражать динамику процесса за прошедшее время и в зависимости от характера течения заболевания менять планируемое лечение и другие мероприятия. Если у больного отмечается ухудшение состояния, необходимо выяснить его причину, провести стационарное или пересмотреть амбулаторное лечение, проконтролировать рациональность трудоустройства. Срок очередной явки в этих случаях должен назначаться через более короткий промежуток времени, чем ранее.

При подведении итогов диспансеризации один раз в год составляется этапный эпикриз, в котором отмечаются субъективная оценка состояния больного за прошедший календарный год, объективные данные с учетом ухудшения или улучшения в течении процесса, частота и длительность обострений основного и сопутствующих заболеваний, эффективность проведенных мероприятий и намечается план лечебно-оздоровительной работы на следующий год. В плане оздоровления наряду с индивидуальными назначениями (противорецидивное, стационарное, санаторно-курортное лечение, трудоустройство, направление в диетические столовые и т.д.) необходимо предусматривать и коллективные профилактические меры (улучшение условий труда и быта диспансеризуемых лиц, проведение широких санитарных мероприятий с привлечением врачей санитарно-эпидемиологических станций, администрации производства и профсоюзной организации).

Для проведения диспансерной работы необходимо предусмотреть специальное время для врача (2-3 часа амбулаторного приема в неделю в дни наименьшей нагрузки, особенно в субботние).

10.8.2. Анализ качества диспансеризации

Для анализа профилактической работы рекомендуется рассчитывать показатели, характеризующие объем, качество и эффективность диспансеризации.

1. Объем диспансеризации:

- а) число больных, состоящих под «Д» наблюдением участкового врача-терапевта;
- б) основные нозологические формы заболеваний, состоящих под «Д» наблюдением участкового врача;
- в) число больных терапевтического участка, находящихся под «Д» наблюдением у врачей-специалистов;
- г) полнота охвата населения диспансерным наблюдением (%):

число лиц, состоящих на диспансерном учете x 100
среднегодовая численность обслуживаемого населения

д) полнота охвата диспансерным наблюдением по отдельным нозологическим формам (%):
число больных с данным заболеванием, состоящих на учете на начало года
+ число больных, вновь взятых на учет в течение года, - число больных,
не наблюдавшихся в отчетном году

_____ x 100
общее число зарегистрированных больных с данной патологией

е) структура больных, состоящих на диспансерном учете (%):

число больных, состоящих на учете по поводу
данного заболевания на конец года

_____ x 100
общее число больных, состоящих на учете

2. Качество диспансеризации (активность врачебного наблюдения):

а) своевременность охвата больных диспансерным наблюдением (%):

число больных, взятых под наблюдение в данном году из числа лиц
с впервые выявленным диагнозом

_____ x 100
число зарегистрированных больных с впервые в жизни
установленным диагнозом в данному году

б) процент госпитализированных диспансерных больных:

число госпитализированных из числа нуждающихся x 100
число нуждающихся в госпитализации

3. Эффективность диспансеризации:

а) изменения в состоянии здоровья диспансеризуемых (улучшение, ухудшение, без изменений) в течение года:

число диспансеризуемых с улучшением
(ухудшение, без изменений) состояния здоровья в течение года

_____ x 100
число диспансеризуемых больных, наблюдавшихся в течение года

б) заболеваемость в ВУТ диспансеризуемых (число дней нетрудоспособности, число случаев нетрудоспособности на 10 диспансеризуемых, средняя продолжительность одного случая);

в) процент диспансеризуемых, переведенных на инвалидность:

число диспансеризуемых, переведенных на инвалидность x 100;
число больных, находящихся под диспансерным наблюдением

г) смертность диспансеризуемых (%):

число умерших среди диспансеризуемых (от всех болезней
или от отдельного

заболевания) _____ x 100
число диспансеризуемых всего (с отдельным заболеванием)

Эффективность диспансеризации рекомендуется оценивать в динамике за 3-5 лет.

Подход к анализу эффективности диспансеризации различен у здоровых и больных. Критерием эффективности диспансеризации здоровых лиц являются отсутствие заболеваний и сохранение трудоспособности, у больных же. Перенесших острое заболевание, - выздоровление и переход во 2-ю или 1-ю диспансерную группу, а при отсутствии их – снятие с диспансерного учета. Показателями эффективности диспансеризации больных с хроническими заболеваниями являются снижение частоты и длительности обострений, заболеваемости с временной утратой трудоспособности, первичного выхода на инвалидность, тяжести инвалидности, уменьшение смертности.

При диспансеризации инвалидов показатели эффективности зависят от степени тяжести инвалидности. Например, если больной признан инвалидом II группы и выполнение труда ему было показано лишь в специально созданных условиях, критерием эффективности является уменьшение частоты обострений, снижение заболеваемости с временной утратой трудоспособности, частичная реабилитация, переход в III группу инвалидности или полное восстановление трудоспособности. При диспансеризации инвалидов III группы критерием эффективности являются снижение заболеваемости и восстановление трудоспособности.

Эффективность диспансеризации больных с хроническими заболеваниями чаще всего оценивают степенью «улучшения», окончательный вывод об улучшении в течение заболевания можно сделать только спустя 3-5 лет наблюдения.

Таким образом, в ходе диспансеризации анализируются качество организации и эффективность диспансеризации. Если эффективность отсутствует, качество диспансеризации может быть оценено только как плохое, несмотря на «хорошие» показатели организации. В то же время оценка эффективности диспансеризации должна быть дифференцированной с учетом группы диспансерного наблюдения, возрастно-полового состава, профессии и других факторов. На эффективность диспансеризации и снижение заболеваемости с ВН оказывают влияние своевременность диагностики, систематичность наблюдения, качество лечения, рациональное трудоустройство, ликвидация возможных вредных влияний труда, систематическое повышение квалификации врачей как по основной специальности, так и по вопросам гигиены труда, профзаболеваний, экспертизе временной нетрудоспособности, участие в диспансеризации предприятий, профсоюзных и других общественных организаций.

10.9. Организация работы с длительно и часто болеющими

Согласно распространенным рекомендациям, к длительно и часто болеющим (ДЧБ) относят лиц, которые за 12 месяцев, предшествующих дню анализа их заболеваемости, имели следующее число случаев и дней временной нетрудоспособности:

Заболевание	Часто болеющие	Длительно болеющие
Заболевания, этиологически связанные между собой	3-4 и более случаев	30 и более дней
Заболевания разнородные, этиологически не связанные между собой	5-6 и более случаев	60 и более дней

К категории ЧБ относятся больные с частыми обострениями (кризами, приступами) одного и того же хронического заболевания (например, язвенная болезнь или хронический пояснично-крестцовый радикулит и др.) или родственных заболеваний (хронический бронхит, пневмония, бронхоэктатическая болезнь), а также с острыми, непродолжительными, но однородными по этиологии заболеваниями (грипп, ОРВИ, ангина, острый бронхит). Реже к этой категории относятся больные с частыми обострениями различных, не связанных между собой заболеваний (обострение хронического пояснично-крестцового радикулита, холецистита, андексита, полиартрита и т.д.). ЧБ могут быть и ДБ, т.е. ДЧБ, но иногда сама длительность заболевания служит основным критерием для отбора больных. В группу ДБ целесообразно отбирать больных с сомнительным и неблагоприятным клиническим и трудовым прогнозом, у которых заболевание принимает затяжное течение и продолжительность ВН превышает оптимальные для данного заболевания сроки.

В структуре заболеваемости у ДЧБ основное место занимают болезни органов дыхания, пищеварения и кровообращения и периферической нервной системы.

Наличие ДЧБ может зависеть от ряда причин, среди которых основное значение имеют: неправильная диагностика и в связи с этим неадекватное лечение; недостаточное лечение при правильно установленном диагнозе; выполнение противопоказанной работы (нерациональное трудоустройство); неправильная оценка трудоспособности.

Исходя из этих причин, мероприятия, которые необходимо проводить в отношении ДЧБ, сводятся в основном к диагностическим, лечебным и экспертно-трудовым. Группа ДЧБ требует специального внимания, отбора и активного наблюдения. Оздоровление и реабилитация указанных больных – важный резерв снижения заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

Организация работы с ДЧБ предусматривает: выявление и отбор ДЧБ; прикрепление ДЧБ; прикрепление ДЧБ к врачу и извещение администрации предприятия; диспансерное наблюдение над ДЧБ; лечебно-диагностическую работу; экспертно-трудовые мероприятия; изучение эффективности проведенных мероприятий.

Выявление ДЧБ легко осуществляется в тех МСЧ, где заведены карты полицейского учета на всех работающих. Цеховые врачи, заведующие отделениями или заместители главного врача по МСЭ и Р периодически просматривают эти карты и выявляют длительно и часто болеющих.

В территориальной поликлинике ДЧБ выявляют по амбулаторной карте. Для облегчения поиска всех случаев ВН в ряде лечебных учреждений в начале амбулаторной карты вводят лист учета ВН по приведенной форме.

Лист учета временной нетрудоспособности

Дата выдачи ЛН	Ф.И.О. врача, выдавшего ЛН	Заключительный диагноз	Ф.И.О. врача, закрывшего ЛН	Общее число дней ВН

В некоторых учреждениях вместо фамилии врача, выдавших и закрывших графу «дата закрытия ЛН» или «Предварительный диагноз». Учет ВН на отдельном листе не является нарушением приказа о медицинской документации, так как выдача и закрытие ЛН подлежат обязательной регистрации в истории болезни.

Важным моментом организационной работы с ДЧБ является прикрепление больного к определенному врачу и извещение об этом его администрации по месту работы.

Как правило, работу с ДЧБ проводят в МСЧ или в цеховых участках территориальной поликлиники. Чаще всего больного прикрепляют к цеховому врачу, иногда к заведующему отделением либо к ВКК. Прикреплять ДЧБ нужно дифференцированно: больных с функциональными наслоениями и невротическими реакциями, злоупотребляющих получением ЛН, следует прикреплять к ВКК, больных с хроническими заболеваниями и частыми и длительными обострениями – к участковому врачу.

В работе с ДЧБ немаловажное значение имеют взаимодействие с администрацией, соблюдение ею порядка оплаты ЛН, выполнение рекомендаций по трудоустройству и улучшению условий труда.

Все ДЧБ подлежат обязательному диспансерному наблюдению, первоначально они включаются в группу 3.2 (3-ю группу, 2-ю подгруппу), при улучшении состояния могут переводиться в 3.1 или 2-ю диспансерную группу.

Из лечебно-диагностических и экспертно-трудовых мероприятий основным является уточнение диагноза, от которого зависят и качество лечения, и обоснованность оценки трудоспособности, и трудоустройство. В связи с этим ДЧБ нуждаются в углубленном комплексном обследовании, направлении к смежным специалистам, в консультативные центры, в стационар. Затем ДЧБ должно проводиться активное лечение и медицинская реабилитация (амбулаторное, стационарное, санаторно-курортное, в санатории-профилактории, при показаниях – оперативное).

Следующий этап – рациональное трудоустройство, которое закрепляет результаты активного лечения, тогда как продолжение противопоказанной работы способствует возобновлению заболевания.

Необходима также правильная оценка трудоспособности указанных больных. В лечебных учреждениях врачи нередко допускают ошибки в оценке трудоспособности больных из групп ДЧБ.

Особенно много ошибок наблюдается у больных с функциональными наслоениями на фоне невыраженных органических заболеваний. Такие больные склонны к преувеличению жалоб, при этом врачи лечебных учреждений переоценивают значение органического фона, не учитывают невротический характер жалоб и определяют длительную (свыше 4 месяцев) или частую ВН.

ЭКСПЕРТИЗА ИНВАЛИДНОСТИ

На современном этапе определение инвалидности проводится на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функции отдельных органов и систем и приводящих к нуждаемости в социальной помощи и защите, т.е. к социальной недостаточности. Этот подход базируется на концепции последствий болезни на 3-х взаимосвязанных уровнях – органном (морфофункциональные нарушения отдельных органов), организменном (ограничение жизнедеятельности – основных способностей инвалида, реализуемых в рамках интегративной деятельности целостного организма) и социальном (социальная недостаточность), представленной в Международной классификации нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности.

Принципиально новым подходом к экспертизе инвалидности является ее определение за нарушение любой из способностей, составляющих основу жизнедеятельности. При этом способность к труду может быть сохранена полностью или нарушена в меньшей степени, чем другие способности. В этих случаях открывается возможность трудовой деятельности инвалидов, вплоть до выполнения им труда без ограничений, несмотря на наличие инвалидности, иногда тяжелой. Поэтому сегодня правильнее вести речь об экспертизе инвалидности как о более широком понятии, чем экспертиза трудоспособности. И, тем не менее, эти два понятия очень тесно переплетаются, способность к труду рассматривается как одна из основных способностей человека, обеспечивающая его полноценную жизнедеятельность. Поэтому в данной главе переплетаются вопросы как экспертизы инвалидности в целом, так и экспертизы стойкой нетрудоспособности, которая также приводит к инвалидизации человека.

11.1. Основные цели направления больных на МРЭК

Направление на МРЭК проводится для определения в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма.

Основными целями направления больных на МРЭК являются:

- 1) определение структуры и степени ограничения жизнедеятельности освидетельствуемых лиц и их реабилитационного потенциала;
- 2) установление группы и причины инвалидности, сроков и времени наступления;
- 3) переосвидетельствование инвалидов;
- 4) контрольное освидетельствование длительно болеющих лиц;
- 5) определение степени утраты профессиональной трудоспособности лиц, пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний;
- 6) определение потребности инвалидов в мерах социальной защиты, в том числе в мерах медицинской, профессиональной и социальной реабилитации и разработку на основе этого индивидуальных программ их реабилитации;
- 7) определение показаний к получению специальных транспортных средств;
- 8) установление показаний к обучению, трудоустройству инвалидов в учреждениях социального обеспечения;
- 9) определение показаний к направлению в дома инвалидов;
- 10) установление причины смерти инвалида, когда законодательством Республики Беларусь предусматривается предоставление льгот семье умершего.

11.2. Показания к направлению на МРЭК и его порядок

Направлению на МРЭК подлежат граждане в тех случаях, когда законодательство Республики Беларусь связывает с установлением инвалидности предоставление им прав на социальную помощь либо освобождения от выполнения соответствующих обязанностей, и в других случаях, предусмотренных действующим законодательством Республики Беларусь.

Показания основания для направления больного на МРЭК следующие:

1. Наличие признаков инвалидности.

Вопрос о наличии признаков инвалидности решается ВКК лечебно-профилактического учреждения, а при ее отсутствии – лечащим врачом совместно с главным врачом. Больных направляют на МРЭК для определения инвалидности, если у них имеются признаки инвалидности, а при отсутствии их на заседании ВКК выносится решение о том, что больной направлению на МРЭК не подлежит.

2. Наличие у больного утраты профессиональной трудоспособности, которая не является основанием для определения группы инвалидности, но возникла вследствие несчастного случая, связанного с производством или профессиональным заболеванием. МРЭК определяет размер возмещения предприятиями, учреждениями и организациями причиненного ущерба, а также других льгот по возмещению ущерба.

Направляют больных на МРЭК в соответствии с этим показанием по просьбе больного и только при наличии у него необходимых документов.

3. Очередное переосвидетельствование в связи с окончанием срока инвалидности. Датой окончания срока инвалидности считается 1-е число месяца, следующего за тем, в котором определялась инвалидность (например, фактическая дата установления инвалидности 10 апреля 2003 г., а дата окончания срока инвалидности – 1 мая 2004 г.).

Инвалидность I группы устанавливается на два года, II и III группы – на один год. У инвалидов в связи с катастрофой на Чернобыльской АЭС очередное переосвидетельствование производится через пять лет. У инвалидов в связи с участием в боевых действиях в Афганистане и на территории других государств при первичном освидетельствовании инвалидность устанавливается на пять лет, а при переосвидетельствовании – на общих основаниях.

Этих лиц направляют на МРЭК для переосвидетельствования во всех случаях окончания срока инвалидности, даже тогда, когда, по мнению врачей лечебно-профилактических учреждений, отсутствуют основания для продления группы инвалидности. Официальное снятие с этих лиц группы инвалидности имеет значение для последующей оплаты листков нетрудоспособности.

4. Необходимость направления на МРЭК инвалидов досрочно – до наступления срока очередного переосвидетельствования. Это касается инвалидов, у которых появились признаки для изменения группы инвалидности в связи с изменением состояния здоровья и степени ограничения жизнедеятельности или для изменения трудовой рекомендации МРЭК, а также при вскрытии в процессе предварительного расследования фактов противоположенных действий (подложные документы, другое).

Направление на МРЭК мужчин старше 60 лет, а женщин старше 55 лет и других лиц, которым установлена бессрочная группа инвалидности, может осуществляться только при их согласии на переосвидетельствование, кроме случаев, когда указанных работающих инвалидов направляют на МРЭК, как длительно болеющих.

5. Продление ЛН либо определение инвалидности у больных с длительной временной нетрудоспособностью. Длительная ВН – это 120 календарных дней подряд по одному или разным заболеваниям (травмам) либо 150 календарных дней с перерывом за последние 12 месяцев при повторных случаях временной нетрудоспособности вследствие одного либо родственных заболеваний, включая санаторный этап медицинской реабилитации и протезирование в условиях стационара, а при заболевании туберкулезом – 180 календарных дней подряд или не более 240 календарных дней с перерывами за последние 12 месяцев, включая санаторно-курортное лечение в противотуберкулезном санатории. Сверх этих сроков врачи лечебно-профилактических учреждений не имеют права продлевать ЛН ни на один день без заключения МРЭК («решение о долечивании»), поэтому они должны постоянно контролировать сроки ВН у наблюдаемых ими больных и точно знать. Сколько дней длится данный случай временной нетрудоспособности и по поводу, каких заболеваний было у больного в общей сложности за последние 12 месяцев, независимо от того, в одном или различных лечебно-профилактических учреждениях выдавались ЛН (справки о ВН).

При каждом осмотре такого больного заведующим отделением, заместителем главного врача по МСЭ и Р, главным врачом обязательно уточняют длительность предшествующей временной нетрудоспособности.

При выполнении признаков инвалидности длительно болеющих лиц должно направляться на МРЭК и ранее этих сроков.

6. Необходимость изменения причины инвалидности на более льготную

Больных направляют на МРЭК в этих случаях, как правило, досрочно с предоставлением необходимых документов для изменения причины инвалидности (например, акта о несчастном

случае по форме «Н-Л» или заключения о выявлении профессионального заболевания у больных, у которых до этого была инвалидность установлена по причине общего заболевания, а при соединившиеся последствия травмы или профессионального заболевания дают также основания для установления инвалидности по этому поводу и т.д.).

7. Наличие показателей для обеспечения инвалида спецавтотранспортом.

При наличии показаний к направлению больного на МРЭК лечебно-профилактические учреждения оформляют посылкой лист - Направление на МРЭК (форма № 088/у, прил. 26).

Направление на МРЭК заполняют во всех случаях первичного и повторного направления на освидетельствование на МРЭК.

Направление на МРЭК заполняется лечащим врачом и заведующим соответствующим отделением и утверждается ВКК, а при отсутствии ВКК – главным врачом лечебно-профилактического учреждения.

При заполнении Направления на МРЭК врачи должны тщательно заполнять все формы.

В направлении на МРЭК приводятся следующие данные:

- пункт 1 – фамилия, имя, отчество больного (полностью);
- пункт 2 – дата рождения (год, месяц и число рождения, а не количество лет);
- пункт 3 – адрес больного (полный адрес места жительства);
- пункт 4 – при повторном освидетельствовании указывается группа инвалидности;
- пункт 5 – место работы и адрес (приводится наименование предприятия, учреждения, совхоза, колхоза и т.д., а также цеха, отдела и т.д.);
- пункт 6 – основная профессия;
- пункт 7 – должность, занимаемая в настоящее время (в период направления на МРЭК);
- пункт 8 – характер и условия труда;
- пункт 9 – изменение профессии или условий работы за последний год, трудовая установлена. В этом пункте перечисляются все изменения профессии больного, которые произошли за последний год, а также условий, в которых он работал (влажность, температура и освещение в рабочем помещении, шум, пыль, сотрясение, воздействие токсических или раздражающих веществ, степень физического и нервно-психического напряжения, рабочая поза, характер и продолжительность работы, дополнительные нагрузки и т.п.). Способствовали ли данные условия снижению трудоспособности больного. Переводился ли больной по заключению ВКК в облегченные условия труда за истекший год.

При первичном направлении на МРЭК следует указывать не только изменения профессии за истекший год, но и трудовой деятельности. Поскольку в бланке в этом пункте всего одна строка при необходимости к форме № 088/у прилагается дополнительный материал.

- пункт 10 – с какого времени больной находится под наблюдением данного лечебно-профилактического учреждения;
- пункт 11 – история настоящего заболевания, приведенные лечебно-профилактические и реабилитационные мероприятия.

Лечащий врач при первичном направлении на МРЭК в этом пункте должен в краткой, сжатой форме описать анализ (основные жалобы больного и документальное подтверждение сведений о течении заболевания, приведшего к ограничению жизнедеятельности, в том числе начальные симптомы заболевания, время их появления, обострения, проведение амбулаторного и стационарного лечения, реабилитационных мероприятий и их эффективность), обосновать причину направления на МРЭК.

Следует помнить о том, что врачи-эксперты при освидетельствовании первично направленных больных должны учитывать полученную информацию и экспертное решение в значительной степени будет зависеть от имеющихся в форме № 088/у сведений. Лечащий врач имеет возможность длительно наблюдать за течением заболевания, он располагает различными данными о состоянии больного, его задача – максимально облегчить работу МРЭК.

При повторном (очередном) направлении на МРЭК отображается динамика заболевания за период со дня предыдущего освидетельствования.

- пункт 12 – рекомендуемые мероприятия медицинской реабилитации и др. меры по восстановлению жизнедеятельности (для включения их в ИПР инвалида);

- пункт 13 – количество дней, пропущенных на работе по болезни за последние 12 месяцев. Указывается конкретно, с какого по какое число и месяц находился на ЛН и по какому заболеванию. Если ЛН выдавался для проведения санаторно-курортного лечения, об этом указывается особо;

- пункт 14- данные всестороннего объективного исследования больного, в которые включаются обстоятельные записи врачей основных специальностей – терапевта, хирурга, невропатолога, а при необходимости – других специалистов (окулиста, отоларинголога, психиатра, уролога, гинеколога, эндокринолога и др.).

При описании объективного статуса лечащий врач вначале представляет данные о функциональном состоянии наиболее пораженных органов и систем, а затем последовательно характеризует функциональное состояние других органов и систем больного.

- пункт 15 – результаты рентгенологического исследования (рентгеноскопии или графии органов грудной клетки и при необходимости – желудочно-кишечного тракта, трубчатых костей, черепа и др.). При необходимости рентгенограммы прикладываются к форме № 088/у;

- пункт – 16 – данные лабораторных исследований (общего анализа крови и мочи, а в нужных случаях – анализ мочи, желудочного содержимого, кала и др., в зависимости от характера заболевания);

- пункт 17 – основной диагноз, диагнозы сопутствующих заболеваний и имеющихся у больного осложнений.

Основным заболеванием (анатомическим дефектом) считать то, которое обусловило наибольшую степень ограничения жизнедеятельности, а при равноценности заболеваний в смысле инвалидизации основным считать заболевание с более тяжелым клиническим течением и худшим прогнозом. Перечисляются все сопутствующие заболевания и осложнения, независимо от степени их выраженности.

Диагноз при направлении на МРЭК должен быть сформулирован в соответствии с «Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем» 10 пересмотра (МКБ-10). Полный клинический диагноз должен содержать в себе определение нозологической формы, характера и степени функциональных нарушений, стадии болезни, течения с указанием частоты, длительности и тяжести обострений.

Нарушения функций и ограничения жизнедеятельности подлежат количественной оценке. В целях ее унификации в оценке разных параметров определяется «функциональный класс» (ФК), ранжированный по 5-балльной шкале (от 0 до 4), принятой за 100% интервал между баллами составляет 25%: ФК-0 – характеризует нормальное состояние параметра; ФК-1 – легкое нарушение функции или критерия жизнедеятельности (от 1 до 25%); ФК-2 – умеренное нарушение (от 26 до 50%); ФК-3 – значительное нарушение (от 51 до 75%); ФК-4 – резкое нарушение вплоть до полной утраты функции или способности (от 76 до 100%).

При количественной оценке степени нарушения функции (ее ФК) учитывается эффект компенсации с помощью медикаментозных или технических средств, улучшающих функцию.

Состояние жизнедеятельности оценивается по каждому ее критерию в отдельности, так как в ранней стадии болезни может нарушаться только одна способность, которая приводит к социальной недостаточности и необходимости определения инвалидности.

Между ФК нарушения и ограничения жизнедеятельности не всегда проявляются прямо пропорциональные отношения, что требует отдельной оценки каждого параметра: выраженность социальных последствий болезни (травмы, дефекты) прямо вытекает из степени ограничения жизнедеятельности.

- пункт 18 – основание (причина) для направления больного на МРЭК, окончание срока инвалидности, переосвидетельствование, досрочное переосвидетельствование, необходимость продления листка нетрудоспособности и др.), следует указывать на предлагаемую группу инвалидности, а тяжесть ограничения жизнедеятельности больного.

Направление на МРЭК подписывают председатель и члены ВКК, ставят дату принятия решения на ВКК о направлении во МРЭК и печать лечебно-профилактического учреждения. Решение о направлении больного на МРЭК регистрируется в медицинской карте амбулаторного или стационарного больного и в журнале для записи заключений ВКК (форма № 035/у).

Если больной находится на стационарном обследовании или лечении или ему проводилось амбулаторное обследование в специализированных учреждениях, диспансерах в поликлинических отделениях научно-исследовательских клинических институтов, то к направлению на МРЭК прилагаются заверенные в лечебно-профилактических учреждениях копии подробных выписок из

медицинских карт и заключений и т.д. Подлинники выписок из медицинских карт, заключений должны оставаться в медицинской карте амбулаторного больного.

При необходимости МРЭК может затребовать в лечебно-профилактических учреждениях медицинское карты освидетельствуемых лиц.

Кроме формы № 088/у для направления больного на МРЭК требуется правильно оформленный листок нетрудоспособности (см. раздел «Оформление ЛН при направлении на МРЭК»).

При очередном переосвидетельствовании инвалида к направлению на МРЭК лечебно-профилактическое учреждение прилагает программу медицинской реабилитации инвалида с отметкой о ее выполнении, оценкой эффективности или указанием причин невыполнения.

Об исполнении программы социально-бытовой и/или профессиональной реабилитации МРЭК уведомляет посредством отрывного талона, содержащегося в соответствующих разделах ИПР, отправляемого после завершения мер реабилитации с отметкой об их выполнении или указанием причин невыполнения.

Направляют больных на МРЭК лечебно-профилактические учреждения по месту жительства больного или по месту прикрепления его к лечебно-профилактическому учреждению.

Если больной по состоянию здоровья не может явиться лично на МРЭК, о чем принимает решение ВКК, его освидетельствуют на дому или в стационаре, где он находится на лечении. Заключение ВКК в этом случае вместе с необходимыми документами для проведения экспертизы передается во МРЭК.

В исключительных случаях МРЭК может выносить заочное решение об ограничении жизнедеятельности больных с их согласия на основании подробных выписок из медицинских карт больных и других необходимых для экспертизы документов. Это положение распространяется на больных, которые находятся на длительном стационарном лечении за пределами Республики Беларусь.

11.3. Критерии определения групп инвалидности

Основанием для определения инвалидности является сочетание уровней взаимосвязанных последствий болезни:

- нарушения функций, вызванных болезнью, травмой или дефектом, которое приобретает стойкий характер, несмотря на проведенные лечения и реабилитацию;
- ограничение одной или нескольких категорий жизнедеятельности, вызванного нарушением функций;
- социальной недостаточностью, обусловленной ограничением жизнедеятельности, которая приводит к нуждаемости в социальной помощи и защите.

Наличие у больного последствий болезни только одного уровня не является условием, достаточным для признания его инвалидом.

11.3.1. Полиморбидность и синдром взаимного отягощения – как фактор риска инвалидности

В структуре инвалидности населения хронические заболевания доминируют, составляя около 70%. Их течение в последние годы характеризуется полиморбидностью и взаимоотягощением функционирования выявленных в патологический процесс органов и систем.

Под термином **полиморбидность** мы понимаем наличие у пациента одновременно трех и более прогрессирующих заболеваний нередко конкурируемых между собой, имеющих различную этиологию или поражающих несколько систем организма, и приводящих к психосоциальной дезадаптации индивидуума.

В основе полиморбидности лежит хроническое стрессовое состояние, вызванное воздействием психологических и соматических стрессоров и приводящее к комбинированному поражению основных систем жизнеобеспечения организма человека:

- психики, определяющей информационно-энергетический уровень организма;
- нейроэндокринной, регулирующей трофику тканей и определяющей функциональную активность всех органов и систем организма;
- иммунной, контролирующей регенерацию и генетическое постоянство организма.

Полиморбидность имеет свои клинические особенности. Это раннее развитие множественной соматической патологии морфофункциональных систем организма инволюционного плана, вовлеченность и болезненное изменение психических сферы, развитие возрастно-социального диссонанса, низкая эффективность стандартных терапевтических (нозологических) мероприятий.

Понятие «синдром взаимного отягощения» предложено В.К. Милькамановичем в 1989 г. в связи с определенными трудностями, которые возникают у эксперта-реабилитолога при медико-социальной экспертизе больных и инвалидов с сочетанной патологией, при которой поражаются взаимосвязанные, а порой и взаимокомпенсирующиеся системы организма, что снижает компенсаторные возможности каждой из них.

Это понятие основано на усугублении того или иного ограничения жизнедеятельности, в рамках которого наблюдается взаимное отягощение функциональных нарушений двух и более систем: висцеральной, нервной, эндокринной, костно-мышечной, сердечно-сосудистой, зрительной, психической деятельности и др.

Синдром взаимного отягощения представляет собой сложную патофизиологическую реакцию организма больного или инвалида направленную на компенсирование, а наоборот – усугубление функционирования пораженного органа или системы при воздействии на них неблагоприятных внутренних факторов (полиморбидность, сочетанное нарушение функции жизненно важных органов и систем).

Следует учитывать, что у больных и инвалидов с синдромом взаимного отягощения отмечается более выраженное ограничение жизнедеятельности, а восстановление пораженных органов и систем протекает медленнее, чем у лиц с «изолированными» формами хронического заболевания «сочетанных» функциональных нарушений.

11.3.2. Определение I группы инвалидности

Основание для определения I группы инвалидности является зависимость от постоянной нерегулируемой помощи других лиц вследствие резко выраженного ограничения жизнедеятельности, обусловленного заболеваниями, последствиями травм, тяжелыми комбинированными анатомическими дефектами и приводящего к социальной недостаточности.

К резко выраженным ограничениям жизнедеятельности (ФК-4) относятся:

1) резкое нарушение самообслуживания – невозможность без помощи других лиц осуществлять одну или несколько насущных потребностей: (личная гигиена, одевание, прием пищи, осуществление физиологических отправок), нуждаемость в удовлетворении которых возникает через короткие интервалы и является нерегулируемой;

2) полная утрата способности к передвижению или резкое его ограничение – возможность передвижения только в пределах жилья или при помощи других лиц;

3) резкое ограничение ориентации – полная неспособность или резкое нарушение способности различать и идентифицировать близко расположенных людей и объекты, что создает нуждаемость в помощи лиц во всех видах повседневной деятельности; возможность компенсации зрительных нарушений только за счет других систем ориентации;

4) резкое нарушение контроля своего поведения – невозможность или резкое нарушение осознания собственной личности, окружающих предметов, людей, отсутствие безопасности, что создает необходимость постоянного надзора и помощи других лиц и приводит к нарушению практически всех сторон жизнедеятельности; так же оцениваются очень часто повторяющиеся пароксизмы полного нарушения сознания (сумеречные расстройства сознания, ежедневные повторные генерализованные тонико-клонические припадки и другие);

5) резкое нарушение общения – невозможность общения или резкое нарушение контактов даже с ближайшими родственниками на бытовом уровне, затрудняющее адекватную помощь других лиц.

Резко выраженные ограничения жизнедеятельности возникают:

1. при патологии висцеральной, нервной, эндокринной, костно-мышечной, зрительной, сосудистой систем, когда нарушение функции любой из них достигает резкой степени выраженности (ФК-4);

2. при значительно выраженных нарушениях функций (ФК-3) двух и более указанных систем, создающих синдром взаимного отягощения и приводящих к резкому ограничению жизнедеятельности в рамках одной ее категории;

3. при резко выраженных психических расстройствах.

Первая группа инвалидности определяется также при заболеваниях с абсолютно неблагоприятным в отношении жизни прогнозом на ближайшее время вне зависимости от степени ограничения жизнедеятельности на момент освидетельствования в МРЭК.

11.3.3. Определение II группы инвалидности

Основанием для определения II группы инвалидности является значительно выраженное ограничение жизнедеятельности, обусловленное заболеваниями, последствиями травм, комбинированными анатомическими дефектами и приводящее к социальной недостаточности.

К значительно выраженным ограничениям жизнедеятельности (ФК-3) относятся:

1) значительное ограничение самообслуживания – постоянная нуждаемость в помощи других лиц в осуществлении ряда регулируемых потребностей, необходимых в удовлетворении которых возникает три и более раз в неделю, но не чаще одного раза в день (обеспечение продуктами, уборка, стирка, приготовление пищи, отопление помещения и другое);

2) значительное ограничение передвижения – возможность передвижения только в пределах ближайшей к жилью территории или с помощью сложных вспомогательных средств, резкое затруднение использования транспорта без помощи других лиц;

3) значительное ограничение ориентации – значительное затруднение способности распознавать людей и объекты на небольшом отдалении, при наличии помех ориентации (низкая освещенность, мелькание и другое), в малознакомой обстановке; необходимость использования вспомогательных средств в учебе или на производстве; невосприятие звуков и устной речи при невозможности компенсации дефекта слуха адекватными способами (глухонмота в сочетании с безграмотностью);

4) значительное нарушение контроля поведения – сохранение возможности осознавать себя и ближайших родственников, осуществлять личный уход и элементарное самообслуживание при неполном определении местонахождения и времени, затруднении справляться с ситуацией вне дома, идентифицировать людей и объекты в незнакомой обстановке, должным образом соблюдать личную безопасность; сюда же относятся и часто повторяющиеся пароксизмы кратковременного нарушения сознания или ориентации;

5) значительное нарушение общения – «обедненное» общение – возможность общения только со знакомыми людьми и на бытовом уровне, распад других устоявшихся контактов и невозможность установления новых связей;

6) невозможность профессионального обучения (переобучения) или возможность обучения только по специальным программам в специальных учебных заведениях, в группах для инвалидов, индивидуально на дому, потребность в специальных средствах, программах и методах обучения и/или в помощи других лиц в этом процессе (кроме глухих);

7) полная утрата трудоспособности к профессиональному труду или возможность его выполнения только в специально созданных условиях: специально организованных предприятиях (цехах, участках) для инвалидов; специально организованных рабочих местах – на дому и на предприятиях общего типа при условии их оснащения специально сконструированным оборудованием, приспособлениями, исключения нормирования труда.

Значительно выраженные ограничения жизнедеятельности возникают:

1. при патологии висцеральной, нервной, эндокринной, сосудистой, костно-мышечной, зрительной систем, когда нарушения их функций достигают значительно выраженной степени (ФК-3);

2. при сочетании умеренных нарушений функций (ФК-2) двух и более систем, создающих синдром взаимного отягощения в рамках одной категории жизнедеятельности и приводящих к значительному ее ограничению;

3. при выраженных психических расстройствах.

Вторая группа инвалидности определяется также вне зависимости от выраженности ограничений жизнедеятельности при сомнительном (несмотря на проведенные лечение и реабилитацию) трудовом прогнозе и противопоказаниях к труду в связи с вероятным ухудшением состояния здоровья.

11.3.4. Определение III группы инвалидности

Основанием для определения III группы инвалидности является умеренное ограничение жизнедеятельности, обусловленное заболеваниями, последствиями травм и выраженными анатомическими дефектами и приводящее к социальной недостаточности.

К умеренным ограничениям жизнедеятельности (ФК-2) относятся:

1) умеренное ограничение самообслуживания – нуждаемость в регулярной (четыре и более раз в месяц) помощи других лиц в осуществлении некоторых потребностей при самостоятельной реализации других повседневных потребностей;

2) умеренное ограничение передвижения – передвижение ограничено районом проживания и характеризуется медленным темпом ходьбы, явными изменениями походки, необходимостью использования вспомогательных средств при ходьбе вне дома, неполной медикаментозной коррекцией деятельности систем, обеспечивающих передвижение; использование общественного транспорта затруднено, но возможно без помощи других лиц;

3) умеренное ограничение ориентации – частичное нарушение распознавания окружающих предметов, обусловленное умеренным нарушением восприятия зрительных образов или резким нарушением восприятия слуховых сигналов, создающими необходимость использования сурдосредств или помощи сурдопереводчика;

4) умеренное нарушение контроля поведения – сохранение способности осознавать себя, людей, предметы и ситуации в привычной обстановке при затруднении интерпретации взаимоотношений между объектами в незнакомой обстановке и выработке адекватной реакции на необычную ситуацию, что позволяет больному самостоятельно выполнять традиционную повседневную деятельность, некоторые виды освоенного профессионального труда в обычных производственных условиях и проходить элементарное обучение; сюда же относятся пароксизмы расстройства сознания средней частоты;

5) умеренное ограничение общения – «пониженное общение», затруднение в установлении новых контактов при сохранении устоявшихся, общее с использованием невербальных способов и помощи сурдопереводчика;

6) умеренное ограничение обучения – возможности обучаться в обычных учебных заведениях по общим программам и режиму, но в специальных классах, группах, оснащенных техническими средствами, необходимым для определенной категории инвалидов, или обучения при участии других лиц, кроме преподавателей;

7) умеренное ограничение способности к профессиональной деятельности – необходимость по состоянию здоровья значительного изменения профессионального труда, выполняемого в обычных производственных условиях;

снижение квалификации на 2-3 и более разряда (свыше 25%) в связи с невозможностью продолжать работу в своей профессии или в другой, равной ей по квалификации (квалификационные разряды и соответствующие им проценты оцениваются в соответствии с единой тарификационной сеткой работников Республики Беларусь);

ограничение объема профессиональной деятельности в своей профессии в связи со снижением на 4 и более разряда (свыше 25%) категории должности специалиста или уровня управления руководителя;

ограничение продолжительности рабочего времени (возможность работать только неполный рабочий день);

возможность выполнять только отдельные закрепленные виды работ из перечня должностных обязанностей;

необходимость оснащения рабочего места вспомогательными приспособлениями и другими техническими средствами.

Умеренные ограничения жизнедеятельности возникают:

при патологии висцеральной, нервной, эндокринной, костно-мышечной, сердечно-сосудистой, зрительной систем, психической деятельности. Когда нарушение функции любой из них достигает умеренной степени (ФК-2) или при легком нарушении функции (ФК-1) нескольких из указанных систем, создающих синдром взаимного отягощения в рамках одной категории жизнедеятельности и приводящих к умеренному ее ограничению, при легком нарушении профессионально значимой функции (ФК-1), ведущем к невозможности продолжения труда без снижения его квалификации, а также при резко выраженном нарушении слуха (тугоухость III-IV ст.).

11.4. Показания (основания) для установления инвалидности без указания срока переосвидетельствования

Медицинскими показаниями для установления инвалидности без указания срока переосвидетельствования являются:

1) стойкие необратимые морфологические изменения и нарушения функций органов и систем организма, невозможность улучшения течения заболевания и социальной адаптации по причине неэффективности проведенных реабилитационных мероприятий (после трех лет наблюдения МРЭК);

2) анатомические дефекты, перечисленных в Инструкции по определению группы инвалидности;

2.1. Анатомические дефекты, при наличии которых устанавливается I группа инвалидности;

культи обеих нижних конечностей на уровне бедер;

культи обеих кистей с отсутствием всех фаланг четырех пальцев, включая первые или более высокие уровни ампутации обеих верхних конечностей:

двусторонний анофтальм.

2.2. Анатомические дефекты, при наличии которых устанавливается II группа инвалидности:

культи обеих кистей на уровне:

отсутствие всех фаланг четырех пальцев, исключая первые;

отсутствие всех фаланг трех пальцев, включая первые;

отсутствие первого и второго пальцев с соответствующими пястными костями;

отсутствие трех пальцев с соответствующими пястными костями;

указанные выше культы кисти одной верхней конечности при ампутации другой верхней конечности на более высоком уровне.

Культы обеих нижних конечностей на уровне:

культы стоп по Шопару;

культы голеней, в том числе и по Пирогову.

Культя голени и более высокие ампутации одной нижней конечности в сочетании с отсутствием всех фаланг четырех пальцев или более высокой ампутацией одной верхней конечности.

Экзартикуляция бедра.

Экзартикуляция верхней конечности в плечевом суставе.

Культя одной верхней конечности и отсутствие глаза.

Культя одной нижней конечности и отсутствие глаза.

2.3. Анатомические дефекты, при наличии которых устанавливается III группа инвалидности:

отсутствие всех фаланг четырех пальцев одной кисти, исключая первый;

отсутствие всех фаланг трех пальцев кисти, включая первый;

отсутствие первого и второго пальцев кисти с соответствующими пястными костями;

отсутствие трех пальцев кисти с соответствующими пястными костями;

отсутствие первых пальцев обеих кистей;

более высокие ампутации одной верхней конечности;

культя стопы после ампутации по Шопару и более высокие уровни ампутации одной нижней конечности;

двусторонние культы стоп по Шарпу;

укорочение одной нижней конечности на 10 см и более;

дефекты челюсти и твердого неба, если протезирование не обеспечивает жевания;

гипофизарный нанизм, остеохондропатия, остеохондродистрофия с низкорослостью, другие формы низкорослости (рост менее 150 см);

постоянное канюленосительство вследствие отсутствия гортани;

обширный костный дефект черепа (12 квадратных сантиметров и более);

отсутствие одного глаза;

отсутствие одного легкого;

экстирпация желудка;

тотальная тиреоидэктомия по поводу рака.

Если установленная бессрочно по анатомическому дефекту группа инвалидности повышается в связи с изменением (ухудшением) состояния здоровья и степени ограничения жизнедеятельности (например, в связи с присоединившимся заболеванием), переосвидетельствование назначается на срок в соответствии с установленной группой.

Социальным показанием, согласно которому группа инвалидности устанавливается бессрочно является возраст - у женщин 55 лет и старше, у мужчин – 60 лет и старше.

11.5. Причины инвалидности

Одним из условий реализации социальной защиты инвалида является причина инвалидности, от которой зависит размер пенсии, льготы и другие меры социальной помощи.

Под причиной инвалидности подразумевается связь с теми или иными социальными факторами, которую устанавливают на МРЭК одновременно с группой инвалидности.

Устанавливаются следующие причины инвалидности:

1. общее заболевание;
2. профессиональное заболевание;
3. трудовое увечье;
4. инвалидность с детства;
5. инвалидность с детства, вследствие ранения, контузии или увечья, связанных с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны (либо с последствиями военных действий);
6. инвалидность с детства, связанная с катастрофой на Чернобыльской АЭС;
7. военная травма;
8. заболевание получено при исполнении обязанности военной службы в связи с катастрофой на Чернобыльской АЭС (при аварийных ситуациях на других атомных объектах, при испытаниях ядерного оружия);
9. заболевание получено в период военной службы;
10. заболевание (увечье), вызванное катастрофой на Чернобыльской АЭС.

Законодательством Республики Беларусь могут быть установлены и другие причины инвалидности.

Причину инвалидности устанавливают на основании представленных освидетельствуемым соответствующих документов об обстоятельствах возникшей инвалидности.

11.5.1. Причина инвалидности «Общее заболевание»

При отсутствии документов о профессиональном заболевании, трудовом увечье, заболевании, связанном с военной службой, с радиационными воздействиями, о наступлении инвалидности в детстве и др., МРЭК устанавливает причину инвалидности «общее заболевание».

Установление данной причины означает, что не имеется оснований для иных причин.

Если инвалид претендует на другую причину инвалидности, то на МРЭК установив причину «общее заболевание» дают разъяснение инвалиду и в случае возможности установления иной причины инвалидности оказывают ему содействие в поиске необходимых документов.

Поводом для изменения причины инвалидности «общее заболевание» на другую может быть:

- 1) появление медицинских или юридических документов, позволяющих изменить причину инвалидности «общее заболевание» на одну из других причин (акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1; заключение центра профессиональной патологии; военно-медицинские документы и другие);
- 2) при присоединении второго заболевания (травмы), дающего право для определения инвалидности и имеющего другую причину, а иногда и разную тяжесть, группа инвалидности определяется по более тяжелому заболеванию, а причина инвалидности - более льготная (либо по желанию инвалида).

11.5.2. Причина инвалидности «Профессиональное заболевание»

Причину инвалидности «профессиональное заболевание» устанавливают лицам, у которых заболевание, приведшее к инвалидности, признается профессиональным. Вопрос о профессиональном заболевании (остром или хроническом) может стоять лишь тогда, когда имелось воздействие вредного фактора, свойственного данной профессии или производству.

К хроническим профессиональным заболеваниям должны быть отнесены ближайшие и отдаленные последствия профессиональных заболеваний (например, стойкие органические изменения центральной нервной системы после интоксикации окисью углерода).

Необходимо учитывать возможность развития профессиональных заболеваний через длительный срок после прекращения работы в контакте с вредным, опасным веществом и производственным фактором (поздние силикозы, бериллиоз, папиллома мочевого пузыря, другое). К профессиональным следует отнести также болезни, в развитии которых профессиональное заболевание является фоном или фактором риска (например: рак легких, развившийся на фоне силикоза, асбестоза, пылевого бронхита).

При наличии оснований, определяемых МРЭК, устанавливается соответствующая группа инвалидности, определяется степень утраты профессиональной трудоспособности и нуждаемость в дополнительных видах помощи.

При определении причинной связи заболевания с профессиональными вредностями МРЭК руководствуется заключением центра профессиональной патологии, актом о профессиональном заболевании формы ПЗ-1; Списком профессиональных заболеваний и Инструкцией по применению списка профессиональных заболеваний, утвержденными постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Министерством социальной защиты Республики Беларусь от 29 мая 2001 г. № 40/6 (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2001 г., № 62, 8/6240).

Если у инвалида вследствие профессионального заболевания возникает новое заболевание общего характера, что приводит к повышению группы инвалидности, причина инвалидности остается прежней.

11.5.3. Причина инвалидности «Трудовое увечье»

Причина инвалидности «трудовое увечье» устанавливается, если инвалидность, наступившая вследствие причинения вреда жизни и здоровью работника увечьем либо иным повреждением здоровья, связана с исполнением им своих трудовых обязанностей.

Инвалидность считается наступившей вследствие трудового увечья, если несчастный случай, вызвавший инвалидность, произошел (кроме случаев противоправного деяния):

при выполнении трудовых обязанностей (в том числе во время командировки), а также при совершении каких-либо действий в интересах организации, хотя бы и без специального поручения;

по пути на работу или с работы (акт о несчастном случае не составляется);

на территории организации или в ином месте работы в течение рабочего времени (включая и установленные перерывы), необходимого для приведения в порядок орудия производства, одежды и другого перед началом или по окончании работы;

вблизи организации или иного места работы в течение рабочего времени (включая и установленные перерывы), если нахождение там не противоречило правилам внутреннего трудового распорядка (акт о несчастном случае не составляется);

при выполнении государственных обязанностей, заданий органов государственной власти и управления, а также общественных организаций (объединений), зарегистрированных в установленном порядке, хотя бы эти задания и не были связаны с основной работой (акт о несчастном случае не составляется);

при выполнении гражданского долга по спасению человеческой жизни, по охране собственности и правопорядка (акт о несчастном случае не составляется);

при прохождении студентами и учащимися высших и средних специальных учебных заведений, профессионально-технических учебных заведений, школ. В том числе общеобразовательных курсов по подготовке кадров, аспирантами и клиническими ординаторами, производственного обучения или практики, практических занятий.

Если на основании документов соответствующих компетентных органов установлено, что несчастный случай произошел при совершении потерпевшим противоправных деяний, преследуемых в уголовном порядке (хищение, угон транспортных средств и другие), в результате умышленных действий по причинению вреда своему здоровью либо обусловлен исключительно состоянием здоровья потерпевшего, то такой случай оформляется актом о непроизводственном несчастном случае (происшествии) формы НП.

При наступлении инвалидности вследствие несчастного случая на производстве МРЭК устанавливает причину «травматическое увечье» при наличии акта о несчастном случае по форме Н-1 или решения суда.

Как последствия трудового увечья должны рассматриваться и те случаи, когда травма на производстве спровоцировала до того скрыто протекающий патологический процесс или обусловила развитие заболевания в травмированном органе.

Как последствия трудового увечья должно рассматриваться и резкое ухудшение ранее компенсированного заболевания под воздействием производственной травмы. В подобных случаях связь имеющегося патологического состояния, тяжести функциональных нарушений, характера течения заболевания с производственной травмой должна устанавливаться на основе тщательного анализа клинической картины, изучения анамнеза в сопоставлении с характером перенесенной травмы.

Если последствия производственной травмы с течением времени настолько компенсировались, что дало основание для снятия инвалидности, а в дальнейшем опять обострились и привели вновь к инвалидности, причина ее устанавливается прежняя, независимо от длительности перерывов в инвалидности.

В тех случаях, когда последствия производственной травмы не влияют на состояние трудоспособности, а возникло новое заболевание или увечье, причина инвалидности должна быть установлена в зависимости от характера вновь возникшего заболевания или увечья.

МРЭК для установления причины инвалидности «травматическое увечье» при необходимости изучаются: справки учреждений здравоохранения, в которых, должно быть указано время оказания медицинской помощи, данные анамнеза, характер травмы и объем медицинской помощи; протоколы органов милиции о дорожно-транспортном происшествии, об участии пострадавшего в спасении человеческой жизни, охране собственности; справки пожарной охраны; справки органов государственной власти и управления о выполнении пострадавшим государственных обязанностей и заданий; справки с места работы, удостоверяющие время начала и окончания работы пострадавшего, адрес места работы; справки о месте жительства и другие документы.

Вынося решение о причине инвалидности «травматическое увечье», МРЭК должна перечислить документы, на основании которых была установлена эта причина.

Работающим у нанимателя или проходящим практику во время учебы детям до 18 лет, получившим при этом повреждение здоровья, связанное с выполнением трудовых обязанностей (профессиональное заболевание), дающее право для определения инвалидности, МРЭК при их освидетельствовании в заключении указывает «ребенок инвалид в связи с трудовым увечьем» (профессиональным заболеванием). Одновременно определяется степень утраты здоровья и степень утраты профессиональной трудоспособности.

Одновременно с определением группы и причины инвалидности МРЭК устанавливает степень утраты профессиональной трудоспособности, а при отсутствии профессиональной трудоспособности – степень утраты общей трудоспособности в процентах, нуждаемость в дополнительных видах помощи.

Если у инвалида вследствие трудового увечья возникает новое заболевание общего характера, что приводит к повышению группы инвалидности, причина инвалидности остается прежней.

11.5.4. Причина инвалидности «Инвалидность с детства»

МРЭК устанавливают причину «инвалидность с детства» в тех случаях, когда вследствие заболевания (увечья), инвалидность наступила до достижения 18 лет.

Для того чтобы определить причину инвалидности - «инвалидность с детства» лицам старше 18 лет необходимо доказать, что она имела место до достижения 18 лет. Для этого МРЭК исходит из данных, отраженных в документах учреждений здравоохранения (выписках из историй болезни, амбулаторных картах, справках о лечении, произведенных операциях, о санаторно-курортном лечении и других). В исключительных случаях при наличии явного анатомического дефекта у освидетельствуемого могут быть приняты во внимание свидетельские показания врачей, лечивших больного, справки местных исполнительных и распорядительных органов и других учреждений, подтверждающие, с какого времени данным анатомическим дефектом страдает больной. В отдельных случаях МРЭК может решить вопрос об установлении причины инвалидности - «инвалидность с детства» - по характеру самой патологии, свидетельствующей, что ее последствия

развились без сомнений до достижения 18 лет (последствия полиомиелита, врожденная умственная отсталость, врожденные вывихи бедер и другое).

Наличие заболевания, дефекта или деформации с детства не может быть основанием для установления причины «инвалидность с детства», если указанные заболевания (дефекты, деформации) или их последствия не привели к ограничению жизнедеятельности больного, то есть к инвалидности в возрасте до 18 лет.

Лицам, у которых заболевание (дефект, деформация) хотя и возникло в детстве, но функциональные нарушения выявились уже в период трудовой деятельности, причина инвалидности устанавливается в зависимости от обстоятельств (трудовое увечье, профессиональное заболевание, общее заболевание).

Если ухудшение в состоянии здоровья, приведшее к инвалидности, наступило в результате профессионального заболевания, увечья, связанного с работой, или указанные факторы привели к прогрессированию заболевания, имеющегося с детства, то в этих случаях устанавливается соответствующая причина инвалидности (профессиональное заболевание или трудовое увечье).

11.5.5. Причина инвалидности «Инвалидность с детства в связи с катастрофой на ЧАЭС»

Освидетельствуя детей до 18 лет, МРЭК при наличии оснований (медицинских показаний) устанавливает инвалидность и определяет степень утраты здоровья ребенка. При этом группа и причина инвалидности не устанавливаются, а выносится решение - «ребенок-инвалид» и устанавливается степень утраты его здоровья.

При наличии заключения Межведомственного экспертного Совета по установлению причинной связи заболеваний, приведших к инвалидности или смерти у лиц, пострадавших от катастрофы на Чернобыльской АЭС (далее Межведомственный экспертный Совет) о причинной связи заболевания с катастрофой на ЧАЭС, МРЭК выносит заключение «ребенок инвалид в связи с катастрофой на ЧАЭС» и определяет степень утраты здоровья.

За месяц до достижения 18 лет лечебно-профилактические учреждения направляют «ребенка-инвалида» на МРЭК, где ему, при наличии оснований, устанавливается одна из групп инвалидности и ее причина - «инвалидность с детства» («инвалид с детства в связи с катастрофой на ЧАЭС»). При этом решение МРЭК вступает в силу после исполнения ребенку 18 лет.

Продлевая инвалидность при наличии оснований лицам, которым исполнилось 18 лет, МРЭК исходит из заключений Межведомственных экспертных советов о причинной связи заболеваний (увечий) с катастрофой на Чернобыльской АЭС.

11.5.6. Причина инвалидности «Инвалидность с детства, вследствие ранения, контузии или увечья связанных с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны» (либо с последствиями военных действий)

Данную причину инвалидности МРЭК устанавливает в тех случаях, когда инвалидность наступила в возрасте до 18 лет в связи с травмами, ранениями, увечьями, связанными с боевыми действиями во время Великой Отечественной войны (далее – ВОВ) либо с последствиями боевых действий (ранения в связи с взрывом снаряда, мины, оставшихся на полях сражений со времен ВОВ).

При решении вопроса о связи инвалидности с детства с боевыми действиями в период ВОВ (либо с их последствиями), МРЭК должна исходить из документов учреждений здравоохранения: выписки из историй болезни, амбулаторные карты, справки о лечении, произведенных операциях, справки о санаторно-курортном лечении и другие. Кроме этого, учитываются протоколы органов местных исполнительных и распорядительных органов, органов внутренних дел, справки совхозов, колхозов, решение суда, в которых имеются указания о времени получения травм, увечий, ранений, обстоятельствах их получения, характере и локализации.

При отсутствии медицинских и других документов, МРЭК может при наличии явных анатомических дефектов у освидетельствуемого принять во внимание свидетельские показания врачей, лечивших больного, справки местных исполнительных и распорядительных органов, колхозов, совхозов, подтверждающих, что имеющийся анатомический дефект связан с периодом боевых действий во время ВОВ.

Причина «инвалидность с детства, связанная с боевыми действиями в период ВОВ» устанавливается не только по прямым последствиям, но и по различным осложнениям ранений, травм, увечий (остеомиелит, контрактуры суставов и другое), но только в тех случаях, когда они привели к ограничению жизнедеятельности до достижения 18 лет.

11.5.7. Причины инвалидности «Заболевание, увечье, вызванное катастрофой на Чернобыльской АЭС»

МРЭК устанавливают причинную связь инвалидности с катастрофой на Чернобыльской АЭС в соответствии с заключениями Межведомственных экспертных советов и военно-врачебных комиссий (в отношении военнослужащих).

Причинную связь заболевания приведшего к инвалидности либо к смерти кормильца, с катастрофой на Чернобыльской АЭС устанавливают Межведомственные экспертные советы и военно-врачебные комиссии (в отношении военнослужащих).

Причинная связь заболевания приведшего к инвалидности либо к смерти у лиц, принимавших участие в 1986-1987 гг., в работах по ликвидации последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС в приделах зоны эвакуации (отчуждения), а также у эвакуированных из этой зоны и не являющихся кормильцами, признается МРЭК без заключения Межведомственных экспертных советов и устанавливается причина инвалидности в связи с катастрофой на Чернобыльской АЭС («заболевание, увечье, вызванное катастрофой на Чернобыльской АЭС»).

Одновременно с определением группы и причины инвалидности в связи с катастрофой на Чернобыльской АЭС МРЭК устанавливает степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах (лицам с 18-летнего возраста).

Степень утраты профессиональной трудоспособности при наличии оснований также может устанавливаться без определения группы инвалидности лицам, имеющим удостоверение участника ликвидации последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС в 1986-1987 годах с указанием о предоставлении льгот по статье 19 Закона Республики Беларусь «О социальной защите граждан, пострадавших от катастрофы на Чернобыльской АЭС» (Ведамасці Вярхоўнага Савета Беларускай ССР, 1991 г., № 19 (12), ст 38).

Если у инвалида вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС возникает новое заболевание общего характера, что приводит к повышению группы инвалидности, причина инвалидности остается прежней.

11.5.8. Причины инвалидности, связанной с военной службой, со службой в органах внутренних дел, органах и подразделениях по чрезвычайным ситуациям и органах финансовых расследований

Инвалидность связывается с военной службой, если она наступила:

в период прохождения военной службы;

службы в органах внутренних дел, органах и подразделениях по чрезвычайным ситуациям и органах финансовых расследований (далее – военная служба):

не позднее 3-х месяцев со дня увольнения с военной службы;

в любое время после увольнения с военной службы, но вследствие увечья (ранения, травмы, контузии) или заболевания, имевших место в период прохождения военной службы.

При наличии признаков инвалидности разрешается направлять на освидетельствование во МРЭК до увольнения с военной службы военнослужащих, военнообязанных, призванных на военные сборы, лиц, начальствующего и рядового состава органов внутренних дел, органов и подразделений по чрезвычайным ситуациям и органов финансовых расследований (далее – военнослужащие).

Инвалидность, наступившая у гражданина в течение трех месяцев со дня увольнения с военной службы, рассматривается как наступившая в период прохождения военной службы. В связи с длительным лечением, проведением необходимого объема реабилитационных мероприятий, срок с момента увольнения с военной службы до момента освидетельствования в МРЭК может превысить три месяца. Поэтому, время наступления инвалидности должно отсчитываться от даты увольнения с военной службы до дня получения увечья (ранения, травмы, контузии) или развития заболевания. Причина инвалидности устанавливается МРЭК в формулировке «Заболевание получено в период военной службы».

Инвалидность, наступившая у гражданина уволенного с военной службы, вследствие увечья (ранения, травмы, контузии) или заболевания, имевших место в период прохождения временной службы, связывается с военной службой в любое время после увольнения с военной службы.

При определении причинной связи увечий (ранений, травм, контузий), заболеваний у военнослужащих с военной службой МРЭК руководствуются военно-медицинскими документами (справками, свидетельством о болезни, постановлением военно-врачебных комиссий (врачебно-летней комиссии) (далее ВКК (ВЛК), в которых установлена причинная связь увечий (ранений, травм, контузий) или заболеваний с военной службой.

В случае ненадлежащего оформления военно-медицинских документов, сомнений в правомерности установления причинной связи увечий (ранений, травм, контузий), заболеваний МРЭК направляет эти документы на рассмотрение в соответствующую центральную военно-врачебную комиссию (далее - ЦВВК).

ВВК, ВЛК определяют причинную связь увечий (ранений, травм, контузий), заболеваний с военной службой у граждан, проходивших военную службу при наличии военно-медицинских или медицинских документов за период прохождения военной службы. В отдельных случаях ЦВВК может установить причинную связь заболеваний по медицинским документам после увольнения с военной службы, если имеются основания считать их связанными с условиями прохождения военной службы.

Заключения ВВК о причинной связи увечий (ранений, травм, контузий), заболеваний выносятся со следующими формулировками:

1. «военная травма»:

если увечье (ранение, травма, контузия), получено освидетельствуемым в случаях исполнения обязанностей военной службы, при охране государственной границы в мирное время, а также в результате поражений, обусловленных воздействием радиоактивных веществ, источников ионизирующих излучений, компонентов ракетного топлива и иных высокотоксичных веществ, источников электромагнитного поля и оптических, квантовых генераторов;

если увечье (ранение, травма, контузия), заболевание получены освидетельствуемым в период его участия в боевых действиях (в соответствии с Перечнем стран и периодов боевых действий с участием граждан Республики Беларусь), а также во время участия в вооруженной борьбе с бандформированиями в составе истребительных батальонов, взводов и отрядов защиты народа, действовавших с 1 января 1944 года по 31 декабря 1951 года на территории Украинской ССР, Белорусской ССР и Прибалтийских республик (при наличии удостоверения участника войны), во время пребывания в плену (если военнослужащий, находясь в плену, не совершил преступления против Родины), в период его пребывания на разведывательной и контрразведывательной работе за границей или обусловлены спецификой несения военной службы (профессиональные вредности военного труда), перечень которых утверждается постановлением Совета Министров Республики Беларусь, а также если заболевание, возникшее до указанных событий, за период участия в них достигло степени тяжести, которая изменила категорию годности и привела к негодности (в том числе временной) освидетельствуемого к военной службе, а также при хронических, медленно прогрессирующих заболеваниях при условии, если имеются медицинские документы, позволяющие отнести начало заболевания к периоду участия в этих событиях;

2. «заболевание получено при исполнении обязанностей военной службы в связи с катастрофой на Чернобыльской АЭС (при аварийных ситуациях на других атомных объектах, при испытаниях ядерного оружия)»:

если заболевание получено военнослужащим (гражданином, призванным на военные сборы) при выполнении работ по ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС (при аварийных ситуациях на других атомных объектах и испытаниях ядерного оружия) и обусловлено радиационным воздействием.

3. «заболевание получено в период военной службы»:

если заболевание возникло в период прохождения освидетельствуемым военной службы (военных сборов), а также если заболевание, возникшее до призыва на военную службу (военные сборы) или до поступления на военную службу по контракту, в период военной службы (военных сборов), достигло степени тяжести, которая изменяет категорию годности или приводит к негодности (в том числе временной) к военной службе;

если заболевание возникло в период прохождения освидетельствуемым военной службы (военных сборов) в воинских частях и учреждениях, не входивших в состав действующей армии,

либо до его убития для выполнения воинского и служебного долга за границу в период локальных войн и вооруженных конфликтов и служба в этих условиях не оказала влияния на имевшееся заболевание и категорию годности к военной службе;

если увечье (ранение, травма, контузия) получено освидетельствуемым в результате несчастного случая, не связанного с исполнением им обязанностей военной службы (служебных обязанностей);

если увечье (ранение, травма, контузия) получено в период прохождения военной службы (военных сборов), но на момент медицинского освидетельствования документы об обстоятельствах получения увечья (ранения, травмы, контузии) отсутствуют;

4. «общее заболевание»:

если увечье (ранение, травма, контузия), заболевание возникли у освидетельзуемого до его призыва на военную службу (военные сборы), поступления на военную службу по контракту и в период военной службы (военных сборов), не достигли степени, которая изменяет категорию годности или приводит к негодности (в том числе временной) к военной службе.

При наличии у гражданина, проходившего военную службу (военные сборы) явных телесных повреждений (отсутствие конечности либо ее части, дефекты костей, рубцы после ранений, наличие в тканях (полостях) осколков и другое), полученных в период его участия в боевых действиях согласно Перечню стран и периодов боевых действий с участием граждан Республики Беларусь, а также во время участия в вооруженной борьбе с бандформированиями в составе истребительных батальонов, взводов и отрядов защиты народа, действовавших с 1 января 1944 года по 31 декабря 1951 года на территориях Украинской ССР, Белорусской ССР и Прибалтийских республик, во время пребывания в плену, имеются военные документы, подтверждающие хотя бы косвенно факт получения телесного повреждения в указанные периоды (служебная характеристика, наградной лист, представление к воинскому званию, аттестация, архивные справки об убитии из части на лечение, прибытие в часть после излечения, материалы спецпроверки и другие), граждане направляются военным комиссариатом на освидетельствование судебно-медицинским экспертом для установления характера и давности телесных повреждений. Определение причинной связи увечья осуществляется ЦВВК.

В этих случаях в ЦВВК представляются:

справка военного комиссариата о прохождении гражданином военной службы (военных сборов) с указанием полного наименования воинских частей, сроков службы в них, сведения об участии в боевых действиях, времени пребывания в плену;

заключение судебно-медицинского эксперта;

военные документы (личные дела, военные билеты, красноармейские книжки, аттестации, боевые и служебные характеристики, наградные материалы, справки органов Комитета государственной безопасности по материалам проверок и другие), косвенно подтверждающие факт увечья (ранение, травма, контузия).

Свидетельские показания о факте и обстоятельствах получения гражданином ранения или травм могут быть приняты во внимание только при получении этого ранения (травмы) в период с начала гражданской войны и по окончании войны с Японией при наличии у освидетельзуемого явных телесных повреждений и при условии, что показания даны двумя свидетелями, проходившими военную службу действующей армии в одной части с освидетельзуемым на момент получения ранения (травмы).

Свидетельские показания не могут являться основанием для установления факта перенесенного заболевания, контузии для граждан, проходивших (проходящих) военную службу (военные сборы).

Инвалидность вследствие ранений, контузий, заболеваний, полученных во время пребывания в партизанских отрядах в годы ВОВ, считается связанной с пребыванием на фронте. Причина инвалидности устанавливается при наличии удостоверения партизана и на основании справок или данных партизанского архива о ранении, контузии, травме или заболевании, полученных во время пребывания в партизанских отрядах, а при отсутствии этих сведений - на основании свидетельских показаний двух партизан, находившихся одновременно в одном партизанском отряде с освидетельзуемым во время получения им ранения (травмы) или медицинского работника, оказывавшего в период военных действий помощь по поводу ранения (травмы).

Свидетельские показания о перенесенных заболеваниях, контузии во время пребывания в партизанских отрядах не принимаются.

У бывших рабочих и служащих Вооруженных Сил (вольнонаемных) гражданских работников транспорта, лиц, привлекавшихся к строительству оборонительных рубежей, разминированию местности, сбору трофеев, участников отрядов самообороны, работников госпиталей и больниц города Ленинграда, объективных и аварийных команд местной противовоздушной обороны периода Великой Отечественной войны, ставших инвалидами вследствие вражеских действий. Причина инвалидности «военная травма» устанавливается на основании справок о ранении (контузии, увечье, травме) и работе в указанных выше организациях и командах, которые выдаются районными (городскими) военкоматами или по решению суда.

Если у инвалида вследствие военной травмы возникает новое заболевание общего характера, что приводит к повышению группы инвалидности, причина инвалидности остается прежней.

11.6. Статистический анализ инвалидности

Инвалидность – важный критерий оценки общественного здоровья и трудоспособности населения, поскольку является отражением наиболее тяжелых форм патологии в заболеваемости населения. Она оказывает существенное влияние на уровень общей смертности. Установлено. Что смертность инвалида в 1,5-2 раза выше, чем населения в целом.

В Беларуси в соответствии с Законом «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь» (1991 г.) установление инвалидности как взрослых, так и детей приводится в медико-реабилитационных экспертных комиссиях, функционирующих в учреждениях здравоохранения. В МРЭК заполняются акт освидетельствования во МРЭК и статистический талон учета экспертной и консультативной деятельности МРЭК статистический талон заполняется старшей медицинской сестрой или медицинским регистратором МРЭК под руководством врача.

Статистический анализ осуществляется централизованно на областном уровне на основе статистической отчетности, которое формируется по территориальному принципу. Первичный учет всех случаев первичного выхода на инвалидность и результатов переосвидетельствования инвалидов в первичных МРЭК осуществляется с помощью статистического талона.

Статистика инвалидности в республике организована на базе информационной системы «Инвалидность», в ее рамках централизованно собирается и обрабатывается информация обо всех случаях освидетельствования граждан в МРЭК.

Информационная система «Инвалидность» работает в республике с 1990 г. Это специализированная медико-социальная информационно-аналитическая система, создающая по результатам обращаемости граждан в медико-реабилитационные экспертные комиссии информационный сервис в сфере статистики инвалидности.

Основными задачами информационной системы «Инвалидность» являются:

- информационная поддержка здравоохранением и социальной защитой инвалидов на республиканском и региональном уровнях;
- динамическое наблюдение за состоянием инвалидизации населения республики по медико-статистическим данным;
- формирование статистической отчетности по инвалидности и деятельности МРЭК;
- формирование банка данных инвалидности населения республики.

Информационная система «Инвалидность» в связи с переходом с 01.01.2002 г. на МКБ-10 претерпела существенные изменения. Прежде всего, расширен подстрочный список инвалидизирующей патологии, в котором теперь будут представлены все классы МКБ-10, так же как это имеет место в новом «Отчете о причинах заболеваемости занятого населения с временной утратой трудоспособности». Это позволит углубленно изучать структуру инвалидности, в т.ч. детской, даст возможность сопоставить уровни и структуру инвалидности, с таковыми же показателями заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

Для удовлетворения потребностей узких специализированных служб принято решение кодировать заболевания (травмы) не только по основному трехзначному коду (рубрика со знаком (крестик)), но и с добавлением четвертого знака после точки – подрубрика.

В статистике инвалидности используются следующие показатели.

Название показателя	Методика вычисления
1. Первичная инвалидность (частота первичного выхода на инвалидность)	Общее число рабочих и служащих (колхозников) <u>за год, впервые признанных инвалидами</u> x 1000 (10 000) Общая численность рабочих и служащих (колхозников) района, области, АССР (или отрасли промышленности)
2. Структура первичной инвалидности (по заболеваниям, возрасту, социальной принадлежности и т.п.)	Число рабочих и служащих (колхозников) за год, впервые признанных инвалидами от болезней органов кровообращения (или <u>отдельной возрастной группе</u>) x 100 Общее число рабочих и служащих (колхозников) за год, признанных инвалидами
3. Частота первичной инвалидности по группам инвалидности	Число лиц, признанных инвалидами I группы в течение года _____ x 1000 (10 000) Число рабочих и служащих (колхозников) по территории проживания или отрасли промышленности
4. Распределение первичной инвалидности по группам инвалидности	<u>Число лиц, признанных инвалидами I группы</u> x 100 Число лиц, впервые признанных ВТЭК инвалидами, за год
5. Общая инвалидность – частота, контингенты инвалидов (рассчитывается по возрасту, причинам и группам инвалидности)	Число лиц, получающих пенсии и пособия по инвалидности (контингенты инвалидов) _____ x 10 000 Общая численность рабочих и служащих (колхозников) района, области и т.д. или <u>Число инвалидов на начало года</u> x 10 000 Число работающих на начало года
6. Структура контингентов инвалидности (рассчитывается по возрасту, причинам, группам, категориям инвалидности)	Число лиц, имеющих инвалидность по заболеваниям органов кровообращения _____ x 100 Общее число лиц, получающих пособия и пенсии по инвалидности (общее число инвалидов)
7. Динамика инвалидности по группам	Показатель частоты инвалидности (первичной или общей) за данный год _____ x 100 Показатель частоты инвалидности (первичной или общей) за предыдущий год
8. Изменение группы инвалидности при переосвидетельствовании	Число лиц, при переосвидетельствовании изменивших группу инвалидности _____ x 100 Число инвалидов, прошедших переосвидетельствование за год
9. Движение инвалидов в течение года	Число инвалидов на начало года + число первичных инвалидов за год – число выбывших инвалидов за год = число инвалидов на конец года
10. Удельный вес впервые вышедших на инвалидность среди контингента всех инвалидов	<u>Число впервые признанных инвалидами в 1985 г.</u> x 100 Общее число лиц, имеющих инвалидность на начало года
11. Удельный вес инвалидов с детства среди общего числа инвалидов	Число лиц, имеющих инвалидность с детства, на начало года _____ x 100 Общее число инвалидов на начало года

Анализ показателей инвалидности проводится в следующих направлениях.

1. Показатели первичной инвалидности населения (регион, Республика Беларусь), _____ год

Возрастная группа населения	Уровни первичной инвалидности, ‰				
	Все население			Городское население	Сельское население
	оба пола	мужчины	женщины		
Моложе трудоспособного возраста					
Трудоспособного возраста					
Старше трудоспособного возраста					
Без учета возраста					
Население без учета возраста (Евро стандарт)					

2. Половозрастные показатели первичной инвалидности детского населения (регион, Республики Беларусь), _____ год

Возраст, годы	Уровни первичной инвалидности, ‰				
	Все население			Городское население	Сельское население
	оба пола	мужчины	женщины		
0-4					
5-9					
10-14					
15					
0-15					
16-18					

3. Показатели первичной инвалидности по классам болезней детского населения (регион, Республика Беларусь), _____ год

Причины первичной инвалидности	Уровень первичной инвалидности, ‰		
	оба пола	мужчины	женщины
Все классы болезней			
В том числе:			
Новообразования			
Болезни эндокринной системы			
Болезни крови и кроветворных органов			
Психические расстройства			
Болезни нервной системы и органов чувств			
Болезни системы кровообращения			
Болезни органов дыхания			
Болезни органов пищеварения			
Болезни мочеполовой системы			
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани			
Врожденные аномалии			
Травмы и отравления			

4. Динамика основных показателей первичной инвалидности населения (регион, Республика Беларусь) трудоспособного возраста, 1999-2003 гг.

Год	Уровни первичной инвалидности, ‰				
	Все население			Городское население	Сельское население
	оба пола	мужчины	женщины		
1999					
2000					
2001					
2002					
2003					

5. Динамика показателей первичной инвалидности по классам болезней населения (регион, Республика Беларусь) трудоспособного возраста, 1999-2003 гг.

Причины первичной инвалидности	Уровень первичной инвалидности, ‰					
	оба пола		мужчины		женщины	
	1999	2003	1999	2003	1999	2003
Все классы болезней						
В том числе:						
Инфекционные и паразитарные болезни						
Новообразования						
Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ и иммунитета						
Психические расстройства						
Болезни нервной системы и органов чувств						
Болезни системы кровообращения						
Болезни органов дыхания						
Болезни органов пищеварения						
Болезни мочеполовой системы						
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани						
Травмы и отравления						

6. Показатели внутригрупповых перемещений инвалидов в возрасте 18-59 (54) лет (отчетный год)

Регион, территория, административный регион	Показатель (в процентах)					
	Полной реабилитации		Частичной реабилитации		Утяжеления	
	Предыдущий год	Отчетный год	Предыдущий год	Отчетный год	Предыдущий год	Отчетный год
Например, Брестская область	-	-	-	-	-	-

7. Структура тяжести первичной инвалидности населения в возрасте 18-59 (54) лет (отчетный _____ год)

Регион, территория, административный регион	Признано инвалидами						Структура тяжести инвалидности							
	всего		1 группа		2 группа		3 группа		1 группа		2 группа		3 группа	
	Предыдущий год	Отчетный год	Предыдущий год	Отчетный год	Предыдущий год	Отчетный год	Предыдущий год	Отчетный год	Предыдущий год	Отчетный год	Предыдущий год	Отчетный год	Предыдущий год	Отчетный год
Например, Брестская область														

8. Показатели, характеризующие преемственность в работе ВКК и МРЭК

8.1. Показатели расхождений в решениях ВКК и МРЭК:

а) Признано трудоспособными (или временно нетрудоспособными)
из направленных для определения инвалидности

Освидетельствовано во МРЭК для определения инвалидности

x 100

б) Признано нетрудоспособными (или признано инвалидами)
из направленных для продления лечения

Направлено во МРЭК для продления лечения

x 100

8.2. Показатели, характеризующие консультации во МРЭК:

а) Число проведенных консультаций во МРЭК

Общее число освидетельствований во ВТЭК

x 100

б) Число направленных на МРЭК из всех проконсультированных

Общее число освидетельствования во МРЭК

x 100

в) Число направленных на МРЭК из всех проконсультированных

Число проведенных консультаций во МРЭК

x 100

8.3. Показатели, характеризующие продление лечения:

а) Число лиц, которым лечение продлено

Число лиц, признанных инвалидами

x 100

б) Число лиц, которым лечение продлено на 1 (2, 3, 4) мес.,

Всего лиц, которым продлено лечение

x 100

в) Признано трудоспособными (инвалидами I, II, III групп)
после продления лечения

Всего лиц, которым продлено лечение

x 100

8.4. Представление первичных больных на МРЭК лечащими врачами:

Всего представлено на МРЭК лечащим врачом

Всего первичных освидетельствований во МРЭК

x 100

8.5. Удельный вес выездных заседаний во МРЭК:

Число выездных заседаний (в лечебных учреждениях,
на предприятия, в совхозы, колхозы)

Общее число заседаний

x 100

9. Показатели реабилитации

9.1. Показатель медицинской и профессиональной реабилитации инвалидов:

а) полной реабилитации:

Общее число инвалидов, признанных трудоспособными
_____ x 100
Общее число инвалидов, повторно освидетельствованных во МРЭК

б) частичной реабилитации:

Общее число признанных инвалидами III группы
(из числа инвалидов I и II групп)

_____ x 100
Общее число повторно освидетельствованных во МРЭК инвалидов I и II групп

9.2. Показатели стабильности групп инвалидности:

а) стабильности I группы инвалидности (II и III групп инвалидности):

Общее число инвалидов, оставшихся после очередного освидетельствования
в прежней группе (из числа инвалидов I группы, а также II и III)
_____ x 100

Общее число инвалидов I группы, освидетельствованных во МРЭК
(II и III группы)

9.3. Показатель утяжеления групп инвалидности:

а) утяжеления II группы инвалидности:

Общее число инвалидов, переведенных в I группу инвалидности
(из числа инвалидов II группы)

_____ x 100
Общее число инвалидов II группы, освидетельствованных во МРЭК

б) утяжеления III группы инвалидности:

Общее число инвалидов, переведенных в I и II группы инвалидности
(из числа инвалидов III группы)

_____ x 100
Общее число инвалидов III группы, освидетельствованных во МРЭК

Статистика инвалидности, выраженной данными о численности инвалидов с разбивкой по ряду таких категорий, как пол, возрастная группа, дефект или заболевание, регион, социально-экономическая группа или занятие и т.д., является той информацией об инвалидности, которая требует при разработке систем мер, улучшающих положение инвалидов.

11.7. Определение степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний

В соответствии с 417-ой статьей Трудового кодекса Республики Беларусь степень утраты профессиональной трудоспособности вследствие несчастного случая на производстве и профессионального заболевания, а также нуждаемость в дополнительных видах помощи определяются МРЭК.

Порядок установления степени утраты профессиональной трудоспособности вследствие несчастного случая на производстве и профессионального заболевания определяется Правительством Республики Беларусь или уполномоченным им органом.

Установление МРЭК степени утраты профессиональной трудоспособности лицам, пострадавшим в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний является одним из основных условий страхового возмещения причиненного их здоровью вреда в виде денежных выплат и оплаты дополнительных расходов на медицинскую, профессиональную и социальную реабилитацию.

В настоящее время в Республике Беларусь экспертиза утраты профессиональной трудоспособности вследствие трудового увечья регламентируется следующими актами:

1. Декрет Президента Республики Беларусь № 18 от 30.07.2003 г. «Об обязательном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».

2. Гражданский кодекс Республики Беларусь – глава 58 (Ведомости национального собрания Республики Беларусь № 7-9 от 1999 г.)

3. Трудовой кодекс Республики Беларусь – глава 16 (охрана труда), глава 38 (ответственность нанимателей за вред, причиненный жизни и здоровью работников, связанный с исполнением ими своих трудовых обязанностей). Мн.: Национальный центр правовой информации Республики Беларусь, 1999 г.

4. Комментарий к Трудовому кодексу Республики Беларусь (под общей редакцией Василевича Г.А. - Мн., 2003 г.).

5. Правила возмещения вреда, причиненного жизни и здоровью работника, связанного с исполнением им трудовых обязанностей (утв. Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 06.07.1999 г. № 1028, в ред. Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 04.02.2000 г. № 157).

6. Инструкция по применению списка профзаболеваний (утв. Постановлением Министерством здравоохранения Республики Беларусь и Министерством социальной защиты Республики Беларусь от 29.05.2001 г. № 40/6).

7. Инструкция по организации и проведению медицинских осмотров работников, применение списка профессиональных заболеваний (утв. Первым зам. министра здравоохранения 19.07.2001 г. № 98-0701).

8. Инструкция о расследовании и учете несчастных случаев с обучающимися и воспитанниками (утв. Постановлением Министерства образования Республики Беларусь от 7.08.2003 г. № 58).

9. Положение о порядке и условиях проведения обязательного страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (утв. Декретом Президента Республики Беларусь от 30.07.2003 г. № 18).

10. Положение о порядке определения степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (утв. Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 10.10.2003 г. № 1299).

11. Положение о порядке оплаты дополнительных расходов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию лиц, потерпевших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (утв. Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 10.10.2003 г. № 1300).

12. Правила о расследовании и учете несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (утв. Постановлением Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 15.01.2004 г. № 30).

13. Об утверждении форм документов, необходимых для расследования и учета несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (Постановление Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27.01.2004 г. № 5/3).

14. Инструкция по определению критериев степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (утв. Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Министерством труда и социальной защиты Республики Беларусь от 9.01.2004 г. № 1/1).

15. Инструкция по заполнению программы реабилитации потерпевшего в результате несчастного случая на производстве или профессионального заболевания (утв. Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Министерством труда и социальной защиты Республики Беларусь от 9.01.2004 г. № 1/1).

Расследованию, оформлению и учету несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний подлежат:

1. наниматели;
2. работники;
3. лица, работающие на основе членства (участия) в организациях любых организационно-правовых форм, глав и членов крестьянских (фермерских) хозяйств;
4. ученики любых форм обучения, учащиеся учреждений, обеспечивающих получение среднего специального и профессионально-технического образования и общеобразовательных учреждений, студентов высших учебных заведений, аспиранты и клинические ординаторы при прохождении ими практики или выполнении работ у нанимателей;

5. военнослужащие Вооруженных сил Республики Беларусь, лица рядового и начальствующего состава органов Министерства внутренних дел Республики Беларусь, Министерства по чрезвычайным ситуациям Республики Беларусь, органов финансовых расследований Республики Беларусь при выполнении у нанимателя работ, не связанных с несением воинской службы, исполнителем служебных обязанностей;

6. осуждение к лишению свободы, а также лица, находящиеся в лечебно-трудовых и воспитательно-трудовых профилакториях Министерства внутренних дел Республики Беларусь и лица, подвергнутые административному аресту, привлекаемые к труду;

7. лица, которые проходят обучение, трудовую реабилитацию и (или) практику на производстве; лица, привлекаемые к труду в процессе лечения (трудотерапии) в лечебно-профилактических учреждениях;

8. лица, привлекаемые в установленном порядке к ликвидации чрезвычайных ситуаций природного и технического характера, к общественным работам;

9. иностранные граждане и лица без гражданства, работающие у нанимателей, находящихся на территории Республики Беларусь, если иное не предусмотрено между народными договорами (соглашениями), заключенными Республикой Беларусь.

Понятия «несчастный случай на производстве», «профессиональное заболевание», «вредные условия труда», «опасные (экстремальные) условия труда», «степень утраты профессиональной трудоспособности» имеют важные экспертные значения.

Несчастный случай на производстве – событие, в результате которого работник получил увечье или иное повреждение здоровья при выполнении трудовых обязанностей и в иных установленных законодательством Республики Беларусь случаях, как на территории нанимателя, так и в любом другом месте, где работник находился в связи с работой или совершал действия в интересах нанимателя, и которое повлекло необходимость перевода работника на другую работу, временную или стойкую утрату им профессиональной трудоспособности либо его смерть.

Профессиональное заболевание (острое или хроническое) – заболевание работника, вызванное воздействием вредного и (или) опасного производственного фактора трудового процесса и повлекшее повреждение здоровья.

Вредные условия труда (3 класс) характеризуются наличием вредных производственных факторов, превышающих гигиенические нормативы и оказывающие неблагоприятное действие на организм работающего и (или) его потомство.

Вредными производственными факторами могут быть:

1. Физические факторы:

- температура, влажность, скорость движения воздуха, тепловое излучение;
- неионизирующие электромагнитные поля и излучения. В том числе лазерное и ультрафиолетовое);

- производственный шум, ультразвук, инфразвук;

- вибрация (локальная, общая);

- освещение.

2. Аэрозоли (пыли).

3. Электрически заряженные частицы воздуха – аэроионы.

4. Химические факторы.

5. **Биологические факторы** – микроорганизмы-продуценты, живые клетки и споры, содержащиеся в препаратах, микроорганизмы (бактерии, грибы, риккетсии, вирусы).

6. **Ионизирующие излучения** (санитарные правила не содержат критериев оценки условий труда при превышении допустимых значений ионизирующего излучения, его оценка производится по действующим санитарным правилам).

7. **Химические факторы** – токсические вещества различного агрегатного состояния, способные вызвать какие-либо виды общего, местного или отдаленного неблагоприятного воздействия на организм, в т.ч. некоторые вещества биологической природы (антибиотики, витамины, гормоны, ферменты, белковые препараты), полученные химическим синтезом и (или) для контроля которых используют методы химического анализа.

Вредные условия труда по степени превышения гигиенических нормативов и выраженности изменений в организме работающих подразделяются на 4 степени вредности:

1 степень – условия труда характеризуются такими отклонениями уровней факторов от гигиенических нормативов, которые вызывают функциональные изменения, восстанавливающиеся,

как правило, при более длительном (чем к началу следующей смены) прерывании контакта с вредными факторами и увеличивают риск повреждения здоровья;

2 степень – уровни вредных факторов, вызывающие стойкие функциональные изменения, приводящие в большинстве случаев к увеличению производственно обусловленной заболеваемости (что проявляется повышением уровня заболеваемости с временной утратой трудоспособности и. в первую очередь, теми болезнями, которые отражают состояние наиболее уязвимых органов и систем для данных вредных факторов), появлению начальных признаков или легких (без потери профессиональной трудоспособности) форм профессиональных заболеваний, возникших после продолжительной экспозиции (часто после 15 и более лет);

3 степень – условия труда, характеризующиеся такими уровнями вредных факторов, воздействие которых приводит к развитию, как правило, профессиональных болезней легкой и средней степеней тяжести (с потерей профессиональной трудоспособности) в периоде трудовой деятельности, росту хронической (производственно-обусловленной) патологии, включая повышенные уровни заболеваемости с временной утратой трудоспособности (100-119 случаев и 1000-1199 дней нетрудоспособности на 100 работающих в год);

4 степень – условия труда, при которых могут возникать тяжелые формы профессиональных заболеваний (с потерей общей трудоспособности), отмечается значительный рост числа хронических заболеваний и высокие уровни заболеваемости с временной утратой трудоспособности (120-149 случаев и 1200-1499 дней нетрудоспособности на 100 работающих в год).

Опасные (экстремальные) условия труда (4 класс) характеризуются уровнями производственных факторов, воздействие которых в течение рабочей смены (или ее части) создает угрозу для жизни, высокий риск развития острых профессиональных поражений, в том числе и тяжелых форм.

Степень утраты профессиональной трудоспособности – выраженное в процентах стойкое снижение способности застрахованного осуществлять профессиональную деятельность до наступления страхового случая.

Освидетельствования на МРЭК лиц, получивших повреждение здоровья в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (далее – потерпевшие) осуществляется с целью определения степени утраты профессиональной трудоспособности, а также нуждаемости их в мерах медицинской, профессиональной и социальной реабилитации. Одновременно пострадавший при наличии оснований может быть признан инвалидом.

Пострадавших направляет на МРЭК лечебно-профилактическое учреждение при предоставлении при первичном освидетельствовании направления нанимателя, суда, либо заявления потерпевшего с предъявлением акта о несчастном случае на производстве или другого документа о несчастном случае, связанном с исполнением трудовых обязанностей.

Освидетельствование и переосвидетельствование производств в МРЭК по месту жительства или по месту прикрепления к лечебно-профилактическому учреждению.

Решение МРЭК выносится только на основании осмотра потерпевшего изучения, медицинских документов и всех других данных исследования с учетом социально-трудовых факторов (профессии, условий труда, характера, объема выполняемой работы) и т.п.

Степень утраты профессиональной трудоспособности МРЭК определяет исходя из последствий несчастного случая на производстве или профессионального заболевания.

Если указанные последствия ухудшило течение ранее имевшегося заболевания, степень утраты профессиональной трудоспособности определяется исходя из выраженности вызванных им нарушений функции организма, с учетом ранее имевшихся нарушений.

При определении степени утраты профессиональной трудоспособности МРЭК должна в каждом конкретном случае учитывать выраженность нарушений функций организма, при отсутствии органа – степень компенсации утраченных функций, возможность потерпевшего выполнять в той или иной степени работу по основной профессии или работу, равную ей по квалификации и оплате, в том числе возможность выполнения работы в обычных или специально созданных условиях по своей основной профессии или близкой ей по квалификации. Необходимо иметь ввиду возможность переквалификации, переобучения и приобретения новой специальности, что особенно важно в отношении лиц в возрасте до 40-45 лет.

Если потерпевший имеет несколько профессий. При определении степени утраты профессиональной трудоспособности основной профессией следует считать ту, которая предшествовала данному повреждению здоровья или в которой имеется более продолжительный

стаж работы: основной также считается та, которая получена путем специального обучения или та, которая достигла наивысшей квалификации. Вопрос этот в необходимых случаях решается с учетом конкретных обстоятельств.

Сведения о трудовой деятельности потерпевшего, условиях труда, о выполняемой работе уточняются в процессе освидетельствования, в необходимых случаях решается с учетом конкретных обстоятельств, запрашиваются с места работы.

Степень утраты профессиональной трудоспособности рабочих квалифицированных профессий устанавливаются в зависимости от уровня снижения квалификации с учетом уменьшения коэффициента сложности работ в соответствии с видами работ, предусмотренных Единым тарифно-квалификационным справочником работ и профессий (ЕТКС) и квалификационными справочниками должностей служащих.

При определении квалификационного разряда (класса, категории) учитывается квалификация работника как совокупность знаний, умений и трудовых навыков, необходимых для выполнения работ соответствующей сложности. Квалификационные требования к знаниям возрастают от начальных сведений в объеме неполной средней школы (1-2 разряды) до знания отдельных дисциплин в объеме полного курса средних специальных учреждений образования (6-8 разряды).

Профессии рабочих квалифицируются с первого по восьмой квалификационный разряд. Квалификационный разряд указывает на соответствие квалификации рабочего сложности выполняемой работы, а также уровню его знаний, умений и трудовых навыков.

Для тарифно-квалификационной системы оценки работ и профессий рабочих характерна закономерность возрастания сложности работ по каждому из факторов, взятому за основу определения разряда. Например, по технологическому фактору при переходе от 1 разряда к последующему возрастает сложность, мощность, габариты единицы обслуживаемого оборудования аналогичного назначения: по организационному фактору сложности – нарастает степень самостоятельности выполнения работ подключаются функции по руководству рабочими более низких уровней квалификации.

Если потерпевший не может выполнять работу прежней сложности (квалификации), то возникает вопрос о переводе его на работу меньшей сложности (квалификации) в соответствии с видами работ, предусмотренных ЕТКС, с оптимальной (1 класс условий труда) или допустимой (2 класс условий труда) физической, нервно-эмоциональной нагрузкой, не содержащую противопоказанных факторов и соответствующую психофизиологическим возможностям потерпевшего для ее выполнения.

Оптимальные условия труда (1 класс) – такие условия, при которых сохраняется здоровье работающих и создаются предпосылки для поддержания высокого уровня работоспособности. Оптимальные нормативы производственных факторов установлены для микроклиматических параметров и факторов трудового процесса. Для других факторов условно за оптимальные принимаются такие условия труда, при которых неблагоприятные факторы отсутствуют либо не превышают уровни, принятые в качестве безопасных для населения.

Допустимые условия труда (2 класс) характеризуются такими уровнями факторов среды и трудового процесса. Которые не превышают установленных гигиенических нормативов для рабочих мест, а возможные изменения функционального состояния организма, возникшие под их воздействие, восстанавливаются во время регламентированного отдыха или к началу следующей смены и не должны оказывать неблагоприятного действия в ближайшем и отдаленном периоде на состояние здоровья работающих и их потомство. Допустимые условия труда условно относят к безопасным.

Например, перевод рабочего 6-го разряда на 2-й разряд приводит к снижению квалификации с потерей четырех разрядов и с уменьшением (на 50 процентов) коэффициента сложности работ.

Степень утраты профессиональной трудоспособности рабочего неквалифицированного физического труда устанавливается с учетом снижения категории (класса) тяжести труда.

Категорию тяжести труда характеризуют: 1) санитарно-гигиенические и 2) психофизиологические производственные элементы условий труда (факторы трудового процесса). Каждый из них на основе балльной оценки отнесен к одной из шести категорий тяжести. Интегральная балльная оценка составляет для I к.т. до 18 баллов, II к.т. 19-33, III - 34-45, IV – 46.53, V – 54-59 и VI – 59,1-60 баллов.

Первая категория тяжести (I к.т.). Санитарно-гигиенические условия комфортные: эффективная эквивалентная температура воздуха на рабочем месте в помещениях и теплый период

года +18...+20°C; в холодный +2-...+22°C, вибрация, промышленный шум, ультразвук, электромагнитные поля радиочастот – ниже ПДУ, ионизирующие излучения и биологические производственные факторы отсутствуют.

Психофизиологические факторы трудового процесса соответствуют незначительной физической нагрузке: энергозатраты при общей физической динамической нагрузке (мышцы корпуса и ног) до 2,5 ккал/мин, в рабочую смену (8 часов) – до 960 ккал, при региональной нагрузке (мышцы плечевого пояса) соответственно до 2.1 ккал/мин и до 806 ккал за смену. Эта нагрузка за смену (в единицах внешней механической работы) при общей нагрузке – до 42000 кГм., при региональной – до 21000 кГм. Величина поднимаемого груза до 2 кг. Статистическая физическая нагрузка в течение смены (удержание груза) на одну руку до 18000 кг.сек, на две руки до 43000 кг.сек, на все тело до 61000 кг.сек.

Рабочая поза свободная, корпус и конечности в удобном положении при перемещении и обработке деталей до 5 кг, рабочее место стационарное, без ходьбы. Работа грубой точности (размер объекта 5,0 мм) и не требует зрительных нагрузок. Напряженность труда незначительная: длительность сосредоточенного наблюдения до 25% времени смены, число объектов наблюдения 1-2, выполняются простые действия по индивидуальному плану.

Вторая категория тяжести (II к.т.). Санитарно-гигиенические условия благоприятные: температура воздуха на рабочем месте в помещении в теплый период года +21...+22°C, в холодный период года +17...+19°C; атмосферное давление имеет незначительные колебания: токсические вещества, промышленная пыль, вибрация, промышленный шум, ультразвук, инфразвук, электромагнитные поля на уровне ПДУ; контакты с биологическими производственными факторами отсутствуют.

Факторы трудового процесса благоприятные (нормальные), соответствуют легкой и непостоянно умеренной физической нагрузке: энергозатраты при общей физической динамической нагрузке – до 2,6-4,2 ккал/мин, в смену – до 1600 ккал, при региональной нагрузке – от 2.2 до 2,5 ккал-мин и до 960 ккал за смену. Эта нагрузка за смену в единицах внешней механической работы может составлять при общей нагрузке до 83000 кГм, при региональной – до 42000 кГм. Рабочая поза свободная, корпус и конечности в удобном положении при перемещении и обработке деталей. Вес деталей 5 кг и свыше 5 кг. При нестационарном рабочем месте ходьба без груза за смену до 4 км.

Зрительная нагрузка небольшая, т.к. работа малой точности (размер объекта 5,0-1,1 мм). Напряженность труда средняя – длительность сосредоточенного наблюдения до 50% от времени смены, число важных объектов наблюдения до 5. Число приемов в операции 10-6, длительность повторяющихся операций 31-100 сек, монотонность сенсорная более 7% смены. Выполняются простые действия по заданному плану с возможной коррекцией, интеллектуальная нагрузка при решении простых альтернативных задач.

Третья категория тяжести (III к.т.). Санитарно-гигиенические элементы условий труда с незначительным превышением ПДУ: температура воздуха на рабочем месте в помещении в теплый период года +23...+28°C, холодный +15...+16°C, на открытом воздухе 0...-9°C зимой и +27...+35°C летом.

Атмосферное давление колеблется с превышением нормы на 0,7-1.2 атм, либо с понижением до 600-1000 м над уровнем моря.

Санитарно-гигиенические элементы условий труда – токсические вещества, промышленная пыль, вибрация, промышленный шум, ультразвук, инфракрасное тепловое излучение, электромагнитные поля радиочастот превышают незначительно ПДУ; ионизирующие излучения на уровне ПДУ. Биологические производственные факторы могут вызвать нетяжелые излечимые заболевания.

Факторы трудового процесса предъявляют более высокие требования прежде всего к физической работоспособности. Физическая динамическая нагрузка влечет энергозатраты при общей нагрузке с 4,3 до 5,5 ккал/мин. И до 2100 ккал за смену, при региональной нагрузке – соответственно с 2,6 до 3,0 ккал/мин и до 1150 ккал за смену. Физическая динамическая нагрузка в единицах внешней механической работы за смену составляет при общей нагрузке до 125000 кГм, при региональной до 62000 кГм.

Рабочее место стационарное, может иметь варианты: поза несвободная, сидя или стоя, но корпус и конечности в удобном положении: работа на конвейере с высотой линии более 1.5 м и при перемещении и обработке деталей до 5 кг; работа в наклонном положении под углом до 30° до 25%

смены; наклоны корпуса под углом до 30° до 51-100 раз. При нестационарном рабочем месте может быть ходьба без груза за смену до 7 км.

Имеется напряжение зрения при работе с лупой или диапроектором, точность средняя (размер объекта от 1,0 до 0,51 мм). Напряженность труда более высокая: длительность сосредоточенного наблюдения – до 75% времени смены, число важных объектов наблюдения – до 10. Нервно-эмоциональная нагрузка связана со сложными действиями по заданному плану с возможностью коррекции с обслуживанием населения. Интеллектуальная нагрузка возникает при решении задач по алгоритму.

Четвертая категория тяжести (IV к.т.). Виды труда IV категории тяжести определяются как нуждающиеся в рационализации. Санитарно-гигиенические производственные факторы существенно превышают оптимальные уровни (кратность превышения до 4-10 раз), биологические факторы могут вызвать тяжелые заболевания. Факторы трудового процесса требуют постоянной нагрузки средней тяжести, энергозатраты при общей физической динамической нагрузке с 5,6 до 6,6 ккал/мин, за смену 2500 ккал, при региональной – до 3,1-3,3 ккал/мин и 1300 ккал за смену. Физическая динамическая нагрузка в единицах внешней механической работы составляет за смену при общей нагрузке до 170000 кгМ, региональной – до 830000 кгМ.

Статистическая нагрузка: на одну руку – до 97000 кг.сек, две руки – 220000, на се тело – 300000 кг.сек.

Рабочее место может иметь несколько вариантов: поза вынужденная, работа в тесном ограниченном пространстве; работа на конвейере с высотой линии более 1,5 м и при перемещении и обработке деталей свыше 5 кг; работа в наклонном положении под углом до 30° до 50% смены или 60° - до 25% смены; наклоны корпуса под углом до 30° 101-3—раз или под углом до 60° - до 100 раз за смену. При нестационарном рабочем месте ходьба без груза за смену могла составить до 10 км.

Более высокой становится напряженность труда длительность сосредоточенного наблюдения занимает более 75 % времени смены, число важных объектов наблюдения более 10, выполняются сложные действия по заданному плану при дефиците времен; имеются контакты с другими людьми в процессе обслуживания, ответственность за материальные ценности. Интеллектуальную нагрузку создает активный поиск информации при ее недостатке, решение сложных и новых задач при наличии помех.

Общая оценка категории тяжести труда проводится на крупных предприятиях в отделе организации труда и заработной платы совместно с отделом техники безопасности. Имеется карта условий труда на рабочем месте, которая используется при подборе рабочих, переводе на другое место, для аттестации рабочих мест профконсультант (и врач-реабилитолог) должен располагать результатами аттестации рабочего места при решении вопросов рационального трудоустройства. При подборе трудовой рекомендации он должен предлагать виды труда, исходя из работоспособности и соответствующей категории тяжести. Мощность работы не должна превышать 30-40% (у молодых лиц – 50%) максимально доступной (которая может определяться в лабораторных условиях).

При подборе профессии, связанной с физической нагрузкой, важно ориентироваться на энергозатраты, которые должны рассчитываться при каждой категории, а для вынесения рекомендаций по выполнению повседневных работ – на соответствующие затраты при ведении домашнего и приусадебного хозяйства. Мощность (в минуту и за рабочую смену) может быть рассчитана, исходя из выполненной работы.

Физическая динамическая работа связана с перемещением материалов, полуфабрикатов на расстояние. Она подсчитывается за час и за смену, исходя из всех элементов, связанных с перемещением грузов (усилием). Груз для женщин и лиц старше 50 лет не должен превышать 35% от 10,1-15 кг и 50% от 10 кг и менее, указанных для здоровых мужчин в возрасте 20-50 лет.

Для подсчета физической динамической работы в кгМ внешней механической работы определяется масса груза перемещаемого в ручную в каждой операции, и путь его перемещения в метрах. Подсчитывается общее количество ручных операций за смену и суммируется величина работы в целом за смену.

$$\text{Формула расчета } A = \left(P \times L + \frac{P \times L}{9} + \frac{P \times H}{2} \right) \times K \times n,$$

где: А – работа, кг.м; Р – вес груза, кг; Н – высота, на которую перемещается груз из исходного положения, м; НI – расстояние на которое опускается груз, м; n – количество деталей; К – коэффициент, равный 6 (K=6); L – расстояние, на которое перемещается груз по горизонтали, м.

Для расчета мощности внешней механической работы используется формула:

$$N = \frac{A}{t} \times KI$$

где: N – мощность работы, Вт; t – время, за которое совершена данная работа, сек; KI – коэффициент перевода кг.м, в вт, равный 10.

Мощность внешней работы с участием мышц и туловища достигает: при II к.т. – до 40 Вт для мужчин и 36Вт для женщин, при III к.т. соответственно – 41-90 Вт и 37-63 Вт, IV к.т. – более ш90 Вт для мужчин и 63 Вт для женщин.

При работе с преимущественным участием мышц плечевого пояса мощность ниже: при II к.т. до 22 Вт для мужчин и 17,5 Вт для женщин, при III к.т. соответственно – 23-45 Вт для мужчин и 18-230,5 Вт для женщин, при IV к.т. – более 45 Вт для мужчин и более 30,5 для женщин.

Статическая нагрузка связанная с поддержанием человеком усилий без перемещения тела или его отдельных звеньев, характеризуется величиной удерживаемого усилия и времени его удержания. Величина статистического усилия определяется изменением удерживаемого груза или усилия.

Время удержания определяется хронометрированием на протяжении рабочей смены. Для подсчета статической физической нагрузки в кг/с в каждой операции определяется масса удерживаемого груза в килограммах и умножается на время его удержания в секундах, причем указывается, каким образом удерживается груз; одной, двумя руками или же нагрузка распределяется на все тело. Подсчитывается общее число из таких операций. Затем суммируется статическая нагрузка за смену, выполняемая одной рукой, двумя руками, всеми мышцами тела, после чего путем сложения всех величин получают общую статистическую нагрузку в кг/с в целом за смену.

Оценка утраты профессиональной трудоспособности у рабочих неквалифицированного труда наряду с учетом степени снижения категории (класса) тяжести труда предусматривает так же их общее психофизиологическое состояние при выполнении простого физического труда.

Утрату профессиональной трудоспособности служащих (руководители различных уровней управления, специалисты, лица творческих профессий, другие служащие), к деятельности которых применимо нормирование –труда, определяют с учетом уменьшения объема выполняемой работы, ее сложности и напряженности, должностных обязанностей.

Степень утраты профессиональной трудоспособности выражают в процентах и устанавливают в пределах от 10 до 100%.

1)- 100% - если у пострадавшего наступила полная утрата профессиональной трудоспособности вследствие резко выраженного нарушения функций организма при наличии абсолютных противопоказаний для выполнения любых видов профессиональной деятельности, даже в специально созданных условиях.

Примерами клинико-функциональных критериев установления 100% утраты профессиональной трудоспособности, определяющих полную утрату профессиональной трудоспособности, являются резко выраженные нарушения статодинамической функции:

нижняя параплегия; резко выраженный тетрапарез, парапарез с повышением мышечного тонуса по спастическому типу или гипотонией, с минимальным объектом (5,0-6,0 градусов) активных движений во всех суставах нижних конечностей, значительно выраженным снижением мышечной силы (до 1 балла), с возможностью самостоятельного передвижения, III тип электромиографии (далее – ЭМГ) – частые колебания потенциала, искажение нормальной структуры электромиограммы «залпами частых осцилляций» (значительно выраженный парез); IV тип ЭМГ – полное биоэлектрическое молчание при функциональных нагрузках (паралич конечностей);

значительно выраженный парез обеих верхних конечностей с минимальным объектом активных движений во всех суставах (плечевой – 5,5 – 10 градусов локтевой – 4,3-7,7 градусов, лучезапястный – 5,5-8,5 градусов);

значительное ограничение противопоставления большого пальца (дистальная фаланга последнего достигает основания второго пальца), сгибания пальцев в кулак (дистальные фаланги пальцев не достигают ладони на расстоянии 5-8 см); снижения мышечной силы верхних конечностей (до 1 балла); нарушение основной функции верхней конечности; не возможен схват и удержание крупных и мелких предметов, сохранена лишь вспомогательная функция – поддержания и прижатая предметов;

вестибулярно-мозжечковые нарушения; значительно выраженная статическая, динамическая атаксия; гиперрефлексия вестибулярной возбудимости с продолжительностью поствращательного нистагма III степени более 120 секунд, калорического нистагма III степени более 130 секунд.

ампутационные культы обеих нижних конечностей (непротезированные) в сочетании с культей верхней конечности, начиная с отсутствия всех пальцев кисти;

дыхательная недостаточность III степени, нарушение кровообращения III стадии одышка в покое, частота дыхания 30 и более в одну минуту, учащение частоты дыхания на 10-15 минут после незначительного физического напряжения без восстановления исходного уровня, значительно выраженный цианоз, участие в покое вспомогательной дыхательной мускулатуры, выраженная тахикардия – 130 и более ударов в минуту, эпигастральная пульсация, увеличение печени, периферические отеки, снижение жизненной емкости легких до 50% должной, максимальной вентиляции легких – до 50%, увеличение минутного объема дыхания до 180% снижение индекса Иффно менее 40% и коэффициента использования кислорода до 20% снижение сократительной способности миокарда правого желудочка в сочетании с нарушением легочной гемодинамики);

значительно выраженные сенсорные нарушения (практическая или абсолютная слепота единственного или лучше видящего глаза; острота зрения с коррекцией – 0,04-0 после зрения равно – 0-10 градусов (периферические границы по меридиану от точки фиксации и (или) центральные или парацентральные сливные скотомы); зрительная работоспособность – значительно выраженное снижение или отсутствие, показатели электрофизиологических исследований (далее ЭФИ) – порог Э-У более 300 мкА или не определяются, лабильность менее 20 Гц или отсутствует, критическая частота слияния мельканий (далее КЧСМ) менее 20 п/сек или отсутствует – при наличии противопоказаний к выполнению любого труда);

значительно выраженные нарушения функций тазовых органов (недержание мочи, кала).

2) – 61-90% - ели пострадавший вследствие значительно выраженного нарушения функций организма может выполнять работу лишь в специально созданных условиях, а именно в профессии, предшествующей несчастному случаю на производстве или профессиональному заболеванию (до 70%), в профессии более низкой квалификации (до 80%), в неквалифицированной профессии (до 90%).

Примерами клинико-функциональных критериев установления от 61 до 0 процентов утраты профессиональной трудоспособности потерпевшим с последствиями производственных травм и профессиональных заболеваний по возможности трудовой деятельности в специально созданных условиях являются выраженные нарушения статодинамические функции:

Выраженный парез обеих нижних конечностей, тетрапарез, гемипарез с выраженным повышением мышечного тонуса по спастическому типу или гипотонией мышц, с выраженным ограничением амплитуды активных движений во всех суставах нижних конечностей – тазобедренных (до 20 градусов), коленных (до 10 градусов), голеностопных (до 6-7 градусов); с выраженным снижением мышечной силы (до 2 баллов) нижних конечностей, выраженной варусной, эквино-варусной деформацией стоп; спастической, паретической, перональной походкой с выраженным свисанием стоп; передвижение с дополнительной опорой (костыли);

Выраженное нарушение биомеханики ходьбы – увеличение количества шагов при ходьбе на 100 метров до 204-226 (в номер 80-120 шагов), увеличение длительности двойного шага до 2,6-3,6 секунд (в норме 1,0-1,3 секунд), уменьшение темпа ходьбы до 29-46 шагов в минуту (в норме 80-100 шагов), снижение коэффициента ритмичности ходьбы до 0,52-0,58 (в норме 0,94-1,00), снижение скорости передвижения до 1,0 км в час (в норме 4-5 км/час); II тип ЭМГ с выраженным нарушением биоэлектрической активности мышц – низкочастотные потенциалы типа «фасцикуляций» с четким ритмом в покое и при функциональных нагрузках;

Выраженный парез обеих верхних конечностей, контрактуры суставов верхних конечностей с объемом активных движений в пределах 10-20 градусов, с выраженным ограничением сгибания пальцев в кулак (дистальные фаланги пальцев не достигают ладони на расстоянии 3-4 см), с нарушением основной функции верхней конечности: не возможен схват мелких предметов, длительное и прочное удержание крупных предметов, ЭМГ – II тип;

Выраженные вестибулярно-мозжечковые нарушения (головокружение в покое, тяжелые и частые – 4 и более раз в месяц приступы головокружения), спонтанный нистагм II-III степени, выраженные нарушения статики и координации движений, передвижение с помощью вспомогательных средств (трость, костыли), гиперрефлексия вестибулярной возбудимости с

продолжительностью поствращательного нистагма II-III степени 85-120 секунд, калорического нистагма II-III степени 110-130 секунд;

ампутированные культы бедер или голени на разных уровнях, ложные суставы обеих костей голени с порочной установкой нижней конечности. С функционально невыгодным положением коленного сустава при сгибательной контрактуре с невозможностью разгибания более 140 градусов, порочная установка нижней конечности в функционально невыгодном положении тазобедренного сустава с ограничением разгибания до 150 градусов или отведен ноги свыше 165 градусов с выраженным перекосом таза и функциональным укорочением конечности на 10 см, выраженная контрактура с объемом движений не более 30 градусов или анкилоз суставов в функционально невыгодном положении.

дыхательная недостаточность II степени, нарушение кровообращения II стадии (частота дыхания в покое 21-29 в одну минуту, учащение частоты дыхания на 12-16 в минуту после физической нагрузки, выраженный цианоз, участие в акте дыхания вспомогательной дыхательной мускулатуры во время небольшой физической нагрузки, частота сердечных сокращений 100-129 ударов в минуту, небольшие периферические отеки, снижение жизненной емкости до 51-55% должной, максимальной вентиляции легких – до 51-54% увеличение минутного объема дыхания до 150%, снижение индекса Тиффано до 54-40% коэффициента использования кислорода до 28% снижение сократительной способности миокарда правого желудочка в сочетании с нарушением легочной гемодинамики);

выраженные сенсорные нарушения: высокая степень слабости зрения единственного или лучше видящего глаза, острота зрения с коррекцией равно или менее 0.1-0,05, поле зрения – периферические границы равны или менее 20 градусов, но шире 10 градусов и (или) единичные центральные скотомы, зрительная работоспособность – выраженное снижение, показатели ЭФИ – пороги Э-U – 200-300 мкА, лабильность – 20-35 Гц, КЧСМ – 20-35 п/сек.;

выраженное снижение слуха: восприятие разговорной речи до 0.5-1.5 метров, слуховой порог – 61-80 дБ, порог разборчивости речи – 80-90 дБ;

выраженные нарушения функции тазовых органов, отсутствие позыва к мочеиспусканию и чувства прохождения мочи по мочеиспускательному каналу; при цистометрии емкость мочевого пузыря при гипотонии детрузора 500-600 мл, остаточной мочи – до 400 мл, при гипертонии детрузора емкость – 20-30 мл; длительная задержка дефекации – до 5 суток; анальный рефлекс, тонус сфинктера и давление при монотрии снижению – в анальном канале наружного сфинктера - 10-15 мм рт. ст., внутреннего сфинктера – 16-25 мм рт. ст. (норма 35-62 мм рт. ст.).

3) – 25-60% - если пострадавший вследствие умеренного нарушения функций организма может в обычных производственных условиях продолжить профессиональную деятельность с выраженным снижением квалификации (на 2-4 тарификационных разряда или со снижением разряда работ на 2-4 категории тяжести) либо с уменьшением объема выполняемой работы (на 0,5 ставки) или если он утратил способность продолжать профессиональную деятельность, но может в обычных производственных условиях выполнять профессиональную деятельность более низкой квалификации (легкие неквалифицированные виды труда).

То есть степень утраты профессиональной трудоспособности пострадавшему с умеренными нарушениями функций организма устанавливается от уровня снижения квалификации, объема производственной деятельности или категории тяжести труда:

3.1. До 60% утраты профессиональной трудоспособности устанавливается в случаях, если потерпевший утратил профессию и может выполнять легкие неквалифицированные виды труда;

может выполнять работу по профессии, но со снижением квалификации на четыре тарификационных разряда; может выполнять неквалифицированный физический труд со снижением разряда работ на четыре категории тяжести.

3.2. До 50% утраты профессиональной трудоспособности устанавливается в случаях, если потерпевший может выполнять работу по профессии со снижением квалификации на три тарификационных разряда; может выполнять работу по профессии с уменьшением объема производственной деятельности (на 0,5 ставки); может выполнять неквалифицированный физический труд со снижением разряда работ на три категории тяжести.

3.3. От 25 до 40% утраты профессиональной трудоспособности устанавливается в случаях, если потерпевший может выполнять работу по профессии с уменьшением объема производственной деятельности; работу не по профессии, но с использованием профессиональных навыков; работу по

профессии со снижением квалификации на два тарификационных разряда; неквалифицированный физический труд со снижением разряда работ на две категории тяжести.

Примерами клинико-функциональных критериев установления от 25 до 60 процентов утраты профессиональной трудоспособности потерпевшим с последствиями производственных травм и профессиональных заболеваний при возможности выполнения трудовой деятельности в обычных производственных условиях являются умеренные нарушения статодинамической функции:

умеренный парез обеих нижних конечностей, тетрапарез, трипарез, гемипарез, монопарез с гипотрофией мышц бедра на 5-7 см, голени – на 4-5 см, повышением мышечного тонуса по спастическому типу или гипотонией мышц с умеренным ограничением амплитуды активных движений во всех сосудах нижних конечностей – тазобедренных (до 15-20 градусов), коленных – (до 16-20 градусов), голеностопных – (до 14-18 градусов); умеренным снижением мышечной силы (до 3 баллов), спастической, паретической, перональной походкой с незначительным или умеренным свисанием стоп; передвижение иногда с использованием дополнительной опоры трость);

умеренное нарушение биомеханики ходьбы – увеличение количества шагов при ходьбе на 100 метров до 170-190, увеличение длительности двойного шага до 2,0-3,0 секунд, уменьшение темпа ходьбы до 50-60 шагов в минуту, снижение коэффициента ритмичности ходьбы до 0,82-0.75, умеренное снижение скорости передвижения до 2,0 км в час;

умеренное нарушение биоэлектрической активности - асимметрия коэффициента биологической активности в пределах более 25%, но менее 70% от нормы;

умеренный парез верхней конечности: гемипарез с ограничением амплитуды активных движений в плечевом суставе (35-45 градусов), локтевом (30-45 градусов), лучезапястном (30-40 градусов), умеренным снижением мышечной силы конечности (3 балла), ограничением противопоставления большого пальца кисти (дистальная фаланга большого пальца достигает основания 4 пальца), ограничением сгибания пальцев в кулак (дистальные фаланги пальцев не достигаются ладони на расстоянии 1-2 см), с затруднением схватывания мелких предметов; на ЭМГ – умеренное снижение амплитуды биоэлектрической активности мышц верхних конечностей в пределах 25-75% от нормы;

контрактура плечевого сустава с объемом движений в пределах 30-90 градусов, локтевого сустава – 80-130 градусов, лучезапястного сустава – 120-130 градусов (сгибательная контрактура и разгибательная контрактура – 200-220 градусов); анкилозы суставов в функционально выгодном положении; отсутствие трех пальцев рук, исключая первый палец, с затруднением схватывания мелких предметов;

умеренные вестибулярно-мозжечковые нарушения: головокружения при резких изменениях положения головы. Туловища, езде на транспорте; спонтанный нистагм I или I-II степени; умеренные статодинамические нарушения (пошатывание в позе Ромберга, при ходьбе, промахивание при пяточно-коленной пробе); гиперрефлексия вестибулярной возбудимости с продолжительностью поствращательного нистагма 50-80 секунд, калорического нистагма – 90-110 секунд;

ампутационные культы конечности (бедра. Голени, обеих стоп на уровне сустава Шопара, Лисфранка), умеренная сгибательная или разгибательная контрактура тазобедренного сустава, коленного сустава; сгибательная контрактура голеностопного сустава (эквинусная стопа); укорочение нижней конечности на 5-7 см; анкилозы суставов в функционально выгодном положении – угол сгибания в тазобедренном суставе в пределах 160-170 градусов, в коленном суставе – 170-180 градусов, в голеностопном – 95-100 градусов;

дыхательная недостаточность I-II степени нарушение кровообращения I-II стадии (одышка при умеренном физическом напряжении, усиление цианоза после умеренной физической нагрузки, частота дыхания в покое до 20 в одну минуту, учащение частоты дыхания на 12-16 минут после физической нагрузки с восстановлением до исходного уровня в течение 5 минут, незначительная тахикардия (90-99 ударов в минуту), умеренное снижение жизненной емкости легких до 56-69 процентов должной, максимальной вентиляции легких – до 142-148%, снижение индекса Тиффно до 74-55%, коэффициента использования кислорода до 36-44%, поглощения кислорода в минуту – 277-287 мл, признаки умеренного снижения сократительной способности миокарда правого желудочка в сочетании с нарушением легочной гемодинамики);

умеренные сенсорные нарушения: нарушения функций зрительного анализатора – средняя степень слабовидения: снижение остроты зрения единственного или лучше видящего глаза с коррекцией равно или более 0,1 поле зрения – периферические границы менее 40 градусов, но шире

20 градусов. Зрительная работоспособность умеренно снижена, показатели ЭФИ – пороги Э-У – 100-150 мкА, лабильность от 30-35 до 40-43 Гц, КЧСМ от 30 до 40-43 п/сек; умеренное снижение слуха – восприятие разговорной речи до 2-3 метров, шепотной речи – до 0,5-0 метров, средний слуховой порог – 41-60 дцБ, порог разборчивости речи 50-70 дцБ;

умеренные нарушения функции тазовых органов: отсутствие ощущения наполнения мочевого пузыря, при цистометрии емкость мочевого пузыря при гипотонии детрузора 500-400 мл, остаточной мочи – более 100 мл при гипертонии детрузора емкость – 20-125 мл; длительная задержка дефекации – до 3-4 суток; недостаточность сфинктера – недержание газов, анальный рефлекс снижен, тонус и волевые сокращения сфинктера ослаблены, манометрия выявляет умеренное снижение давления наружного сфинктера – 16-25 мм рт. ст., внутреннего сфинктера – 26-40 мм рт. ст.

4) – 10-24% - если пострадавший может продолжать профессиональную деятельность с умеренным или незначительным снижением квалификации (на I тарификационный разряд или со снижением разряда работ на I категорию тяжести), либо с уменьшением объема выполняемой работы (на 1/3-1/10 часть прежней загрузки), либо при изменении условий труда, влекущих за собой снижение заработной платы или если выполнение его профессиональной деятельности требует большего напряжения, чем прежде.

То есть степень утраты профессиональной трудоспособности потерпевшим, имеющим незначительные нарушения функций организма вследствие производственных травм или профессиональных заболеваний, определяется в зависимости от уровня снижения квалификации, объема производственной деятельности или категории тяжести труда.

4.1. 24% утраты профессиональной трудоспособности устанавливается в случаях, если потерпевший может выполнять работу по профессии со снижением квалификации на один тарификационный разряд; неквалифицированный физический труд со снижением разряда работ на одну категорию тяжести;

работу по основной профессии с незначительным снижением объема профессиональной деятельности (снижением нормы выработки на 1/3 часть прежней загрузки).

4.2. 20% утраты профессиональной трудоспособности устанавливается в случае, если потерпевший может выполнять работу со снижением объема профессиональной деятельности на 1/5 часть прежней загрузки; 10% утраты профессиональной трудоспособности устанавливается в случае, если потерпевший может выполнять работу по профессии со снижением объема профессиональной деятельности на 1/10 часть прежней загрузки.

Примерами клинко-функциональных критериев для установления от 10 до 24% утраты профессиональной трудоспособности потерпевшим с последствиями производственных травм и профессиональных заболеваний при возможности выполнения трудовой деятельности в обычных производственных условиях с незначительным снижением квалификации, категории тяжести труда или уменьшением объема производственной деятельности являются незначительные нарушения статодинамической функции:

Легкий парапарез, тетрапарез, гемипарез, монопарез нижней конечности с гипотрофией мышц бедра и голени на 1,5-2,0 см (вялый парез), снижением мышечной силы (до 4 баллов) с полным объемом движением во всех суставах, с незначительными нарушениями биомеханики ходьбы – увеличение количества шагов при ходьбе на 100 метров до 150-160, увеличение длительности двойного шага до 1,5-1,7 секунд, уменьшение темпа ходьбы до 64-70 шагов в минуту, снижение коэффициента ритмичности ходьбы до 0,85-0,90, снижение скорости передвижения до 3,0 км в час; с незначительным снижением на ЭМГ амплитуды колебаний биоэлектрической активности до 25% от нормы;

легкий парез одной или обеих верхних конечностей с гипотрофией мышц плеча, предплечья на 1,5-2,0 см (вялый парез), снижением мышечной силы во всех отделах одной или обеих верхних конечностей до 4 баллов, с сохранением активных движений в суставах в полном объеме и основной функции кисти – схватывания и удержания предметов; на ЭМГ – незначительное снижение амплитуды биоэлектрической активности мышц верхних конечностей до 25% от нормы;

незначительная контрактура плечевого, локтевого или лучезапястного суставов; отсутствие одного – двух пальцев рук, исключая первый палец, с сохранением основной функции кисти;

легкие вестибулярно-мозжечковые нарушения: головокружения, возникающие эпизодически; иногда спонтанный нистагм I степени;

легкие статодинамические нарушения (неустойчивость в позе Ромберга, Сарбо), гиперрефлексия вестибулярной возбудимости с продолжительностью поствращательного нистагма 50-80 секунд, калорического нистагма 80-90 секунд;

незначительная контрактура суставов нижних конечностей: в голеностопном суставе разгибание до угла 100 градусов с эквинусным положением стопы (сгибательная контрактура), сгибание до угла 80 градусов – пяточная стопа (разгибательная контрактура);

дыхательная недостаточность I степени, нарушение кровообращения I стадии (одышка при значительном физическом напряжении, быстрой ходьбе, частота дыхания в покое в пределах нормы до 16-20 в одну минуту, учащение частоты дыхания на 10-12 в минуту после физической нагрузки – 10 приседаний или наклонов туловища вперед с восстановлением до исходного уровня в течение 3 минут, нерезкое усиление цианоза после физической –нагрузки, незначительное снижение жизненной емкости легких до 80-90% должной, максимальной вентиляции легких – до 60-74%, увеличение минутного объема дыхания до 130-140%, поглощения кислорода в минуту – до 260-170 мл, признаки компенсаторной гиперфункции миокарда правого желудочка);

легкие сенсорные нарушения: нарушения функций зрительного анализатора – малая степень слабости зрения единственного или лучше видящего глаза, острота зрения с коррекцией более 0,3, поля зрения – периферической границы в норме или сужены поля до 40 градусов, зрительная работоспособность в норме, показатели ЭФИ – пороги Э-U от 80 до 100 мкА, лаб. Свыше 40 до 43-45 Гц, КЧСМ свыше 40 до 43-45 п/сек; нарушение слуха – восприятие разговорной речи до 3-5 метров, шепотной речи – до 1,5-2,0 метров, средний слуховой порог 20-40 дцБ, порог разборчивости речи – 30-40 дцБ;

легкие нарушения функции тазовых органов: слабая выраженность чувства позыва к мочеиспусканию, при цистометрии емкость мочевого пузыря 200-250 мл, остаточная моча – до 50 мл; задержка дефекации – в течение 2-3 суток; недержание газов, анальный рефлекс снижен, тонус сфинктера снижен, монотрия выявляет снижение давления наружного сфинктера – 22-33 мм рт. ст., внутреннего сфинктера – 41-57 мм рт. ст.

5) степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах с учетом возможности выполнения любой трудовой деятельности определяется – если диагностированное в период трудовой деятельности профессиональное заболевание или последствия несчастного случая на производстве не повлекли за собой утрату профессиональной трудоспособности работника и позволяли ему выполнять работу по соответствующей профессии без снижения квалификации, класса тяжести труда вплоть до выхода на пенсию по возрасту, но на момент освидетельствования сами по себе ограничивают способность к труду.

6) не определяется степень утраты профессиональной трудоспособности – если диагностированное в период трудовой деятельности профессиональное заболевание или последствия несчастного случая на производстве не повлекли за собой утраты работником профессиональной трудоспособности в период трудовой деятельности, позволяли ему выполнять работу по соответствующей профессии без снижения квалификации, класса тяжести труда вплоть до выхода на пенсию по возрасту и на момент освидетельствования сами по себе не ограничивают способность к трудовой деятельности.

Степень утраты профессиональной трудоспособности при повторных несчастных случаях на производстве и профессиональных заболеваниях определяют на момент освидетельствования по каждому из них отдельно, независимо от того, имели они место в период работы у одного работодателя или разных работодателей, с учетом профессиональных знаний и умений пострадавшего, и в целом не может превышать 100%.

При повторном освидетельствовании пострадавшего после проведения реабилитационных мероприятий МРЭК при установлении степени утраты профессиональной трудоспособности учитывает повреждение здоровья вследствие несчастного случая на производстве и профессионального заболевания, возможность выполнять работу по профессии, полученной в результате обучения или переобучения, способность пострадавшего выполнять профессиональную деятельность, предшествующую несчастному случаю на производстве или профессиональному заболеванию, с учетом имеющихся у него профессиональных знаний и умений.

В случае уклонения (отказа) пострадавшего от выполнения рекомендованных реабилитационных мероприятий вопрос о степени утраты профессиональной трудоспособности рассматривают с учетом возможности выполнять любую трудовую деятельность.

При установлении степени утраты профессиональной трудоспособности МРЭК определяет нуждаемость пострадавшего в следующих видах медицинской, социальной и профессиональной реабилитации:

- в дополнительной медицинской помощи, в том числе дополнительное питание, лекарственные средства и изделия медицинского назначения;
- в постороннем специальном медицинском уходе за пострадавшим, в том числе осуществляемым членами его семьи;
- в постороннем бытовом уходе за пострадавшим, в том числе осуществляемым членами его семьи;
- в санаторно-курортном лечении, а в необходимых случаях – в нуждемости в сопровождающем на период санаторно-курортного лечения и проезда к месту этого лечения;
- в протезировании и обеспечении приспособлениями, необходимыми пострадавшему для трудовой деятельности и в быту;
- в обеспечении специальными транспортными средствами (автомобиль, вело и креслоколяски);
- в профессиональном обучении (переобучении).

На каждого потерпевшего, а также лицо, имеющее право на возмещение ущерба в связи со смертью кормильца, МРЭК при необходимости, составляет акт освидетельствования.

Справка о результатах определения степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах, нуждемости в дополнительных видах помощи выдается на руки освидетельствуемому, выписка из акта освидетельствования во МРЭК о результатах определения степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах, нуждемости в дополнительных видах помощи высылается организации или народному суду, направившим рабочего или служащего на освидетельствование во МРЭК.

Если потерпевший направлен во МРЭК с недостаточно обоснованным клиническим диагнозом, что не позволяет вынести экспертное решение, МРЭК направляет больного в лечебно-профилактическое учреждение для дополнительного амбулаторного или стационарного обследования с целью уточнения диагноза и степени нарушения функций организма или запрашивает необходимые сведения, в том числе и выписку из медицинской карты стационарного больного, медицинскую карту амбулаторного больного и т.д.

Если потерпевший обратился во МРЭК до истечения 3-х лет с того дня, когда он вследствие трудового увечья лишился прежнего заработка, МРЭК устанавливает степень утраты профессиональной трудоспособности со дня, когда потерпевший вследствие трудового увечья лишился прежнего заработка.

При обращении во МРЭК по истечении 3-х лет со дня, когда потерпевший вследствие трудового увечья лишился прежнего заработка, МРЭК устанавливает степень утраты профессиональной трудоспособности со дня обращения больного к администрации. В указанном случае степень утраты профессиональной трудоспособности за прошлое время не определяется.

Если потерпевшему ранее определялась степень утраты трудоспособности в связи с трудовым увечьем, МРЭК устанавливает ее независимо от времени обращения за весь период со дня окончания срока действия указанной в прошлом утраты профессиональной трудоспособности, при этом МРЭК пользуется данными лечебно-профилактического учреждения, характеризующими состояние здоровья потерпевшего за тот период, в отношении которого устанавливается утрата профессиональной трудоспособности.

Срок переосвидетельствования при определении степени утраты профессиональной трудоспособности устанавливается через шесть месяцев, один или два года в зависимости от характера последствий трудового увечья и возможности полного или частичного восстановления трудоспособности под влиянием мероприятий по медицинской, профессиональной и социально-трудовой реабилитации.

Без указания срока переосвидетельствования степень утраты профессиональной трудоспособности устанавливается, если у рабочего или служащего последствия повреждения здоровья, связанного с исполнением ими трудовых обязанностей приводят к установлению группы инвалидности без указания срока переосвидетельствования, а также мужчинам по достижении 55 лет и женщинам по достижении 50 лет.

Переосвидетельствование ранее указанных сроков производится:

- районными, межрайонными, городскими МРЭК в случае изменения состояния здоровья и трудоспособности по инициативе ВКК, а также по инициативе потерпевшего при наличии направления из лечебно-профилактического учреждения;

- республиканский, областными, центральной городской МРЭК г. Минска, по заявлению граждан, ходатайству администрации организации, по предписанию доверенных врачей профсоюзов, если в результате тщательной проверки всех обстоятельств дела, медицинской документации и т.д. выявлены факты неправильного или необоснованного заключения МРЭК проводит контрольное переосвидетельствование и в необходимых случаях изменяет или отменяет ранее принятое решение.

Переосвидетельствование мужчин старше 55 лет и женщин старше 50 лет, производится только по их заявлению, либо если решение МРЭК вынесено на основании подложных документов.

При несогласии освидетельствуемого с решением районной, межрайонной, городской МРЭК он в течение месяца имеет право подать об этом письменное заявление в областную, центральную городскую (г. Минска) МРЭК, либо во МРЭК, в которой он проходил освидетельствование, или в соответствующее управление здравоохранения. При обжаловании непосредственно в областную, центральную городскую МРЭК они запрашивают в 3-хдневный срок из районной, межрайонной, городской МРЭК все необходимые документы.

МРЭК проводившая освидетельствование в 3-хдневный срок со дня получения заявления направляет все имеющиеся документы вместе с заявлением на рассмотрение областной, центральной городской (г. Минска) МРЭК, которая не позднее месяца со дня подачи заявления проводит переосвидетельствование больного и выносит решение по данному случаю. В случае обжалования непосредственно в республиканскую, областную, центральную городскую МРЭК, 3-хдневный срок исчисляется со дня поступления запроса этих комиссий в районную, межрайонную, городскую МРЭК.

Решение республиканской, областной, центральной городской (г. Минск) МРЭК может быть обжаловано в Министерство здравоохранения Республики Беларусь.

Министерство здравоохранения при выявлении фактов нарушения законодательства о медицинской экспертизе поручает другому составу областной, центральной, городской или республиканской МРЭК вновь приступить к рассмотрению с учетом имеющихся обстоятельств вопроса, решение по которому обжалуется, а также принимает другие меры, обеспечивающие соблюдение законности при проведении экспертизы.

11.8. Медицинские противопоказания к допуску на работы

При установлении соответствия состояния здоровья свидетельствуемого требованиям профессии учитываются абсолютные и относительные медицинские или технические противопоказания к продолжению работы.

Абсолютными медицинскими противопоказаниями называются такие противопоказания, которые при продолжении профессиональной деятельности больного неизбежно приведут у прогрессированию или обострению имеющегося заболевания. При наличии абсолютных медицинских противопоказаний инвалид должен быть отстранен от такой работы даже в том случае, если он может справляться со своими обязанностями, выполнять производственный план и обеспечивать надлежащее качество выпускаемой продукции. К абсолютным техническим противопоказаниям следует отнести также последствия заболеваний или дефекты, при которых больной либо вовсе не способен удовлетворять основным требованиям производственного, либо может нарушить его.

К **относительным противопоказаниям** как медицинским, так и техническим, относятся такие, при которых продолжение работы может ухудшить состояние здоровья или способствовать снижению производительности труда. При этом ухудшение состояния может наступить не в ближайшем будущем, а в более отдаленные сроки, либо может вовсе не наступить.

Больные, которым продолжение работы в обычных производственных условиях, свойственных данной профессии, абсолютно противопоказано, подлежат, как правило, направлению на МРЭК. Больные, у которых имеются только относительные противопоказания к продолжению трудовой деятельности. Обычно на МРЭК не направляются, и в случае необходимости облегченные условия, не связанные со снижением квалификации и уменьшением объема производственной

деятельности, могут быть им предоставлены по заключению врачебно-консультационной комиссии лечебно-профилактических учреждений.

Перечень медицинских противопоказаний в зависимости от характера проводимых работ и работ, связанных с вредными и опасными веществами и неблагоприятными факторами утвержден Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 08.08.2000 г. № 33 «О порядке проведения обязательных медицинских осмотров работников».

**Медицинские противопоказания к допуску на работы
в целях предупреждения заболеваний и обеспечение безопасности**

№ п/п	Характер проводимых работ	Медицинские противопоказания в дополнение к общим противопоказаниям
1.	Работы на высоте, верхолазные работы с подъемом на высоту, а также по обслуживанию подъемных сооружений	<p>1. Работы на высоте и связанные с подъемом на высоту, по обслуживанию подъемных сооружений (крановщики башенных, козловых, мостовых, гусеничных, автомобильных, железнодорожных, портовых и плавучих кранов; если крановщики автомобильных или гусеничных кранов и рабочие ремонтники одновременно являются водителями, следует пользоваться перечнем медицинских противопоказаний для водителей).</p> <p>1.1. Грыжи, препятствующие работе и имеющие склонность к ущемлению, доброкачественные опухоли. Препятствующие выполнению работ средней тяжести.</p> <p>1.2. Хронические заболевания периферической нервной системы.</p> <p>1.3. Облитерирующий эндартериит.</p> <p>1.4. Выраженное расширение вен: Тромбофлебит нижних конечностей, геморрой с частыми обострениями и кровотечением.</p> <p>1.5. Стойкое понижение слуха любой этиологии одно- и двустороннее (шепотная речь менее 3 метров).</p> <p>1.6. Нарушение функции вестибулярного аппарата, в том числе болезнь Меньера.</p> <p>1.7. Болезни органов зрения: а) острота зрения без коррекции ниже 0.5 на одном глазу и ниже 0,2 на другом. б) ограничение поля зрения более чем 2- градусов. в) не поддающиеся лечению дакриоцисты и неизлечимое слезотечение. г) глаукома.</p> <p>1.8. Эпилепсия и синкопальные состояния.</p> <p>1.9. Аномалии положения женских половых органов. Хронические воспалительные заболевания матки и придатков с частыми обострениями.</p> <p>1.10. Гипертоническая болезнь с кризами.</p> <p>1.11. ИБС, стенокардия ФК II.</p> <p>2. Лифтеры и проводники скоростных лифтов (к приему на работу для лифтеров обычных лифтов противопоказаний нет).</p> <p>2.1. Нарушение функции вестибулярного аппарата, в том числе болезнь Меньера.</p> <p>2.2. Стойкое понижение слуха любой этиологии (шепотная речь менее 3 метров).</p> <p>2.3. Острота зрения с коррекцией ниже 0,5 на одном глазу и ниже 0,2 на другом, или 0.7 при отсутствии бинокулярного зрения.</p>

2.	<p>Электротехнический персонал, выполняющий работы по оперативному обслуживанию и ремонту в действующих электроустройствах напряжением 42 В и выше переменного тока и 110 В и выше постоянного тока, а также выполняющие монтажные работы, испытания и измерения в этих электроустройствах.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Стойкое понижение слуха любой этиологии, одно- и двустороннее (шепотная речь менее 3 метров), (кроме работ по ремонту и эксплуатации электронно-вычислительных машин). 2. Острота зрения с коррекцией ниже 0,5 на одном глазу и ниже 0,2 на другом (при подземных работах – без коррекции). 3. Стойкое слезотечение, не поддающееся лечению. 4. Ограничение поля зрения более, чем на 20 градусов. 5. Нарушение функции вестибулярного аппарата. 6. Алкоголизм, наркомания, токсикомания – индивидуально. 7. Психическое заболевание. Психопатия. 8. Эпилепсия и синкопальные состояния.
3.	<p>Лесозаготовительные работы, включая рубки главного, промежуточного пользования и прочие рубки (валка леса, транспортирование, сплав и первичная обработка древесины), лесоустроительные (полевые и изыскательные) работы, а также работы в государственной лесной охране.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Выраженное расширение вен. Тромбофлебит нижних конечностей, геморрой с частыми обострениями и кровотечением. 2. Облитерирующий эндартериит. 3. Грыжи. 4. Хронические заболевания периферической нервной системы. 5. Стойкое понижение слуха любой этиологии (шепотная речь менее 3 метров). 6. Нарушение функции вестибулярного аппарата. 7. Острота зрения с коррекцией ниже 0,5 на одном глазу и ниже 0,2 на другом.
4.	<p>Работы в нефтяной и газовой промышленности, в том числе вахтовым методом, в районах Крайнего Севера и приравненных к ним районах, пустынных и других отдаленных необжитых районах.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Хронические заболевания периферической нервной системы. 2. Облитерирующий эндартериит, выраженное расширение вен, тромбофлебит, геморрой с частыми обострениями, кровотечением. 3. Грыжи с наклоном к ущемлению, выпадение прямой кишки. 4. Стойкое понижение слуха любой этиологии, одно- и двустороннее (шепотная речь менее 3 метров). 5. Нарушение функции вестибулярного аппарата, в том числе болезнь Меньера. 6. Распространенные субатрофические изменения всех отделов верхних дыхательных путей. 7. Острота зрения с коррекцией ниже 0,5 на одном глазу и ниже 0,2 на другом (при подземных работах – без коррекции, при стаже более 10 лет в виде исключения – с коррекцией). 8. Стойкое слезотечение, не поддающееся лечению. 9. Хронические, часто обостряющиеся заболевания кожи. 10. Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки. 11. Хронические заболевания печени, желчевыводящей системы, поджелудочной железы с частыми обострениями. 12. Бронхиальная астма, туберкулез легких. 13. Аномалии положения женских половых органов. <p>Хронические воспалительные заболевания матки и придатков с частыми обострениями.</p>
5.	<p>Все виды подземных работ</p>	<p>Смотри пункт 4 и Гипертоническая болезнь с кризами. Стенокардия ФК II.</p>

6.	Работы, связанные с обслуживанием сосудов под давлением	<ol style="list-style-type: none"> 1. Острота зрения с коррекцией ниже 0,5 на одном глазу и 0,2 на другом. 2. Ограничения поля зрения более, чем на 20 градусов. 3. Стойкое слезотечение, не поддающееся лечению. 4. Стойкое понижение слуха любой этиологии, одно- и двустороннее (шепотная речь менее 3 метров).
7.	Машинисты (кочегары), операторы котельной, работники службы газнадзора	<ol style="list-style-type: none"> 1. Нарушение функций вестибулярного аппарата. 2. Выраженные формы заболеваний верхних дыхательных путей и органов дыхания с нарушением функции. 3. Хронические рецидивирующие заболевания кожи. 4. Заболевания, препятствующие работе в противогазе (для работников службы газового надзора).
8.	Работы, связанные с применением взрывчатых материалов, работы во взрывоопасных производствах народного хозяйства	<ol style="list-style-type: none"> 1. Органические заболевания центральной нервной системы с неблагоприятным течением. 2. Хронические заболевания периферической нервной системы. 3. Стойкое понижение слуха любой этиологии, одно- и двустороннее (шепотная речь менее 3 метров). 4. Стойкое слезотечение, не поддающееся лечению. 5. Алкоголизм, наркомания, токсикомания. 6. Психопатия.
9.	Работники военизированной охраны, спецсвязи, аппарата инкассации и работники других служб, которым разрешено ношение огнестрельного оружия	<ol style="list-style-type: none"> 1. Отсутствие конечности кисти, стопы. 2. Заболевания периферических сосудов (облитерирующий эндартериит, варикозное расширение вен и другие). 3. Хронические заболевания периферической нервной системы. 4. Хронические, часто обостряющиеся заболевания кожи. 5. Острота зрения с коррекцией ниже 0,5 на одном глазу и 0,2 на другом или 0,7 на одном глазу при отсутствии зрения на другом. 6. Стойкое понижение слуха любой этиологии (восприятие шепотной речи менее 3 метров). 7. Органические заболевания центральной нервной системы. 8. Алкоголизм, наркомания, токсикомания.
10.	Газоспасательная служба, добровольные дружины, военизированные отряды по предупреждению возникновения и ликвидации открытых газовых и нефтяных фонтанов, военизированные горные, горно-спасательные команды, пожарная охрана	<ol style="list-style-type: none"> 1. Хронические заболевания периферической нервной системы. 2. Алкоголизм, наркомания, токсикомания. 3. Психические заболевания (даже на стадии ремиссии). 4. Все заболевания сердечно-сосудистой системы, даже при наличии компенсации. 5. Все хронические заболевания органов дыхания. 6. Болезни зубов, полости рта, отсутствие зубов, мешающие захватыванию загубника, наличие съемных протезов, альвеолярная пиорея, стоматиты, периодонтит, анкилозы и контрактуры нижней челюсти, челюстной артрит. 7. Общее физическое недоразвитие опорно-двигательного аппарата. 8. Деформация грудной клетки, вызывающая нарушения дыхания и затрудняющая работу в противогазах. 9. Болезни органов брюшной полости, вызывающие нарушения их функции и затрудняющие выполнение физических работ. 10. Любые заболевания позвоночника, верхних и нижних конечностей с нарушением их функции. 11. Доброкачественные опухоли, препятствующие выполнению работ в противогазах.

		<p>12. Грыжи (все виды).</p> <p>13. Облитерирующий эндартерит. Варикозное расширение вен и трофические язвы нижних конечностей. Тромбофлебит. Геморрой.</p> <p>14. Искривление носовой перегородки с нарушением функции носового дыхания.</p> <p>15. Распространенные дистрофические изменения верхних дыхательных путей.</p> <p>16. Хронические заболевания среднего уха.</p> <p>17. Нарушение функций вестибулярного аппарата.</p> <p>18. Понижение слуха даже на одно ухо любой этиологии (восприятие шепотной речи менее 3 м).</p> <p>19. Нарушение остроты зрения ниже 0,8 на одном глазу и ниже 0,5 на другом, коррекция не допускается.</p> <p>20. Хронические заболевания слезовыводящих путей, век, органические недостатки век, препятствующие полному их смыканию, свободному движению глазного яблока.</p> <p>21. Ограничение поля зрения более чем на 10 градусов.</p> <p>22. Сахарный диабет.</p>
11.	Работы на механическом оборудовании (токарных, фрезевых и других станках, штамповочных прессах)	<p>1. Острота зрения с коррекцией ниже 0,5 на одном глазу, ниже 0,2 на другом.</p> <p>2. Нарушение функций вестибулярного аппарата.</p> <p>3. Эпилепсия и синкопальные состояния.</p> <p>4. Хронические заболевания слезовыводящих путей, век, органические недостатки век, препятствующие полному их смыканию, свободному движению глазного яблока.</p> <p>5. Заболевания сердечно-сосудистой системы. (Гипертоническая болезнь II степени с кризами).</p>
12.	Работники внутризаводского (цехового) транспорта (водители автогрузчиков, электрокаров и другие)	<p>1. Нарушение функции вестибулярного аппарата, в том числе болезнь Меньера.</p> <p>2. Стойкое понижение слуха любой этиологии. Одно- и двустороннее (шепотная речь менее 3 м).</p> <p>3. Болезни органов зрения:</p> <p>3.1. острота зрения с коррекцией ниже 0,5 на одном глазу, ниже 0,2 на другом;</p> <p>3.2. стойкое слезотечение, не поддающееся лечению;</p> <p>3.3. нарушение цветоощущения при восприятии и применении цветовой сигнализации;</p> <p>3.4. ограничение полей зрения более, чем на 20 градусов.</p> <p>4. Алкоголизм, наркомания, токсикомания.</p>
13.	Работники плавающего состава, работники службы пути и гидросооружений речного флота, маломерных судов	<p>1. Хронические заболевания периферической нервной системы.</p> <p>2. Алкоголизм, наркомания, токсикомания.</p> <p>3. Психические заболевания (даже на стадии ремиссии).</p> <p>4. Все заболевания сердечно-сосудистой системы, даже при наличии компенсации.</p> <p>5. Все хронические заболевания органов дыхания.</p> <p>6. Болезни зубов, полости рта, отсутствие зубов, мешающие захватыванию загубника, наличие съемных протезов, альвеолярная пиорея, стоматиты, периодонтит, анкилозы и контрактуры нижней челюсти, челюстной артрит.</p> <p>7. Общее физическое недоразвитие опорно-двигательного аппарата.</p> <p>8. Деформация грудной клетки, вызывающая нарушения дыхания и затрудняющая работу в противогазах.</p> <p>9. Болезни органов брюшной полости, вызывающие</p>

		<p>нарушения их функции и затрудняющие выполнение физических работ.</p> <p>10. Любые заболевания позвоночника, верхних и нижних конечностей с нарушением их функции.</p> <p>11. Доброкачественные опухоли, препятствующие выполнению работ в противогазах.</p> <p>12. Грыжи (все виды).</p> <p>13. Облитерирующий эндартерит. Варикозное расширение вен и трофические язвы нижних конечностей. Тромбофлебит. Геморрой.</p> <p>14. Искривление носовой перегородки с нарушением функции носового дыхания.</p> <p>15. Распространенные дистрофические изменения верхних дыхательных путей.</p> <p>16. Хронические заболевания среднего уха.</p> <p>17. Нарушение функций вестибулярного аппарата.</p> <p>18. Понижение слуха даже на одно ухо любой этиологии (восприятие шепотной речи менее 3 м).</p> <p>19. Нарушение остроты зрения ниже 0,8 на одном глазу и ниже 0,5 на другом, коррекция не допускается.</p> <p>20. Хронические заболевания слезовыводящих путей, век, органические недостатки век, препятствующие полному их смыканию, свободному движению глазного яблока.</p> <p>21. Ограничение поля зрения более чем на 10 градусов.</p> <p>22. Сахарный диабет.</p>
14.	Работники сельского хозяйства	
14.1	Механизаторы (смотри подпункты 4.3, 4.4 Приложение 1)	<p>1. Хронические заболевания воспалительного и дегенеративного характера оболочек глаза с нарушением функции зрения, заболевания зрительного нерва.</p> <p>2. Хронические заболевания переднего отдела глаз (век, конъюнктуры, роговицы, слезоотводящих путей).</p> <p>3. Глаукома.</p> <p>4. Диплопия, выраженный нистагм, нарушение бикулярного зрения.</p> <p>5. Понижение остроты зрения (ниже 0,6 на одном глазу при зрении ниже 0,8 на другом). Ограничение зрения более чем на 10 градусов в любом меридиане.</p> <p>6. Хроническое одностороннее или двустороннее воспаление среднего уха. Стойкое понижение слуха на оба уха при шепотной речи менее 3 м.</p> <p>7. нарушение функции вестибулярного аппарата.</p> <p>8. Заболевания, ограничивающие движения конечностей (рубцы, изменения в суставах, укорочение нижней конечности более 10 см и т.д.).</p> <p>9. Выраженные травматические деформации с наличием неврологической симптоматики и дефекты костей черепа.</p> <p>10. Заболевания сосудов конечностей с склонностью к ангиоспазмам.</p> <p>11. Все виды грыж брюшной стенки и диафрагмы, водянка яичка или семенного канатика, резко затрудняющие движение.</p> <p>12. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, хронические заболевания печени, желчного пузыря, поджелудочной железы с частыми обострениями.</p> <p>13. Хронические заболевания почек (нефрит, нефроз,</p>

		<p>пиелонефрит и другие) с нарушением функции.</p> <p>14. Хронические рецидивирующие заболевания периферической нервной системы.</p> <p>15. Хронический алкоголизм.</p> <p>16. Выраженная вегетативная дисфункция.</p> <p>17. женские болезни (выпадение и опущение матки. Влагалища, опухоли половых органов, хронические воспалительные заболевания, расстройства менструального цикла, самопроизвольные аборты). Беременность любого срока и период лактации.</p> <p>18. Хронические заболевания кожи.</p>
14.2	Рабочие ремонтных мастерских (слесари, токари, электросварщики, аккумуляторщики, кузнецы и другие)	Смотри соответствующие пункты Приложения 1 и 2 (в зависимости от трудового процесса)
14.3	Животноводы (доярки, скотники, свиноводы, телятницы и другие)	Смотри подпункт 14.1
14.4	Птицеводы (птичницы, операторы сортировщики яиц, рабочие убойных цехов и другие)	Смотри подпункт 14.1
14.5	Агрономы по защите растений. Кладовщики складов ядохимикатов, тепличницы, рабочие по защите растений, смотри подпункты 1.28 т 1.43 Приложение 1.	<p>1. Органические заболевания центральной нервной системы, в том числе эпилепсия.</p> <p>2. Психические заболевания (даже в стадии ремиссии), психопатии, неврозы.</p> <p>3. Выраженная вегетативная дисфункция.</p> <p>4. Хронические заболевания печени.</p> <p>5. Выраженный атрофический ринофарингит, ларингит, озена. Хронические воспалительные заболевания придаточных полостей носа.</p> <p>6. Заболевания органов и сердечно-сосудистой системы, препятствующие работе в противогазе.</p> <p>7. Хронические заболевания переднего отдела глаз (конъюнктуры, роговицы, слезоотводящих путей, век).</p> <p>8. Хронические заболевания кожи.</p>
14.6	Работники закрытого грунта (тепличницы, агрономы и другие)	<p>1. Органические заболевания центральной нервной системы, в т.ч. эпилепсия.</p> <p>2. Психические заболевания (даже в стадии ремиссии), психопатии, неврозы.</p> <p>3. Выраженная вегетативная дисфункция.</p> <p>4. Заболевания сердечно-сосудистой системы (пороки сердца, гипертоническая болезнь всех стадий, стенокардия).</p> <p>5. Хронический бронхит, бронхиальная астма. Пневмосклероз, эмфизема легких и другие заболевания органов дыхания. Препятствующие работе в противогазе.</p> <p>7. Выраженный атрофический ринофарингит, ларингит, озена. Хронические воспалительные заболевания придаточных полостей носа. Хронический тонзилит трахеит.</p> <p>8. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, хронический энтерит и энтероколит с наклонность к частым обострениям.</p> <p>9. Хронические заболевания печени.</p> <p>10. Нефрит, нефроз, нефросклероз.</p> <p>11. Нарушения овариально-менструальной функции с</p>

		наклонностью к кровотечению. 12. Хронические заболевания переднего отрезка глаз (конъюнктивы, роговицы, слезоотводящих путей, век), глаукома. 13. Хронические заболевания кожи.
15.	Наземное техническое обслуживание авиационной техники и авиационных сооружений	1. Психические заболевания, в том числе в стадии ремиссии. 2. Хронические заболевания периферической нервной системы. 3. Органические заболевания центральной нервной системы. 4. Алкоголизм, наркомания, токсикомания.
16.	Управление воздушным движением (руководящий и инспекторский состав отдела движения самолетов и диспетчерской службы управления, дежурный штурман аэропорта и дежурный аэропорта)	1. Психические заболевания, в том числе в стадии ремиссии. 2. Хронические заболевания периферической нервной системы. 3. Органические заболевания центральной нервной системы. 4. Алкоголизм, наркомания, токсикомания. 5. Гипертоническая болезнь с кризами.
17.	Обслуживание грузовых и пассажирских авиaperевозок (старший диспетчер отдела перевозок, диспетчер по центровке и загрузке воздушного судна, приемосдатчик багажа, кладовщик-оператор, грузчик)	1. Психические заболевания, в том числе в стадии ремиссии. 2. Хронические заболевания периферической нервной системы. 3. Органические заболевания центральной нервной системы. 4. Заболевания опорно-двигательного аппарата с нарушением двигательной функции.

Общие медицинские противопоказания к работе, связанной с вредными и опасными веществами и неблагоприятными факторами

1. Врожденные аномалии органов и приобретенные анатомические дефекты с выраженной недостаточностью функций.
2. Органические заболевания центральной нервной системы со стойкими выраженными нарушениями функций.
3. Хронические психические заболевания и приравненные к ним состояния, подлежащие обязательному диспансерному наблюдению в психоневрологических диспансерах, эпилепсия с пароксизмальными расстройствами.
4. Болезни эндокринной системы с выраженными нарушениями функций.
5. Злокачественные новообразования (после проведения лечения вопрос может решаться индивидуально при отсутствии абсолютных противопоказаний).
6. Все заболевания (во всех стадиях) системы крови (в том числе кроветворных органов).
7. Гипертоническая болезнь III стадии.
8. Болезни сердца с недостаточностью кровообращения.
9. Хронические болезни легких с выраженной легочной, сердечной недостаточностью.
10. Бронхиальная астма тяжелого течения с выраженными функциональными нарушениями дыхания и кровообращения.
11. Активные формы туберкулеза любой локализации.
12. Язвенная болезнь желудка, 12-перстной кишки с хроническим рецидивирующим течением и наклонностью к осложнениям.
13. Циррозы печени и активные хронические гепатиты.
14. Хронические болезни почек с явлениями почечной недостаточности.
15. Коллагенозы.
16. Болезни суставов со стойкими нарушениями их функции, мешающие выполнению обязанностей по профессии.

17. Беременность и период лактации.

18. Привычное невынашивание и аномалии плода в анамнезе у женщин, планирующих деторождение.

19. Нарушением менструальной функции, сопровождающееся маточными кровотечениями (кроме подпункта 5.7 Приложения 1).

20. Глаукома декомпенсированная.

21. Саркоидоз Бека (кроме подпункта 5.7 Приложения 1).

22. Заболеваниями, препятствующими работе в противогазе, являются:

психические заболевания;

хронические заболевания органов дыхания;

деформация грудной клетки, затрудняющая дыхание и работу в противогазе;

распространенные дистрофические изменения верхних дыхательных путей;

искривление носовой перегородки с нарушением функции носового дыхания;

хронические гнойные заболевания среднего уха;

нарушение функций вестибулярного аппарата;

доброкачественные опухоли, препятствующие работе;

заболевания сердечно-сосудистой системы;

хронические заболевания слезовыводящих путей, век, органические недостатки век,

препятствующие их полному смыканию;

болезни зубов, полости рта, отсутствие зубов, препятствующее захватыванию загубника;

наличие съемных протезов, анкилозы и контрактуры нижней челюсти, челюстной артрит;

сахарный диабет.

23. При поступлении женщин на работу, связанную с воздействием профвредностей, общими медицинскими противопоказаниями являются беременность и период лактации. Заболевания женской половой сферы и нарушения овариально-менструальной функции с склонностью к кровотечениям являются также безусловным противопоказанием для приема на работу в контакте с рядом токсических веществ (свинцом, ртутью, мышьяком, сероуглеродом и их соединениями, гексогеном, никотином и никотиновой кислотой, предельными и непредельными углеводородами, пирогазом) и физических факторов – электромагнитное поле, высокая температура и интенсивное тепловое излучение, опухоли половой сферы (миомы, фибромиомы, кисты и другие) являются противопоказанием для поступления на работу в контакте с ксилолом, толуолом и их гомологами, бензидином, дианизидином, толуидином, альфанафтиламином, аминазином, синестролом и другими гормональными препаратами.

Противопоказан также прием женщин на работу в условиях воздействия общей вибрации в случае выявления у них хронических заболеваний и выраженных анатомических изменений женской половой сферы.

**Медицинские противопоказания в дополнение к общим
противопоказаниям к рабам, связанным с опасными и вредными
веществами и неблагоприятными производственными факторами**

№ п/п	Опасные и вредные вещества и производственные факторы	Характер проводимых работ, технологические процессы	Медицинские противопоказания в дополнение к общим противопоказаниям
1. Химические			
1.1	Азота неорганические соединения (азотная кислота, аммиак, оксиды азота и другие)	Производство и применение, процессы, связанные с их выделением	1. Распространенные субатрофические изменения всех отделов верхних дыхательных путей, гиперпластический ларингит. 2. Хронический бронхит, бронхиальная астма, бронхоэктазии. 3. Хронические заболевания переднего отдела глаз (век, конъюнктивы, роговицы, слезных путей).

1.2.	Акриловая и метакриловая кислоты, их сложные эфиры, нитрилы (А)***	Производство и применение акрилонитрила, метилметалкрилата, этилакрилата.	1. Распространенные субатрофические изменения всех отделов верхних дыхательных путей, гиперпластический ларингит. 2. Хронический бронхит, бронхиальная астма. 3. Аллергические заболевания, в том числе кожи.
1.3.	Аминосоединение жирного ряда и их производные этиленимин и другие иминосоединения (А)	Производство и применение	1. Распространенные субатрофические изменения всех отделов верхних дыхательных путей, гиперпластический ларингит. 2. Хронический бронхит. 3. Хронические рецидивирующие заболевания кожи. 4. Хронический гепатит.
1.4	Амин ароматического ряда: бензидин, дианизидин, толуидин, нитросоединения и другие (А) ****	Применение красителя на их основе; производство и применение	1. Заболевания мочевыводящих путей и почек. 2. Предраковые заболевания их. 3. Опухоли половой сферы.
1.5	Азокрасители, антрахиновые и фталоцианиловые красители	Производство и применение	1. Хронические, рецидивирующие заболевания кожи. 2. Хронические, часто обостряющиеся заболевания печени. 3. Хронический гепатит.
1.6	Бор и его соединения	Производство и применение	1. Хронический бронхит. 2. Бронхиальная астма. 3. Хронические заболевания кожи. 4. Хронические заболевания переднего отдела глаз.
1.7	Бензол и его производные (К)	1. Производство и применение бензола	1. На работу, связанную с производством бензола, женщины не допускаются. 2. Содержание гемоглобина менее 125 г/л у мужчин и 115 г/л у женщин; лейкоцитов менее $4,5 \times 10^9$ в/л, тромбоцитов менее 160000. 3. Доброкачественные опухоли половой сферы при работе с бензолом. 4. Нарушение менструальной функции, сопровождающееся дисфункциональными маточными кровотечениями. 5. Токсикомания, наркомания.
1.8	Бериллий и его соединения (А, К)	Производство и применение металлического бериллия, производство и обработка сплавов, обработка керамических изделий из	1. Аллергические заболевания. 2. Хронический бронхит. 3. Хронические, рецидивирующие заболевания кожи. 4. Распространенные субатрофические изменения всех

		окиси бериллия	отделов верхних дыхательных путей. 5. Хронические заболевания переднего отдела глаз.
1.9	Галоидопроизводные ароматического ряда (бензилы, бензиден и другие)	Производство и применение (включая лабораторные работы)	1. Содержание гемоглобина менее 125 г/л у мужчин и 115 г/л у женщин; лейкоцитов менее $4,5 \times 10^9$ в/л, тромбоцитов менее 160000. 2. Нарушение менструальной функции, сопровождающееся дисфункциональными маточными кровотечениями. 3. Токсикомания, наркомания.
1.10	Галопроизводные жирного ряда (дихлорэтан, четыреххлористый углерод, хлористый метилен и другие)	Производство и применение	1. Полиневропатия. 2. Хронические заболевания печени и желчевыводящей системы. 3. Заболевания органов дыхания и сердечно-сосудистой системы, препятствующие работе в противогазе. 4. Хронические заболевания переднего отдела глаз. 5. Жирная себорея, заболевания фолликулярного аппарата кожи. 6. Токсикомания.
1.11	Гидразин и его соединения	Производство и применение	1. Хронические заболевания печени и желчевыводящей системы. 2. Заболевания органов дыхания и сердечно-сосудистой системы, препятствующие работе в противогазе. 3. Хронические, рецидивирующие заболевания кожи.
1.12	Диметилтерефталат	Производство и применение	1. Хронические заболевания периферической нервной системы. 2. Хронические, рецидивирующие заболевания кожи. 3. Нарушение гемопоэза.
1.13	Диметилфомамид и другие амины жирного ряда	Производство и применение	1. Хронические заболевания периферической нервной системы. 2. Хронические рецидивирующие заболевания кожи.
1.14	Искусственные синтетические волокна (А)	1. Производство и термообработка волокна. 2. Переработка механическая. 3. Приготовление и использование замасливателей.	1. Распространенные субатрофические изменения всех отделов верхних дыхательных путей. Гиперпластический ринит, ларингит. 2. Аллергические заболевания. 3. Хронические рецидивирующие заболевания кожи. 4. Хронические бронхит и бронхиальная астма.

1.15	Кадмий и его соединения (К)	Производство и применение	1. Распространенные заболевания всех отделов верхних дыхательных путей. Искривление носовой перегородки с нарушением функции дыхания. 2. Хронические бронхит, бронхиальная астма. 3. Хронические заболевания почек.
1.16	Кислоты органические (муравьиная, уксусная, пропионовая, масляная, валериановая, капроновая, щавелевая, адипиновая, нефтеновые и другие)	Производство и применение	1. Распространенные заболевания всех отделов верхних дыхательных путей. 2. Гиперпластический ларингит. 3. Хронические бронхит, бронхиальная астма. 4. Хронические заболевания переднего отдела глаз.
1.17	Кремнийорганические соединения и производные на их основе: силан, замасливатели и другие (А)	Производство и применение	1. Распространенные заболевания всех отделов верхних дыхательных путей. 2. Гиперпластический ларингит. 3. Хронические бронхит, бронхиальная астма. 4. Аллергические заболевания (при работе с замасливателями стекловолокна), в том числе кожи. 5. Хронические заболевания переднего отдела глаз.
1.18	Марганец и его соединения (А)	Производство и применение окислов марганца, его соединений и сварочных материалов	1. Хронические заболевания периферической нервной системы. 2. Хронический бронхит. 3. Аллергические заболевания. 4. Заболевания центральной нервной системы.
1.19	Металлы (А): а) платина, золото, серебро, медь и их соединения	Производство и применение	1. Аллергические заболевания, в том числе кожи. 2. Хронические заболевания переднего отдела глаз. 3. Хронический бронхит.
	б) кобальт, ванадий, молибден, титан, цирконий, вольфрам	Получение и применение металлов, их соединений и сплавов	1. Распространенные заболевания всех отделов верхних дыхательных путей. Гиперпластический ларингит. 2. Хронический бронхит. 3. Аллергические заболевания. 4. Дистрофия миокарда любой этиологии при работе с кобальтом.
1.20	Металлы щелочные и их соединения (натрий, калий, рубидий, цезий, гидроокись натрия, калия). Металлы щелочноземельные	1. Производство и применение растворительных соединений. 2. Производство и применение	1. Бронхиальная астма. 2. Хронический бронхит. 3. Хронические заболевания кожи, в том числе аллергические. 4. Заболевания почек.

	(кальций, стронций, барий и их соединения)	нерастворимых соединений	
1.21	Метанол	Производство и применение, процессы, связанные с его восстановлением	1. Заболевания зрительного нерва и сетчатки. 2. Алкоголизм, наркомания, токсикомания.
1.22	Мышьяк и его соединения (К)	Производство и применение органических и неорганических соединений, процессы, связанные с его выделением	1. Хронические субатрофические изменения верхних дыхательных путей. Искривление носовой перегородки с нарушением функции дыхания. 2. Хронический бронхит, бронхиальная астма. 3. Хронические заболевания периферической нервной системы. 4. Хронические рецидивирующие заболевания кожи. 5. Доброкачественные опухоли любой локализации.
1.23	Никель и его соединения (К)	Производство и применение	1. Заболевания органов дыхания и сердечно-сосудистой системы, препятствующие работе в противогазе. 2. Хронические гиперпластические риниты, ларингиты (при работе в производстве никеля электрическим способом). 3. Аллергические заболевания. 4. Доброкачественные опухоли любой локализации (даже в анамнезе).
1.24	Олово и его соединения	Применение	Хронические заболевания бронхиальной системы.
1.25	Озон	Применение и процессы, связанные с его образованием	Заболевания органов дыхания.
1.26	Органические ускорители вулканизации, противостарители, ингибиторы и другие (А)	Производство и применение каптакса, альтакса, тиурама и других.	1. Хронический бронхит. 2. Аллергические заболевания. 3. Гепатиты.
1.27	Пергидроль	Производство и применение	1. Распространенные заболевания всех отделов верхних дыхательных путей. 2. Хронический бронхит, бронхиальная астма. 3. Хронические рецидивирующие заболевания кожи.
1.28	Химические средства борьбы с вредителями (пестициды)	Производство и применение в условиях народного хозяйства, в том числе – хранение на складах	1. Хронические заболевания периферической нервной системы. 2. Хронические заболевания печени, желчевыводящей системы. 3. Аллергические заболевания, в том числе кожи. 4. Распространенные

			<p>субатрофические изменения всех отделов верхних дыхательных путей.</p> <p>5. Хронические заболевания переднего отдела глаз.</p> <p>6. Хронический обструктивный бронхит, бронхиальная астма.</p>
1.29	Предельные и непредельные углеводороды	<p>1. Эксплуатация, ремонт скважин и установок по добыче и переработке высокосернистых и сернистых нефтей и природного газа, очистка цистерн, резервуаров, обслуживание товарных парков, отбор проб и лабораторный контроль сырья, промежуточных и конечных продуктов. Производство и очистка продуктов, выделение предельных и непредельных углеводородов.</p> <p>2. Эксплуатация и ремонт скважин при добыче нефти; переработка малосернистых нефти и природного газа.</p> <p>3. Добыча и обработка озокерита, процессы связанные с выделением и применением предельных и непредельных углеводородов (производство полиэтилена, дивинила, изопрена) и другие виды работ.</p>	<p>1. Гипертонический ларингит.</p> <p>2. Хронический бронхит, бронхиальная астма.</p> <p>3. Хронические заболевания почек.</p> <p>4. Хронические заболевания кожи, в том числе предраковые заболевания кожи (гиперкератозы, дискератозы).</p> <p>5. Хронические заболевания печени и желчевыводящей системы.</p> <p>6. Хронические заболевания переднего отдела глаз.</p> <p>7. Хронические заболевания периферической нервной системы.</p> <p>8. Наркомания, токсикомания.</p>
1.30	Ртуть и ее соединения	<p>1. Выплавка ртути и другие процессы, связанные с ее получением; применение для изготовления ртутных термометров, люминесцентных ламп, физических и светотехнических приборов, ртутьорганических соединений. Работа с приборами при контакте с открытой ртутью, преобразователями электротока, насосами,</p>	<p>1. Хронические заболевания периферической нервной системы.</p> <p>2. Болезни зубов и челюстей (хронический гингивит, стоматит, парадонтит).</p> <p>3. Хронические, часто рецидивирующие заболевания кожи.</p>

		<p>применение катализаторов и другие.</p> <p>2. Работа с приборами с закрытой ртутью, работа в стоматологических кабинетах с ртутной амальгамой, производство фармацевтических, косметических и других препаратов, содержащих ртуть.</p>	
1.31	Смесь углеводов: нефти, бензины, керосин, мазуты, бетумы, асфальты, каменноугольные и нефтяные смолы и пеки, минеральные масла и СОЖи на основе минеральных масел (не полностью очищенные минеральные масла, сланцевые смолы и масла) (А, К)	<p>Производство, применение и процессы, связанные с их выделением</p>	<p>1. Хронический бронхит.</p> <p>2. Бронхиальная астма.</p> <p>3. Хронические заболевания периферической нервной системы.</p> <p>4. Хронические часто рецидивирующие заболевания кожи.</p>
1.32	Свинец и его неорганические соединения	<p>1. Выплавка свинца из концентратов, получение свинцосодержащих сплавов; прокатка, прессовка, освинцевание изделий; механическая и ручная обработка свинца; заливка подшипников, производство свинцовых аккумуляторов, закалка в свинцовых ваннах, рихтовка свинецсодержащими составами.</p> <p>2. Децентрализованная плавка небольших количеств свинца, пайка, полиграфическое производство (линотипные работы, ручной набор и другие)</p>	<p>1. Содержание гемоглобина менее 125 г/л у мужчин и 115 г/л у женщин.</p> <p>2. Хронические, часто обостряющиеся заболевания печени.</p> <p>3. Хронические заболевания периферической нервной системы.</p>
1.33	Сера и ее соединения	<p>Производство и применение сернистой и серной кислот, сульфонатных присадок и другие процессы, сопровождающиеся выделением сернистого и серного ангидрида, сероводорода</p>	<p>1. Распространенные субатрофические изменения всех отделов верхних дыхательных путей.</p> <p>2. Хронический бронхит, бронхиальная астма.</p> <p>3. Хронические заболевания переднего отдела глаз.</p> <p>4. Аллергические заболевания, в том числе кожи при работе с метилсернистым соединением.</p>

1.34	Сероуглерод	Производство и применение, процессы, связанные с его выделением	1. Хронические заболевания периферической нервной системы. 2. Заболевания органов дыхания и сердечно-сосудистой системы, препятствующие работе в противогазе. 3. Хронические заболевания переднего отдела глаз. 4. Гипертоническая болезнь и симптоматическая гипертензия. 5. Неврозы.
1.35	Синтетический каучук (А)	Производство и его переработка: изготовление резиновых смесей, вулканизация резины и других	1. Аллергические заболевания, в том числе кожи. 2. Хронические обструктивный бронхит и бронхиальная астма.
1.36	Синтетические моющие средства (А)	Производство сульфанола, алкиламидов, сульфата натрия, хлорированные фракции парафиновых углеводородов и других	1. Аллергические заболевания, в том числе кожи. 2. Распространенные субатрофические изменения всех отделов верхних дыхательных путей. 3. Хронический бронхит.
1.37	Спирты алифатические (одноатомные, ароматические и их производные (этиловый, пропиловый, бутиловый, аллиловый, бензоловый, этиленгликоль, пропиленгликоль, этилцеллозоль и другие)	Производство и применение	1. Хронические заболевания печени и желчевыводящей системы. 2. Хронические заболевания периферической нервной системы. 3. Алкоголизм, наркомания, токсикомания.
1.38	Синтетические смолы и пластические массы на их основе:		
1.38.1	Стирола	Производство полимеров и сополимеров стирола, полиэфирных смол, лаков, клеев на его основе и применение их. Переработка смол и пластмасс. Применение смол, лаков, красок, клеев.	1. Содержание гемоглобина менее 125 г/л у мужчин и 115 г/л у женщин, лейкоцитов менее $4,5 \times 10^9$ в/л тромбоцитов менее 160000. 2. Аллергические заболевания при работе с полиэфирными смолами и лаками при горячей прессовке пластмасс.
1.38.2	Фенола и формальдегида (А)	Производство и применение смол, лаков, клеев, пропиточных составов, связующих, канифоли и других	1. Искривление носовой перегородки с нарушением функции носового дыхания. 2. Распространенные субатрофические изменения всех отделов верхних дыхательных путей. 3. Хронический бронхит. 4. Аллергические заболевания. 5. Хронические заболевания переднего отдела глаз.
1.38.3	Кремнийорганических соединений (А)	Производство смол, лаков, переработка полимеров,	1. Субатрофические изменения верхних дыхательных путей.

		применение смазок и других	Гиперпластический ларингит. 2. Хронический бронхит, бронхиальная астма. 3. Аллергические заболевания при работе с замазками и замазочными стекловолокнами.
1.38.4	Изоцианатов (А)	Производство, переработка, применение пенополиуретанов и других	1. Аллергические заболевания. 2. Хронические заболевания верхних дыхательных путей и бронхолегочного аппарата.
1.38.5	Фтороорганических соединений	Производство полимеров (фторопластов), термическая и механическая переработка их.	1. Субатрофические изменения верхних дыхательных путей. Искривление носовой перегородки с нарушением функции носового дыхания. Гиперпластический ларингит. 2. Хронические заболевания периферической нервной системы. 3. Хронический бронхит, бронхиальная астма. 4. Хронические, часто рецидивирующие заболевания кожи. 5. Хронические заболевания переднего отдела глаз.
1.38.6	Винилхлорида и винилиденхлорида (К)	Производство, переработка и применение полимеров и сополимеров, перхлорвинила, клеев, смол и пластмасс	1. Облитерирующий эндартерит, болезнь Рейно, периферический ангиоспазм. 2. Хронические заболевания периферической нервной системы. 3. Аллергические заболевания. 4. Предраковые заболевания.
1.38.7	Акриловой и метакриловой кислот (А)	Производство и переработка полимеров и сополимеров, применение эмульсий, лаков, красок и других.	1. Хронический обструктивный бронхит, бронхиальная астма. 2. Субатрофические изменения слизистой оболочки всех отделов верхних дыхательных путей. Гиперпластический ларингит. 3. Аллергические заболевания.
1.38.8	Аминокислот, двуосновных кислот, диаминов (А)	Производство и переработка полиамидов, применение клеев и других	1. Субатрофические изменения всех отделов верхних дыхательных путей. Гиперпластический ларингит. 2. Хронический бронхит, бронхиальная астма. 3. Аллергические заболевания при контакте с гексаметилендиамином.
1.38.9	Эпихлоргидрина (А)	Производство и применение эпоксидных смол и пластмасс на их основе, компаундов	1. Аллергические заболевания. 2. Хронические заболевания верхних дыхательных путей и бронхолегочного аппарата. 3. Хронические заболевания переднего отдела глаз.
1.38.10	Алифатических и непредельных углеводородов	Производство и переработка полимеров и сополимеров	1. Аллергические заболевания. 2. Хронический бронхит, бронхиальная астма.

	(полиэтилена, полипропилена)		3. Субатрофические изменения всех отделов верхних дыхательных путей. Гиперпластический ларингит.
1.39	Сурьма и ее соединения	Переработка и применение	1. Субатрофические изменения всех отделов верхних дыхательных путей. Гиперпластический ларингит. 2. Хронические, часто обостряющиеся заболевания бронхолегочного аппарата. 3. Хронические рецидивирующие заболевания кожи.
1.40	Таллий и его соединения	Переработка и применение, выращивание монокристаллов	1. Хронические заболевания периферической нервной системы. 2. Хронический гингивит, стоматит, парадонтоз. 3. Хронические заболевания переднего отдела глаз. 4. Распространенные субатрофические изменения всех отделов верхних дыхательных путей.
1.41	Тetraэтилсвинец	Производство тетраэтилсвинца и этиловой жидкости, смешение их с горючим. Применение этилированного бензина слив, налив этилированного бензина, заправка машин, разработка и ремонт двигателей, очистка установок и тары на нефтебазах, заправочных колонках и другие.	1. Хронические заболевания нервной системы.
1.42	Фталевая кислота, фталевый ангидрид и их производные (А)	Производство и применение	1. Хронические заболевания периферической нервной системы. 2. Распространенные субатрофические изменения всех отделов верхних дыхательных путей. Гиперпластический ларингит. 3. Хронический бронхит, бронхиальная астма. 4. Аллергические заболевания, в том числе кожи при работе с фталевым ангидридом. 5. Хронические заболевания переднего отдела глаз.
1.43	Удобрения		
1.43.1	Фосфорные удобрения (аммофос, нитрофоска)	Производство и применение	1. Аллергические заболевания, в том числе кожи. 2. Хронические заболевания верхних дыхательных путей и

			бронхолегочной системы.
1.43.2	Азотные удобрения (нитрат аммония – аммиачная селитра, нитраты натрия, калия, кальция)	Производство и применение	1. Хронический обструктивный бронхит, бронхиальная астма. 2. Субатрофические изменения верхних дыхательных путей. Гиперпластический ларингит. 3. Хронические заболевания кожи.
1.44	Урсол и урсоловые красители (А)	Производство урсола и применение урсоловых красителей для крашения мехов	1. Аллергические заболевания, в том числе кож. 2. Субатрофические изменения всех отделов верхних дыхательных путей. Гиперпластический ларингит. 3. Хронический бронхит, бронхиальная астма. 4. Хронические заболевания переднего отдела глаз.
1.45	Фармакологические средства (А)	Производство, изготовление и применение лекарственных форм морфина и его производных витаминов, сульфониламидных, пиразолоновых, противоопухолевых и гормональных препаратов, нейролептиков, антикоагулянтов, анестетиков	1. Нарушение функции обонятельного анализатора (аносмия). 2. Нарушение функции вестибулярного аппарата, в том числе болезней Меньера. 3. Аллергические заболевания, в том числе кожи. 4. Хронические заболевания переднего отдела глаз. 5. Алкоголизм, наркомания, токсикомания.
1.46	Формальдегид (А) и другие альдегиды жирного ряда	Производство и применение, процессы, связанные с их выделением	1. Хронические заболевания верхних дыхательных путей и бронхолегочного аппарата. 2. Аллергические заболевания, в том числе кожи. 3. Хронические заболевания переднего отдела глаз.
1.47	Фенолы и их производные	Производство и применение	1. Хронические заболевания верхних дыхательных путей и бронхолегочного аппарата. 2. Аллергические заболевания, в том числе кожи. 3. Хронические заболевания переднего отдела глаз.
1.48	Фосфор и его соединения	1. Производство и применение желтого и белого фосфора, его соединений, фосфорорганических соединений, в том числе пластификаторов. 2. Производство и применение красного фосфора, добыча, производство и	1. Болезни полости рта (множественный кариес зубов, хронический гингивит, стоматит, парадонтит). 2. Субатрофические изменения верхних дыхательных путей. Гиперпластический ларингит. 3. Хронический бронхит, бронхиальная астма. 4. Хронические заболевания переднего отдела глаз.

		применение фосфатов	<p>5. Хронические заболевания периферической нервной системы.</p> <p>6. Хронические заболевания опорно-двигательного аппарата с поражением костной структуры.</p> <p>7. Хронические заболевания печени и желчевыводящей системы.</p>
1.49	Фтор и его соединения	<p>Производство и применение фтора и его соединений.</p> <p>Электролизное получение алюминия, добыча и применение плавикового шпата, процессы с выделением фтора и его соединений</p>	<p>1. Субатрофические изменения верхних дыхательных путей. Гиперпластический ларингит. Искривление носовой перегородки с нарушением функции носового дыхания.</p> <p>2. Хронические заболевания периферической нервной системы.</p> <p>3. Хронический бронхит, бронхиальная астма.</p> <p>4. Заболевания полости рта (хронический гингивит, стоматит, патология твердых тканей зубов, парадонтит).</p> <p>5. Хронические рецидивирующие заболевания кожи.</p> <p>6. Хронические заболевания переднего отдела глаз.</p> <p>7. Хронические заболевания опорно-двигательного аппарата с поражением костной структуры.</p>
1.50	Фураны и их производные: фурфурол, тетрагидрофуран и другие (А)	<p>Производство и применение, процессы, связанные с его выделением</p>	<p>1. Гиперпластический ларингит.</p> <p>2. Хронические заболевания переднего отдела глаз.</p> <p>3. Хронические, часто рецидивирующие заболевания кожи.</p> <p>4. Аллергические заболевания.</p>
1.51	Хлор и его соединения, хлорсодержащие смеси	<p>Производство и применение, процессы, связанные с его выделением</p>	<p>1. Субатрофические изменения всех отделов верхних дыхательных путей. Гиперпластический ларингит.</p> <p>2. Хронический бронхит, бронхиальная астма.</p> <p>3. Хронические заболевания переднего отдела глаз.</p> <p>4. Хронически рецидивирующие заболевания кожи.</p>
1.52	Хлорнафталин и его соединения (галовакс, нафталины); хлорнафталины и их соединения, гидрооксинафталин, нафтол) (А)	<p>Производство и применение</p>	<p>1. Хронические заболевания периферической нервной системы.</p> <p>2. Хронические заболевания печени и желчевыводящей системы.</p> <p>3. Жирная себорея, заболевания фолликулярного аппарата кожи.</p> <p>4. Аллергические заболевания, в том числе кожи.</p> <p>5. Хронический обструктивный</p>

			бронхит, бронхиальная астма.
1.53	Хром, его соединения и сплавы (А, К)	Производство и применение, включая вещества, содержащие соединения хрома в виде побочных компонентов	1. Субатрофические заболевания верхних дыхательных путей. 2. Искривление носовой перегородки с нарушением функции носового дыхания. 3. Аллергические заболевания, в том числе кожи. 4. Хронический бронхит, альвеолит. 5. Хронические заболевания переднего отдела глаз. 6. Наличие опухолей любой локализации. Даже в анамнезе.
1.54	Циановодородная кислота, ее соединения, цианамиды и другие	Производство и применение	1. Заболевания органов дыхания и сердечно-сосудистой системы, препятствующие работе в противогазе. 2. Хронические заболевания переднего отдела глаз.
1.55	Цинк и его соединения	Производство и применение	1. Хронические заболевания верхних дыхательных путей и бронхолегочной системы. 2. Хронические заболевания кожи 3. Хронические заболевания переднего отдела глаз.
1.56	Селен, теллур и их соединения	Производство и применение	1. Хронический бронхит, бронхиальная астма. 2. Хронические рецидивирующие заболевания кожи.
2	Биологические		
2.1	Аллергены для диагностики и лечения и препараты крови (А), иммунобиологические препараты	Производство и применение	1. Аллергические заболевания.
2.2	Антибиотики (А)	Производство и применение в медицинской и ветеринарной практике, аптечных учреждениях	1. Аллергические заболевания. 2. Часто обостряющийся хронический бронхит. 3. Кандидоз, микозы, дисбактериоз. 4. Хронические заболевания мочевыводящих путей. 5. Субатрофические изменения верхних дыхательных путей.
2.3	Белково-витаминные концентраты, кормовые дрожжи, комбикорма, грибы-продцентры (А)	Производство и применение продуктов микробиологического синтеза	1. Аллергические заболевания. 2. Хронический бронхит. 3. Субатрофические изменения верхних дыхательных путей. 4. Кандидоз и другие микозы.
2.4	Ферментные препараты, биостимуляторы (А)	Производство и применение в медицинской практике, аптечных учреждениях, сельском хозяйстве и других отраслях хозяйства	1. Аллергические заболевания. 2. Субатрофические изменения верхних дыхательных путей. 3. Хронический обструктивный бронхит и бронхиальная астма.

2.5	Возбудители инфекционных заболеваний		
2.5.1	Возбудители бруцеллеза	Животноводческие хозяйства (независимо от эпизоотического состояния по бруцеллезу), предприятия по переработке сырья и продуктов животного происхождения	На работах, связанных с риском заражения бруцеллезом, запрещается применение труда лиц, не достигших 18-летнего возраста, беременных и кормящих матерей. Также запрещается использование сезонных рабочих на убой животных, реагирующих на бруцеллез, и переработке продуктов от него.
2.5.2	Возбудители туберкулеза	Работа в контакте с бациллоносителями, инфицированными животными и инфицированным материалом	1. Лица до 18 лет отрицательно реагируют на туберкулез.
2.5.3	Возбудители эризипелоида Розенбаха	Животноводческие хозяйства, мясоперерабатывающие предприятия. Убой животных и разделка туш	1. Аллергические заболевания. 2. Заболевания кожи.
2.6	Возбудитель Кулихорадки	Животноводческие хозяйства, неблагополучные по Кулихорадке, переработка сырья и продуктов от больных животных Кулихорадкой	1. Общие медицинские противопоказания
2.7	Инфицированный материал и материал зараженный гельминтами	Работа в контакте с инфицированным материалом и материалом, зараженным гельминтами	1. Общие медицинские противопоказания
2.8	Возбудитель лептоспироза	Убой скота, разделка туш	1. Заболевания кожи
3	Промышленные аэрозоли		
3.1	Абразивные и абразив содержащие	Производство, обработка и применение (электрокорундов, карбида, эльбора, обработка и применение кремния и других)	Перечень противопоказаний по всему разделу «Промышленные аэрозоли» подпункты: 3.1-3.8: 1. Распространенные субатрофические изменения всех отделов верхних дыхательных путей. Искривления носовой перегородки, препятствующие носовому дыханию. 2. Хронические заболевания бронхолегочной системы. 3. Туберкулез легких. 4. Хронические заболевания переднего отдела глаз. 5. Хронические, часто рецидивирующие заболевания кожи.

			6. Аллергические заболевания при работе с пылью животного и растительного происхождения, полимерных материалов, металлов аллергенов.
3.2	Кремний содержащие (свободная и аморфная двуокись кремния)	Разведка, горнопроходческие работы, открытая и подземная добыча рудных и нерудных ископаемых; литейное производство (землеприготовление, формовка, обрубка и другие), пескоструйные работы, производство стекла	Смотри подпункт 3.1
3.3	Сажа (К)	Производство и применение черной сажи, искусственного графита, кокса (нефтяного, пекового, сланцевого и других). Обработка и применение искусственных и природных алмазов	Смотри подпункт 3.1
3.4	Металлов и их сплавов	Сухая шлифовка металлов и их сплавов, процессы напыления металлов, получение металлических порошков и изделий	Смотри подпункт 3.1
3.5	Силикатные и силикатосодержащие: а) содержание асбеста 10% и более; б) содержание асбеста не более 10%; в) другие силикатосодержащие	Переработка асбестосодержащих руд и асбеста. Производство и переработка изделий из асбестоцемента, асбесторезины и других. Производство и обработка стеклянного и минерального волокна, цемента, глины, шамота, боксита, апатитов, нефелинов, железорудных концентратов и других.	Смотри подпункт 3.1
3.6	Пыль органическая (растительного и животного происхождения) (А)	Переработка льна, хлопка, конопли, древесины, торфа, бумаги, табака, хмеля, шерсти, зерна. Производство бумаги, валяной обуви. Ткацкое и швейное производство, обработка животного сырья.	1. Кандидоз и другие микозы. 2. Смотри подпункт 3.1
3.7	Пыль минеральная	Процессы, связанные с выделением пыли с	Смотри подпункт 3.1

		токсико-химическими свойствами	
3.8	Сварочные аэрозоли:	Сварка, резка и наплавка металлов дуговая, газопламенная и другие.	
3.8.1	Содержащие марганец (20% и более), никель, хром, соединения фтора, бериллий, свинец и другие, в том числе в сочетании с газовыми компонентами (озон, оксид азота и углерода)		Смотри подпункт 3.1 и противопоказания по соответствующим компонентам аэрозоля
3.8.2	Содержание менее 20% марганца, оксидов железа, алюминий, магний, титан, медь, цинк, молибден, ванадий, вольфрам и другие, и в сочетании с газовыми компонентами (озон, оксид азота и углерода)		Смотри подпункт 3.8.1
4	Физические		
4.1	Радиоактивные вещества и источники ионизирующих излучений	Все виды работ с радиоактивными веществами и источниками ионизирующих излучений	<p>Содержание гемоглобина менее 125 г/л у мужчин и 115 г/л у женщин, лейкоцитов менее $4,5 \times 10^9$ в/л тромбоцитов менее 160000.</p> <p>2. Облитерирующий эндартериит, болезнь Рейно, ангиоспазмы периферических сосудов.</p> <p>3. Предопухолевые заболевания, склонность к перерождению и рецидивированию; злокачественные опухоли; новообразования (без индивидуального допуска).</p> <p>4. Доброкачественные опухоли и заболевания, препятствующие ношению спецодежды и туалету кожных покровов.</p> <p>5. Лучевая болезнь 2-4 степени тяжести или наличие стойких последствий (при лучевой болезни 1 степени тяжести годности определяется индивидуально).</p> <p>6. Хронические гнойные заболевания придаточных пазух носа, хронические средние отиты с частыми обострения (при атрофических процессах годность определяется индивидуально).</p> <p>7. Хронические инфекционные и грибковые заболевания кожи.</p> <p>8. Острота зрения с коррекцией не менее 0,5 на одном глазу и 0,2 на</p>

			<p>другом.</p> <p>9. Рефракция скиаскопически: близорукость при нормальном глазном дне до 10,0Д, дальнозоркость до 8,0Д, астигматизм не более 3,0Д.</p> <p>10. Катаракта.</p> <p>11. Все противопоказания, указанные в «Основных санитарных правилах работы с радиоактивными веществами и другими источниками ионизирующих излучений» (ОСП – 72/87).</p>
4.2	<p>Неионизирующие излучения:</p> <p>а) лазерные излучения;</p> <p>б) электромагнитные поля в диапазоне частот 30 Мгц-300Ггц;</p> <p>в) в диапазоне частот ниже 30 Мгц;</p> <p>г) постоянные электрические и постоянные магнитные поля</p>	<p>Все виды работ с лазерами.</p> <p>Все виды работ с источниками.</p>	<p>1. Хронические рецидивирующие заболевания кожи.</p> <p>2. Понижение остроты зрения – ниже 0,6 на одном глазу и 0.5 на другом (острота зрения определяется с коррекцией). Допускаются пределы аномалий рефракции, устанавливаемые скиаскопически на худшем глазу: близорукость не более 6,0Д, при нормальном глазном дне до 10,0Д; дальнозоркость в зависимости от коррекции до 6.0; сложный близорукий или дальнозоркий астигматизм в меридиане наибольшего значения не более 3,0Д; простой близорукий, простой дальнозоркий астигматизм не более 3,0Д.</p> <p>3. Катаракта.</p> <p>4. Выраженная вегетативно-сосудистая дистония.</p>
4.3	Производственная вибрация	<p>Все виды трудовой деятельности (в том числе сельскохозяйственные работы), связанные с воздействием:</p> <p>- локальной и общей вибрации при нормативных уровнях;</p> <p>- локальной и общей вибрации при превышении предельно допустимых уровней (ПДУ)</p>	<p>1. Облитерирующий эндартеррит, болезнь Рейно, периферический ангиоспазм.</p> <p>2. Хронические заболевания периферической нервной системы.</p> <p>3. Нарушение функции вестибулярного аппарата любой этиологии, в том числе болезнь Меньера.</p> <p>4. Аномалии положения женских половых органов. Хронические воспаления и заболевания матки и придатков с частыми обострениями.</p> <p>5. Высокая и осложненная близорукость (свыше 8,0Д).</p>
4.4	Производственный шум	Все виды трудовой деятельности (в том числе сельскохозяйственные работы), связанные с	<p>1. Стойкие понижения слуха, хотя бы на одно ухо любой этиологии.</p> <p>2. Отосклероз и другие хронические заболевания уха с</p>

		воздействием производственного шума: а) при эквивалентных уровня звука до 80дБА; б) при импульсном шуме и постоянном шуме свыше 80дБА.	неблагоприятным прогнозом. 3. Нарушение функции вестибулярного аппарата любой этиологии, в том числе болезнь Меньера. 4. Гипертоническая болезнь, симптоматическая гипертензия.
4.5	Ультразвук (контактная передача) при превышении ПДУ	Работа с ультразвуковыми дефектоскопами и медицинской аппаратурой	1. Хронические заболевания периферической нервной системы. 2. Облитерирующий эндартериит, болезнь Рейно, периферический ангиоспазм.
4.6	Повышенное давление	Работа в кессонах, барокамерах, водолазные работы	1. Выраженные пороки развития опорно-двигательного аппарата и последствия травм. 2. Хронический отит, атрофические рубцы барабанных перепонок. Хронический евстахиит. 3. Хронические заболевания верхних дыхательных путей, бронхолегочного аппарата. 4. Нарушение функции вестибулярного аппарата, в том числе болезнь Меньера. 5. Любое заболевание глаз, ведущее к стойкому нарушению функции зрения: острота зрения ниже 0,8 на одном глазу и ниже 0.5 на другом глазу (без коррекции). 6. Хронические заболевания центральной и периферической нервной системы, невроты. 7. Болезни сердца, независимо от степени их компенсации. 8. Грыжи с склонность к ущемлению. 9. Распространенное варикозное расширение вен, геморрой, облитерирующий эндартериит. 10. Гипертоническая болезнь. 11. Алкоголизм, наркомания, токсикомания.
4.7	Пониженная температура	Работы при постоянно пониженной температуре воздуха рабочей зоны в производственных помещениях	1. Хронические заболевания периферической нервной системы. 2. Облитерирующий эндартериит, болезнь Рейно, периферический ангиоспазм. 3. Выраженное варикозное расширение вен, тромбозы. 4. Хронические воспалительные заболевания матки и придатков с частыми обострениями. 5. Хронические обструктивные заболевания легких.

4.8	Повышенная температура и интенсивное тепловое излучение	Постоянная работа при работе выше доступных значений для воздуха рабочей зоны и тепловом излучении свыше 140 Вт/м.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Острота зрения с коррекцией ниже 0,5 на одном глазу и ниже 0,2 на другом. 2. Ограничение поля зрения на 20 град. 3. Катаракта. 4. Хронические рецидивирующие заболевания кожи. 5. Гипертоническая болезнь, симптоматическая гипертония, ишемическая болезнь сердца (ИБС).
4.9	Ультрафиолетовое излучение	Все виды трудовой деятельности, связанные с ультрафиолетовым излучением	<ol style="list-style-type: none"> 1. Заболевания кожи.
5	Факторы трудового процесса		
5.1	Работы, связанные с перемещением грузов вручную в течение смены (в кг или Н; 1Н=0,1 кг/с).	<p>Постоянно выполняемая работа:</p> <p>мужчинами 30 кг (300Н), женщинами 7 кг (70Н).</p> <p>для женщин при чередовании с другой работой более 10 кг (или 100Н), при подъеме груза на высоту более 1.5м-7кг (или 70Н).</p> <p>величина массы груза, перемещаемого или поднимаемого за смену (сменный грузооборот): с рабочей поверхности для мужчин – более 13т, для женщин – более 5т;</p> <p>- при подъеме с пола или уровня значительно ниже рабочей поверхности для мужчин – более 5 т, для женщин – более 2 т.</p>	<p>Перечень медицинских противопоказаний при наличии производственных факторов подпункты 5.1-5.4:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Заболевания опорно-двигательного аппарата с нарушением функции. 2. Хронические заболевания периферической нервной системы. 3. Облитерирующий эндартериит, болезнь Рейно, периферический ангиоспазм. 4. Выраженное варикозное расширение вен, тромбофлебит, геморрой. 5. Выраженный энтероптоз, грыжи, выпадение прямой кишки. 6. Аномалии положения женских половых органов. Опущение (выпадение) женских половых органов. 7. Хронические воспалительные заболевания матки и придатков с частыми обострениями. 8. Ишемическая болезнь сердца, стенокардия функционального класса II (ФК II), гипертоническая болезнь II стадии. 9. Миопия высокой степени.
5.2	Работа, связанная с локальными мышечными напряжениями, преимущественно мышц кисти и предплечий, в том числе работа на клавишных ЭВМ	Все виды работ	<p>Смотри подпункт 5.1</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Осложнения беременности в анамнезе для женщин детородного возраста. 11. Предопухолевые заболевания молочной железы, матки, придатков. 12. Выраженные последствия черепно-мозговой травмы (ЧМТ).

			13. Психические заболевания, эпилепсия, выраженный астеноневротический синдром, неврозы.
5.3	Периодическое удержание груза руками	Масса груза для мужчин более 10 кг и более 7 кг для женщин при удержании обеими руками. Масса груза для мужчин более 5 кг и 3 кг для женщин при удержании одной рукой.	Смотри подпункт 5.1
5.4	Работа, связанная с периодическими выраженными наклонами тела	Более 30 наклонов в смену при визуальной оценке угла наклона 30 градусов от вертикали; пребывание более 50% времени смены в вынужденной рабочей позе (на коленях, с наклонами вперед, в подвеске и другие)	Смотри подпункт 5.1
5.5	Пребывание в вынужденной рабочей позе (на коленях, на корточках и других)		Смотри подпункт 5.1
5.6	Работы, связанные с перенапряжением голосового аппарата	Преподавательская, вокальная, дикторская, актерская, работы на телефонной станции и другие	1. Хронические заболевания, связанные с расстройствами функции голосового аппарата (хронические ларингит, фарингит и другие).
5.7	Зрительно-напряженные работы: геодезические, топографические, маркшейдерские, прецизионные, работы с оптическими приборами и наблюдение за экраном Повышенное напряжение зрения	Все виды работ, связанные с повышением напряжения зрения: а) прецизионные работы 1 (с объектом различия до 0,15) и 2 (с объектом различия от 0,15 до 0,3 мм) разрядов точности работ; б) зрительные работы 3 и 5 степени точности работ, слежение за экраном дисплеев с другими средствами отображения информации	1. Острота зрения с коррекцией при предварительном профосмотре ниже 1,0, при повторных периодических осмотрах ниже 0,8 на одном глазу и 0,5 на другом. 2. Аномалии рефракции: при предварительном осмотре – миопия выше 2,0 Д, гиперметропия выше 1,5Д: при повторных мед осмотрах: миопия выше 6,0 Д, гиперметропия выше 4,0 Д, астигматизм выше 2.0 Д. 3. Отсутствие бинокулярного зрения возрастных норм. 4. Снижение аккомодации ниже возрастных норм. 5. Лагофталм. 6. Хронические заболевания переднего отдела глаз. 7. Заболевания зрительного нерва,

			сетчатки. 8. Глаукома. 9. Прогрессирующая миопия свыше 1,0 Д в год, появление стойкой астигматизмом, дистрофические изменения в глазном дне.
--	--	--	--

11.8.1. Медицинские противопоказания к управлению механическими транспортными средствами, тракторами и другими самоходными машинами

Постановлением Министерство здравоохранения Республики Беларусь № 91 от 18.12.2002 г. утвержден Перечень заболеваний и противопоказаний, запрещающих допуск лиц к управлению механическими транспортными средствами или устанавливающих ограничения права управления ими.

Постановлением Министерства здравоохранения № 92 от 18.12.2003 г. утвержден Перечень заболеваний и противопоказаний, запрещающих допуск лиц к управлению тракторами, самоходными сельскохозяйственными, мелиоративным и дорожно-строительными машинами или устанавливающих ограничения права управления ими.

11.8.1.1. Перечень заболеваний и противопоказаний, запрещающих лицам допуск к управлению автомобилями, разрешенная максимальная масса которых не превышает 3500 килограммов, и число сидячих мест в которых не превышает девяти, включая сиденье водителя, или устанавливающих ограничения права управления ими (категория «В» с правом найма на работу)

Глазные заболевания

1. Хронические заболевания оболочек глаз, сопровождающиеся значительным нарушением функции зрения, стойкие изменения век, в том числе и их слизистых.

Парезы мышц век, препятствующие зрению.

После оперативного лечения с хорошим результатом допуск к управлению разрешается.

2. Хроническое, не поддающееся консервативному лечению воспаление слезного мешка. Свищ слезного мешка, а также упорное, не поддающееся лечению слезотечение.

После оперативного лечения с хорошим результатом допуск к управлению разрешается.

3. Стойкая диплопия вследствие косоглазия любой этиологии, отсутствие бинокулярного зрения.

4. Ограничение поля зрения более чем на 20 градусов в любом из меридианов.

При центральной скотоме (абсолютной или относительной) и наличии изменений зрительной функции не ниже значений, указанных в пункте 49.1 допуск без ограничений.

5. Понижение остроты зрения в зависимости от стойких помутнений преломляющих сред или изменений глазного дна, аномалий рефракции, а также других причин органического характера:

острота зрения с коррекцией 0,8 на лучшем глазу ниже 0,4 на худшем или ниже 0,7 на каждом глазу.

5.1. допустимая коррекция при близорукости и дальнозоркости 8.0Д, в том числе контактными линзами при астигматизме 3,0Д (сумма сферы и цилиндра не должны превышать 8,0Д). разница в силе линз двух глаз не должна превышать 3,0Д.

Водители, имеющие стаж работы по соответствующей категории, кроме такси и спецавтотранспорта допускаются к управлению при остроте зрения 0,6 на одном глазу и 0,2 на другом или 0,5 на каждом глазу.

5.2. отсутствие зрения на одном глазу или острота зрения на худшем глазу ниже 0.2.

5.3. состояние после рефракционных операций на роговой оболочке (кератотомия, кератомилез, эксимерлазерные операции, рефракционная кератопластика и другие).

Допускаются к управлению лица через три месяца после операции при остроте зрения с коррекцией не ниже указанной в пункте 49.1 отсутствии осложнений и исходной (до операции) рефракции от +8,0 до – 8.0Д. При невозможности установить дооперационную рефракцию годы при длине оси глаза от 21,5 мм до 27,0 мм.

5.4. Искусственный хрусталик.

Допускаются к управлению при остроте зрения с коррекцией не ниже указанной в пункте 49.1 нормальном поле зрения и отсутствии осложнений в течение 6 месяцев после операции.

6. Нарушения цветоощущения.

Допуск к управлению разрешается при правильном различении цветов светофора.

7. Заболевания сетчатки и зрительного нерва:

7.1. отслойка и разрывы сетчатки;

7.2. хронические заболевания сетчатки воспалительного или дегенеративного характера, нарушающие функцию зрения.

Допускаются к управлению ста жированные водители при остроте зрения не ниже указанной в пункте 49.1 и поле зрения не ниже значений, указанных в пункте 48. Переосвидетельствование – через один год. Периферическая хориоретинальная дистрофия при миопии высокой степени не является противопоказанием к управлению при отсутствии разрывов и периферической отслойки сетчатки.

7.3. Атрофия зрительного нерва любой этиологии.

При непрогрессирующей односторонней атрофии зрительных нервов допускаются к управлению при остроте зрения не ниже указанной в пункте 49.1, а поле зрения не ниже указанного в пункте 48.

8. Глаукома.

При компенсированной глаукоме, нормальном глазном дне, остроте зрения не ниже указанной в пункте 49.1 и поле зрения не ниже указанного в пункте 48, допускаются к управлению водители: имеющие стаж работы по соответствующей категории, с переосвидетельствованием – через один год.

Заболевания уха, горла, носа.

9. Восприятие разговорной речи на одно и оба уха на расстоянии менее 3-х метров шепотной речи на расстоянии 1 метра.

При полной глухоте на одно ухо и восприятии разговорной речи на расстоянии не менее 3-х метров на другое ухо или восприятии разговорной речи не менее 2-х метров на каждое ухо, вопрос о допуске к управлению водителей, имеющих стаж работы по соответствующей категории, решается индивидуально, переосвидетельствование – через один год.

10. Хроническое одностороннее или двустороннее гнойное воспаление среднего уха, осложненное холестеатомой, кариесом, грануляциями или полипом (эпитимпанит). Наличие фистульного симптома.

После оперативного лечения с хорошими результатами вопрос о допуске к управлению водителей, имеющих стаж работы по соответствующей категории, решается индивидуально.

11. Хронический гнойный мастоидит, осложнения вследствие мастоидэктомии (киста, свищ).

После оперативного лечения с хорошими, стойкими результатами вопрос о допуске к управлению водителей, имеющих стаж работы по соответствующей категории решается индивидуально.

12. Заболевания любой этиологии, вызывающие нарушения вестибулярного аппарата, синдром головокружения, нистагм (болезнь Меньера, лабиринтиты, вестибулярные кризы любой этиологии и другие).

13. Спонтанный нистагм, при отклонении зрачков на 70% от срединного положения.

14. Стойкие изменения в глотке, гортани, трахее, значительно затрудняющие дыхание.

При дыхательной недостаточности I-II степени вопрос о допуске к управлению водителей, имеющих стаж работы по соответствующей категории, решается индивидуально с учетом выраженности и продолжительности физического напряжения, связанного с управлением.

Хирургические заболевания

15. Заболевания и повреждения позвоночника с резко выраженными ограничениями движений. Стойкие посттравматические дегенеративные, воспалительные изменения в крупных суставах с выраженными ограничениями движений. Недостаточность связанного аппарата II-III степени крупных суставов, ложные суставы, привычные вывихи при наличии морфологических изменений суставных концов и выраженного снижения силы мышц.

16. Отсутствие одной верхней или одной нижней конечности, кисти или стопы значительно затрудняющей их движение.

В порядке индивидуального подхода могут допускаться к управлению лица с одной ампутированной голенью, если ампутационная культя не менее 1/3 голени и подвижность в коленном суставе ампутированной конечности полностью сохранена при эффективном протезировании. Не допускаются к управлению такси и оперативного транспорта.

17. Отсутствие пальцев или фаланг, а также неподвижность в межфаланговых суставах.

При сохранении схвата и удержания предметов и при отсутствии значительных непромышленных изменений вопрос о допуске решается индивидуально.

Не допускаются к управлению такси и оперативного транспорта.

17.1. отсутствие большого пальца на левой руке;

17.2. отсутствие ногтевой фаланги большого пальца в сочетании с ампутированными культями на уровне головок основных фаланг указательного и среднего пальцев правой кисти;

17.3. отсутствие или выраженные контрактуры указательного и среднего пальцев при дефиците схвата 3 см и более левой руки;

17.4. отсутствие большого, указательного и среднего пальцев или их выраженная контрактура при дефиците схвата 3 см и более правой руки.

18. Травматическая деформация и дефекты костей черепа (12 см^2) и более без оперативной пластики дефекта.

При наличии незначительных дефектов или деформаций костей черепа при отсутствии неврологической симптоматики допуск к управлению осуществляется индивидуально.

19. Укорочение нижней конечности более чем на 6 см.

При укорочении нижних конечностей до 6 см освидетельствуемый может быть признан годным к управлению, если конечность не атрофична, не имеет дефектов со стороны костей, мягких тканей и суставов, объем движений сохранен. Конечность должна иметь в длину не менее 75 см (от пола до середины большого вертела бедра).

20. Заболевания, вызывающие ограничение движений или болезненность при движении (грыжи, свищ, выпадение прямой кишки, геморрой, водянка яичка или семенного канатика и другие).

Вопрос о допуске к управлению решается индивидуально, после эффективного лечения, в том числе и оперативного.

21. Заболевания сосудов:

21.1. аортальные аневризмы, аневризмы сосудов головного мозга;

21.2. аневризмы бедренной артерии и подколенной артерии, аневризмы подкожно расположенных сосудистых стволов.

При наличии аневризмы – индивидуальный подход по заключению специализированного медицинского учреждения для водителей, имеющих стаж работы по соответствующей категории. Переосвидетельствование – через один год.

После оперативного лечения не периферических сосудах при компенсации кровотока вопрос о допуске к управлению решается индивидуально.

21.3. тромбооблитерирующие заболевания с хронической артериальной недостаточностью III степени, варикозное расширение вен, посттромбофлебитическая болезнь с хронической венозной недостаточностью III степени и слоновость с хронической лимфатической недостаточностью III степени.

22. Деформация грудной клетки IV степени с умеренным нарушением функции органов грудной клетки.

Терапевтические заболевания

23. Врожденные или приобретенные пороки сердца и сосудов любой этиологии.

При наличии устойчивой компенсации возможен индивидуальный подход по заключению специализированного медицинского учреждения. Переосвидетельствование – через один год.

24. Состояние после операции на сердце и крупных магистральных сосудах, в том числе и лица с имплантированными водителями ритма.

При наличии стойкой компенсации возможен индивидуальный подход для водителей, имеющих стаж: работы по соответствующей категории; по заключению специализированного медицинского учреждения.

Переосвидетельствование – через один год.

25. Болезни сердца любой этиологии (эндокардит, миокардит) нарушение ритма любой этиологии (мерцательная аритмия, пароксизмальная тахикардия и другие), ишемическая болезнь сердца, в том числе состояние после перенесенного инфаркта миокарда.

Вопрос о допуске водителей. Имеющих стаж работы по соответствующей категории, решается индивидуально, на основании заключения специализированных лечебных учреждений. Переосвидетельствование – через один год. Со стенокардией напряжения ФК IV и мерцательной аритмией тахисистолической формы – негодны.

26. Артериальная гипертензия II-III степени.

Вопрос о допуске к управлению водителями, имеющих стаж работы по соответствующей категории, с артериальной гипертензией II степени решается индивидуально (с частыми гипертоническими кризами – негодны).

27. Хронические заболевания легких и плевры, в том числе туберкулезной этиологии, бронхиальная астма, состояние после резекции легкого, бронхоэктатическая болезнь.

Вопрос о допуске к управлению решается индивидуально на основании заключения специализированного лечебного учреждения.

28. Болезни крови и кроветворных органов.

Вопрос о допуске к управлению водителями, имеющих стаж работы по соответствующей категории, решается индивидуально при отсутствии анемического синдрома и обострения основного заболевания по заключению специализированного лечебного учреждения. Переосвидетельствование – через один год.

29. Эндокринные заболевания со стойкими и выраженными нарушениями функции.

Решение принимается индивидуально для водителей, имеющих стаж работы по соответствующей категории, на основании заключения эндокринолога. При течении заболевания с расстройствами сознания, склонностью к коматозным состояниям – негодны. При сахарном диабете I тип – негодны.

30. Рост ниже 150 см.

К водителям, имеющим стаж работы по соответствующей категории, индивидуальный подход.

31. Язва желудка, 12-перстной кишки, хронические заболевания печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, болезнь оперированного желудка с частыми обострениями.

Вопрос о допуске к управлению решается индивидуально.

32. Хронические заболевания почек, отсутствие одной почки.

Вопрос о допуске к управлению решается индивидуально. С терминальной стадией хронической почечной недостаточности негодны.

33. Диффузия болезни соединительной ткани.

Вопрос о допуске к управлению водителями. Имеющих стаж работы по соответствующей категории решается индивидуально.

34. Злокачественные новообразования.

После проведенного лечения вопрос о допуске к управлению водителями, имеющих стаж работы по соответствующей категории решается индивидуально.

Нервные и психические заболевания

35. Хронические психические расстройства (заболевания) с затяжным течением, стойкими болезненными проявлениями, частыми обострениями, нуждающиеся в диспансерном наблюдении.

Умственная отсталость.

Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых.

При других психических расстройствах вопрос о допуске к управлению решается индивидуально ВКК специализированного психиатрического учреждения.

36. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (алкоголизм, наркомания, токсикомания).

После специального лечения с положительными результатами и снятия с учета при сохранности психических функций вопрос о допуске решается ВКК наркологического диспансера.

При зависимости от наркотиков и токсикоманических веществ допуск к управлению осуществляется в аналогичном порядке при наличии стойкой ремиссии не менее 3-х лет.

37. Эпилепсия и синкопальные состояния.

При однократном синкопальном состоянии, возникшем в условиях, провоцирующих синкопы (длительное стояние, пребывание в душном многолюдном помещении, забор крови, зубо-врачебная

процедура, высокая температура тела и другие), типичной картине нейрогенного обморока и динамическом наблюдении в течение 2-х лет, подтверждающем отсутствие повторных приступов, вопрос о допуске к управлению решается индивидуально после полного клинического обследования, исключающего органическое заболевание сердца, сосудов и ЦНС. При повторных синкопальных состояниях в случае наступления ремиссии продолжительностью более 5 лет подтвержденной динамическим наблюдением, вопрос о допуске к управлению решается индивидуально после полного клинического обследования. При эпилептической реакции (гипогликемия, разряд электрического тока и другие), отсутствии повторных приступов в течение 2-х лет, что должно быть подтверждено динамическим наблюдением, вопрос о допуске к управлению решается индивидуально после полного клинического обследования. При эпилептическом синдроме и эпилепсии – негодны.

38. Органические заболевания ЦНС, последствия травм головного и спинного мозга при наличии стойких остаточных явлений в виде двигательных и координаторных расстройств.

При стойких или прогрессирующих последствиях органического поражения и травм ЦНС с наличием умеренных или выраженных парезов конечностей, расстройств чувствительности, координаторных, зрительных, афотических нарушений или гиперкинезов – не допускаются. При незначительных и ограниченных двигательных и чувствительных нарушениях после органического поражения или травм ЦНС при непрогредиентном течении заболевания и сохранении профессионально-значимых функций – вопрос допуска к управлению решается индивидуально после полного клинического обследования.

39. Энцефалопатия I-II-III степени.

40. Хронические рецидивирующие заболевания периферической нервной системы и остаточные явления перенесенных заболеваний и травм крупных нервных стволов со стойким нарушением движений, чувствительности и трофики.

При наличии обследований в виде выраженных парезов всей конечности или ее сегмента, а также значительного нарушения функции крупных нервных стволов (движение, чувствительность), сопровождающихся расстройством профессионально-значимых функций – не допускаются. При легких и умеренных парезах ограниченной группы мышц (частичное поражение отдельных ветвей нерва) и хорошей адаптации больного к дефекту вопрос о годности к управлению решается индивидуально с учетом сохранения профессионально-значимых функций.

41. Последствия перенесенных нарушений мозгового кровообращения.

При транзиторных ишемических атаках, малых и легких инсультах без последствий (двигательных, координаторных, речевых и других дефицитарных синдромов), вопрос о годности к управлению решается индивидуально после динамического наблюдения в течение 6 мес., с учетом основного сосудистого заболевания.

Женские заболевания и физиологические состояния

42. Беременность все сроки.

43. Выпадение матки влагалища, ректовагинальные свищи, пузырно-влагалищные свищи и другие.

После оперативного лечения с хорошим результатом водители, имеющие стаж работы по соответствующей категории, допускаются к управлению индивидуально.

44. Резкое отставание физического развития.

11.8.1.2. Перечень заболеваний и противопоказаний, запрещающих допуск к управлению автомобилями, разрешенная максимальная масса которых превышает 3500 килограммов (категория «С»), составами механических транспортных средств с тягачами, относящимися к категории транспортных средств «В» и «С» (категория «Е»), автобусами и иными автомобилями, предназначенными для перевозки пассажиров и имеющими более девяти сидячих мест, включая виденье водителя (категория «Д» и «Е») или устанавливающих ограничения права управления ими

Глазные заболевания

1. Хронические заболевания оболочек глаза, сопровождающиеся значительным нарушением функции зрения, стойкие изменения век, в том числе и их слизистых. Парезы мышц век, ограничивающие движение глазного яблока.

После оперативного лечения с хорошим результатом допуск к управлению разрешается.

2. Хроническое, не поддающееся консервативному лечению воспаление слезного мешка, свищ слезного мешка, а также упорное, не поддающееся лечению слезотечение.

После оперативного лечения с хорошим результатом допуск к управлению разрешается.

3. Стойкая диплопия вследствие косоглазия любой этиологии. Отсутствие бинокулярного зрения.

4. Ограничение поля зрения более чем на 20 градусов в любом из меридианов.

При центральной скотоме (абсолютной или относительной) и наличии измененной зрительной функции не ниже значений, указанных в пункте 93.1 допуск к управлению без ограничений.

5. Понижение остроты зрения в зависимости от стойких помутнений преломляющих сред или изменений глазного дна, аномалий рефракции, а также других причин органического характера:

5.1. острота зрения с коррекцией ниже 0,8 на лучшем глазу. Ниже 0,4 на худшем или ниже 0,7 на каждом глазу.

Допустимая коррекция при близорукости и дальнозоркости 8,0Д, в том числе контактными линзами при астигматизме 3,0Д (сумма сферы и цилиндра не должна превышать 8,0Д), Разница в силе линз двух глаз не должна превышать 3,0Д;

5.2. отсутствие зрения на одном глазу;

5.3. состояние после рефракционных операций на роговой оболочке (кератотомия, кератомилез, эксимерлазерные операции, рефракционная кератопластика и другие).

Допускаются к управлению лица через три месяца после операции при остроте зрения с коррекцией не ниже указанной в пункте 93.1, отсутствии осложнений и исходной (до операции рефракции от $-8,0$ до $-8,0Д$. При невозможности установить дооперационную рефракцию – годны при длине оси глаза от 21,5 до 27,0 мм.

5.4. искусственный хрусталик.

Допускаются водители, имеющие стаж работы по соответствующей категории, через 6 месяцев после операции при отсутствии осложнений, остроте зрения с коррекцией не ниже указанной в пункте 93.1 и поле зрения не ниже указанного в пункте 92.

6. Нарушения цветоощущения.

Допуск к управлению разрешается при правильном различии цветом светофора.

7. Заболевания сетчатки и зрительного нерва:

7.1. отслойка и разрывы сетчатки;

7.2. хронические заболевания сетчатки воспалительного или дегенеративного характера, нарушающие функцию зрения.

Допускаются к управлению водители, имеющие стаж работы по соответствующей категории, при остроте зрения не ниже указанной в пункте 93.1 и поле зрения не ниже значений, указанных в пункте 92, в порядке индивидуального подхода. Переосвидетельствование – через один год.

7.3. атрофия зрительного нерва любой этиологии.

При непрогрессирующей односторонней атрофии зрительных нервов допускаются к управлению при остроте зрения не ниже указанной в пункте 93.1 и поле зрения не ниже указанного в пункте 92.

8. Глаукома.

При компенсированной глаукоме, нормальном глазном дне, остроте зрения не ниже указанной в пункте 93.1 и поле зрения не ниже указанного в пункте 92, допускаются к управлению водители, имеющие стаж работы по соответствующей категории с переосвидетельствованием через один год.

Заболевания уха, горла, носа

9. Восприятие разговорной речи на одно или оба уха на расстоянии не менее 3-х метров, шепотной речи на расстоянии 1 метра.

При полной глухоте на одно ухо и восприятии разговорной речи на расстоянии не менее 3-х метров на другое ухо или восприятии разговорной речи не менее 2 м на каждое ухо вопрос о допуске к управлению водителей, имеющих стаж работы по соответствующей категории решается индивидуально при ежегодном переосвидетельствовании.

10. Хроническое одностороннее или двустороннее воспаление среднего уха, осложненное холестеатомой, кариесом, грануляциями или полным (эпитимпанит). Наличие фистульного симптома.

После оперативного лечения с хорошими функциональными результатами вопрос о допуске к управлению водителей, имеющих стаж работы по соответствующей категории, решается индивидуально.

11. Хронический гнойный мастоидит, осложнения вследствие мастоидэктомии (киста, свищ).

После оперативного лечения с хорошими стойкими результатами вопрос о допуске к управлению водителей, имеющих стаж работы по соответствующей категории решается индивидуально.

12. Заболевания любой этиологии, вызывающие нарушения функций вестибулярного аппарата, синдромы головокружения, нистагм (болезнь Меньера, лабиринтит, вестибулярные кризы любой этиологии и другие).

13. Спонтанный нистагм при отклонении зрачков на 70° от срединного положения.

14. Стойкие изменения в глотке, гортани, трахее, значительно затрудняющие дыхание.

При дыхательной недостаточности I-II степени вопрос о допуске к управлению водителями, имеющих стаж работы по соответствующей категории решается индивидуально с учетом выраженности и продолжительности физического напряжения, связанного с управлением.

Хирургические заболевания

15. Заболевания и повреждения позвоночника с выраженными и резко выраженными ограничениями движений. Стойкие изменения в крупных суставах (третья клинорентгенологическая стадия, искусственные имплантированные суставы, ложные суставы) с выраженными ограничениями движений. Недостаточность связочного аппарата I-II степени крупных суставов, привычные вывихи крупных суставов. Деформация III степени тел позвонков с формированием кифоза и сколиоза III степени с выраженным нарушением функции.

при хирургическом лечении привычного вывиха при хорошем функциональном результате через год после операции вопрос о допуске к управлению решается в индивидуальном порядке. При ложных суставах парных костей в состоянии компенсации вопрос о допуске к управлению решается в индивидуальном порядке.

16. Отсутствие одно верхней или одной нижней конечности, кисти или стопы, а также деформация кисти или стопы, значительно затрудняющие движение.

17. Отсутствие пальцев или фаланг, а также неподвижность в межфаланговых суставах:

17.1. отсутствие двух фаланг большого пальца на правой или левой кисти;

17.2. выраженная контрактура большого и указательного пальцев на правой или левой кистях;

17.3. отсутствие или неподвижность двух и более пальцев на правой или левой кисти.

18. Деформация и дефекты костей черепа с наличием неврологической симптоматики.

При наличии незначительных дефектов (фрезевых отверстий после костно-пластических крапнеотомий) без неврологической симптоматики вопрос о допуске к управлению решается индивидуально.

19. Укорочение нижней конечности более чем на 6 см.

При укорочении нижней конечности до 6 см освидетельствуемый может быть признан годным к управлению, если конечность не атрофична, не имеет дефектов со стороны костей, мягких тканей и суставов, объем движений сохранен. Конечность должна иметь длину не менее 75 см без пола до середины большого вертела бедра.

20. Заболевания, вызывающие ограничения движений или болезненность при движении (грыжи, свищи, выпадение прямой кишки, геморрой, водянка яичка или семенного канатика и другие).

Вопрос о допуске к управлению, в том числе и после оперативного лечения решается индивидуально.

21. Заболевания сосудов:

21.1. аортальные аневризмы, аневризмы сосудов головного мозга;

21.2. аневризмы бедренной и подколенной артерий, аневризмы подкожно расположенных сосудистых стволов;

21.3. тромбооблитерирующие заболевания с хронической артериальной недостаточностью II-III степени;

21.4. варикозное расширение вен, посттромбофлебитическая болезнь с хронической венозной недостаточностью II-III степени и слоновость с хронической лимфатической недостаточностью II-III степени.

25. Деформация грудной клетки III степени с умеренным нарушением функции органов грудной клетки. **Терапевтические заболевания**

26. Врожденные или приобретенные пороки сердца и сосудов любой этиологии.

При наличии устойчивой компенсации возможен индивидуальный подход для водителей, имеющих стаж работы по соответствующей категории, по заключению специализированного медицинского учреждения. Переосвидетельствование – через один год.

27. Состояние после операции на сердце и крупных магистральных сосудах, в том числе и лица с имплантированными водителями ритма.

При наличии устойчивой компенсации возможен индивидуальный подход для водителей, имеющих стаж работы по соответствующей категории, по заключению специализированного медицинского учреждения. Переосвидетельствование – через один год.

28. Болезни сердца любой этиологии (эндокардит, миокардит, перикардит, кардиомиопатия и другие). Нарушение ритма любой этиологии (пароксизмальная тахикардия, экстрасистолия, мерцательная аритмия). Ишемическая болезнь сердца, в том числе состояние после перенесенного инфаркта миокарда.

Вопрос о допуске водителей, имеющих стаж работы по соответствующей категории решается индивидуально на основании заключения специализированных лечебных учреждений. Переосвидетельствование – через один год. Стенокардия напряжения ФК III и ФК IV, тахисистолическая форма мерцательной аритмии – негодны.

29. Артериальная гипертензия I-II-III степени.

Вопрос о допуске водителей имеющих стаж работы по соответствующей категории с артериальной гипертензией I-II степени решается индивидуально. При наличии кризовых состояний к управлению не допускаются.

30. Хронические заболевания легких и плевры, в том числе туберкулезной этиологии, бронхиальная астма, состояние после резекции легкого, бронхоэктатическая болезнь.

Вопрос о допуске к управлению водителей имеющих стаж работы по соответствующей категории решается индивидуально на основании заключения специализированного учреждения.

31. Болезни крови и кроветворных органов.

32. Эндокринные заболевания со стойкими и выраженными нарушениями функции.

Решение принимается индивидуально для водителей, имеющих стаж работы по соответствующей категории, на основании заключения эндокринолога. При течении заболевания с расстройствами сознания, склонностью к коматозным состояниям – негодны. Сахарный диабет тип I – негодны.

33. Рост ниже 150 см.

Для водителей, имеющих стаж работы по соответствующей категории, индивидуальный подход.

34. Язвенная болезнь желудка, 12-перстной кишки, хронические заболевания печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, болезнь оперированного желудка с частыми обострениями.

Вопрос о допуске к управлению решается индивидуально.

35. Хронические заболевания почек, отсутствие одной почки.

Вопрос о допуске к вождению решается индивидуально.

36. Диффузные болезни соединительной ткани.

К водителям, имеющим стаж работы по соответствующей категории, индивидуальный подход.

37. Злокачественные новообразования.

После проведенного лечения вопрос о допуске к управлению водителей решается индивидуально.

Нервные болезни

38. Хронические психические расстройства (заболевания) с затяжным течением, стойкими болезненными проявлениями, частыми обострения, нуждающиеся в диспансерном наблюдении.

Умственная отсталость. Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых. Аффективные расстройства настроения.

Органические, включая симптоматические, психические расстройства.

При других психических расстройствах вопрос о допуске к управлению решается индивидуально ВКК специализированного психиатрического учреждения.

39. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (алкоголизм, наркомания, токсикомания).

После специального лечения с положительными результатами и снятия с учета при сохранности психических функций вопрос о допуске решается ВКК наркологического диспансера. При зависимости от наркотиков и токсикоманических веществ допуск к управлению осуществляется в аналогичном порядке, при наличии стойкой ремиссии не менее 3-х лет.

40. Эпилепсия и синкопальные состояния.

При однократном синкопальном состоянии возникшем в условиях, провоцирующих синкопы (длительное стояние, пребывание в душном многолюдном помещении, забор крови, зубоврачебная процедура, высокая температура тела и другие), типичной картине нейрогенного обморока и динамическом наблюдении в течение 2-х лет, подтверждающем отсутствие повторных приступов, вопрос о допуске к управлению решается индивидуально после полного клинического обследования, исключающего органическое заболевание сердца, сосудов ЦНС. При повторных синкопальных состояниях в случае наступления ремиссии продолжительностью более 5 лет, подтвержденной динамическим наблюдением, вопрос о допуске к управлению решается индивидуально после полного клинического обследования. При эпилептической реакции (гипогликемия, разряд электрического тока и другие), отсутствии повторных приступов в течение 2 лет, что должно быть подтверждено динамическим наблюдением, вопрос о допуске к управлению решается индивидуально после полного клинического обследования. При эпилептическом синдроме и эпилепсии – негодны.

41. Органические заболевания ЦНС, последствия травм головного и спинного мозга с двигательными и координаторными расстройствами.

При стойких или прогрессирующих последствиях органического поражения и травм ЦНС с наличием умеренных или выраженных парезов конечностей, расстройств чувствительности, координаторных, зрительных, афотических нарушений или гиперкинезов – не допускаются. При незначительных и ограниченных двигательных и чувствительных нарушениях после органического поражения или травм ЦНС при непрогредиентном течении заболевания и сохранении профессионально значимых функций – вопрос о годности к управлению решается индивидуально после полного клинического обследования.

42. Энцефалопатия I-II-III степени.

43. Хронические рецидивирующие заболевания периферической нервной системы и остаточные явления перенесенных заболеваний и травм крупных нервных стволов со стойкими нарушениями движений, чувствительности и трофики.

При наличии последствий в виде выраженных парезов всей конечности или ее сегмента, а также значительного нарушения функции крупных нервных стволов (движение, чувствительность), сопровождающихся расстройствами профессионально значимых функций – не допускаются. При легких и умеренных парезах ограниченной группы мышц (частичное поражение отдельных ветвей нерва) и хорошей адаптации больного к дефекту вопрос о годности к управлению решается индивидуально с учетом сохранения профессионально значимых функций.

44. Последствия перенесенных нарушений мозгового кровообращения.

При транзиторных ишемических атаках, малых и легких инсультах без последствий (двигательных, координаторных, речевых и других дефицитарных синдромов), вопрос о годности к управлению решается индивидуально после динамического наблюдения в течение 6 месяцев с учетом основного сосудистого заболевания.

Женские заболевания и физиологические состояния

45. Беременность все сроки.

46. Выпадение матки из влагалища, ректовагинальные свищи, пузырно-влагалищные свищи и другие хронические гинекологические заболевания, доброкачественные новообразования половых органов.

После лечения с хорошим результатом водители, имеющие стаж работы по соответствующей категории допускаются к управлению индивидуально.

47. Резкое отставание физического развития.

11.8.1.3. Перечень заболеваний и противопоказаний, запрещающих допуск лиц к управлению тракторами, самоходными сельскохозяйственными, мелиоративными и дорожно-строительными машинами (трактористов-машинистов) или устанавливающих ограничения права управления ими

Глазные заболевания

1. Хронические заболевания глаз, сопровождающиеся значительным нарушением функции зрения, стойкие изменения век, в том числе и их слизистых. Парезы мышц век, препятствующие зрению.

После оперативного лечения с хорошим результатом допуск к управлению разрешается.

2. Хроническое, не поддающееся консервативному лечению воспаление слезного мешка, свищ слезного мешка, а также упорное, не поддающееся лечению слезотечение. После оперативного лечения с хорошим результатом допуск к управлению разрешается.

3. Стойкая диплопия вследствие косоглазия любой этиологии.

4. Ограничение поля зрения более чем на 30 градусов в любом измерении меридианов.

При скотоме и наличии изменений зрительной функции не ниже значений, указанных в пункте 5, допуск к управлению без ограничений.

5. Понижение остроты зрения в зависимости от стойких помутнений преломляющих сред или изменений глазного дна, аномалий рефракций, а также других причин органического характера:

5.1. острота зрения с коррекцией ниже 0,6 на лучшем глазу, ниже 0,2 на худшем или ниже 0,5 на каждом глазу.

Допустимая коррекция при близорукости и дальнозоркости 8,0Д, в том числе контактными линзами, при астигматизме 3,0Д (сумма сферы и цилиндра не должна превышать 8,0Д). Разница в силе линз двух глаз не должна превышать 3,0Д.

5.2. отсутствие зрения на одном глазу или острота зрения на худшем глазу ниже 0,2.

Допускаются к управлению водители и кандидаты в водители при остроте зрения на отставшем глазу не ниже 0,8 (с коррекцией), нормальном поле зрения и правильном различии цветов светофора.

5.3. состояние после рефракционных операций на роговой оболочке (кератотомия, кератомилез, эксимерлазерные операции, рефракционная кератопластика и другие).

Допускаются к управлению лица через 3 месяца после операции при остроте зрения с коррекцией не ниже указанной в пункте 5.1, отсутствии осложнений и исходной (до операции) рефракции от +8,0 до -8,0Д. При невозможности установить дооперационную рефракцию годны при длине оси глаз от 21,5 до 27,0 мм.

5.4. искусственный хрусталик.

Допускаются к управлению при отсутствии осложнений через 6 месяцев после экстракции катаракты с имплантацией интраокулярной линзы и через 3 месяца после факоемульсификации.

6. Нарушение цветоощущения.

Допуск к управлению разрешается при правильном различении цветов светофора.

7. Заболевания сетчатки и зрительного нерва:

7.1. отслойка и разрывы сетчатки.

Допуск к управлению разрешается после успешного хирургического лечения с хорошим функциональным результатом (острота зрения не ниже указанной в пункте 5.1 и поле зрения не ниже указанного в пункте 4) через 1 год после хирургического и 6 месяцев после лазерного лечения.

7.2. хронические заболевания сетчатки воспалительного или дегенеративного характера, нарушающие функцию зрения.

Допуск к управлению разрешается при остроте зрения не ниже указанной в пункте 5.1 и поле зрения не ниже указанного в пункте 4.

Переосвидетельствование – через один год.

Периферическая хориоретинальная дистрофия при миопии высокой степени не являются противопоказанием к управлению при отсутствии разрывов и периферической отслойки сетчатки.

7.3. атрофия зрительного нерва любой этиологии.

При непрогрессирующей односторонней атрофии зрительных нервов допускаются к управлению при остроте зрения не ниже указанной в пункте 5.1 и поле зрения не ниже указанного в пункте 4. Переосвидетельствование - через один год.

8. Глаукома.

При компенсированной глаукоме нормальном глазном дне, остроте зрения не ниже указанной в пункте 5.1 и поле зрения не ниже указанного в пункте 4 допускаются к управлению.

Переосвидетельствование – через один год.

Заболевания уха, горла, носа

9. Восприятие разговорной речи на одно ухо или оба уха на расстоянии менее 3-х метров, шепотной речи на расстоянии одного метра.

При полной глухоте на одно уха и восприятии разговорной речи на расстоянии не менее 3-х метров на другое ухо или восприятии разговорной речи не менее 2-х метров на каждое ухо, вопрос о допуске к управлению трактористов-машинистов, имеющих стаж работы тракториста-машиниста, решается индивидуально. Переосвидетельствование – через один год.

10. Хроническое одностороннее или двухстороннее гнойное воспаление среднего уха, осложненное холестеатомой, кариесом, грануляциями, полипом /эпитимпанит/. Наличие фистульного свища.

После оперативного лечения с хорошим функциональным результатом вопрос о допуске к управлению трактористов-машинистов, имеющих стаж работы тракториста-машиниста, решается индивидуально.

11. Хронический гнойный мастоидит, осложненный вследствие мастоидэктомии (киста, свищ).

После оперативного лечения с хорошими, стойкими результатами вопрос о допуске к управлению трактористов-машинистов, имеющих стаж работы тракториста-машиниста, решается индивидуально.

12. Заболевание любой этиологии, вызывающие нарушения функций вестибулярного аппарата, синдромы головокружения, нистагм (болезнь Меньера, либиринтит, вестибулярные кризы любой этиологии и другие).

При отсутствии приступов в течение 2-х лет вопрос допуска к управлению решается индивидуально.

13. Спонтанный нистагм при отклонении зрачков на 70⁰ от срединного положения.

В случаях врожденного и оптакINETического нистагма вопрос допуска к управлению решается индивидуально.

14. Стойкие изменения в глотке, гортани, трахее, значительно затрудняющие дыхание.

При дыхательной недостаточности I-II степени допуск к управлению решается индивидуально.

Хирургические заболевания

15. Заболевания и повреждения позвоночника с резко выраженными ограничениями движений. Стойкие посттравматические дегенеративные воспалительные изменения крупных суставов с выраженными ограничениями движений. Недостаточность связочного аппарата III степени крупных суставов, ложные суставы, привычные вывихи при наличии морфологических изменений суставных концов и выраженного снижения силы мышц.

16. Отсутствие верхней или нижней конечности, а также выраженная деформация кисти или стопы со значительными нарушениями функции.

Деформация одной кисти при сохранении хватательной функции и силы кисти не является противопоказанием для управления.

Отсутствие или деформация стопы не является противопоказанием для управления при отсутствии стопы, обязательно ношение протеза. В порядке исключения могут быть допущены трактористы-машинисты, имеющие стаж работы тракториста-машиниста с одной ампутированной голенью, с обязательным ношением протеза, если ампутационная культя не менее 1/3 голени и подвижность в коленном суставе сохранена.

17. Отсутствие пальцев или фаланг, а также неподвижность в межфаланговых суставах.

При сохранении хватательной функции и силы кисти вопрос о допуске к управлению решается индивидуально.

17.1. отсутствие или контрактура большого пальца на обеих кистях.

Допускаются к управлению в порядке индивидуального подхода.

17.2. отсутствие двух пальцев на левой руке, исключая большой палец и большого пальца на правой кисти.

Допускаются к управлению в порядке индивидуального подхода.

17.3. отсутствие трех пальцев или их контрактуры на правой кисти при сохранности функций большого пальца.

Допускаются к управлению в порядке индивидуального подхода.

17.4. контрактуры четырех пальцев в функционально выгодном положении на обеих кистях при сохранности функции больших пальцев.

Вопрос допуска решается индивидуально.

17.5. контрактуры всех пальцев кисти в функционально невыгодном (порочном) положении.

18. Деформации и дефекты костей черепа (12 см² и более) без оперативной пластики дефекта.

При наличии незначительных дефектов или деформаций костей черепа, при отсутствии неврологической симптоматики, допуск к управлению осуществляется индивидуально, переосвидетельствование через два года.

19. Укорочение нижней конечности более чем на 6 см.

при укорочении нижних конечностей до 6 см, освидетельствуемый может быть признан годным к управлению, если конечность не атрофична, не имеет дефектов со стороны костей, мягких тканей и суставов, объем движений сохранен. Конечность должна иметь в длину не менее 75 см /от пола до середины большого вертела бедра/.

20. Заболевания, вызывающие ограничение движений или болезненность при передвижении конечностей /грыжи, свищи, выпадение прямой кишки, геморрой, водянка яичка или семенного канатика и другие).

Вопрос о допуске к управлению решается индивидуально. В том числе и после оперативного лечения.

21. Заболевания сосудов:

21.1. аортальные аневризмы, аневризмы сосудов головного мозга;

21.2. аневризмы бедренной и подколенной артерий, аневризмы подкожно расположенных сосудистых стволов.

При наличии аневризмы – индивидуальный подход по заключению специализированного медицинского учреждения. Переосвидетельствование – через год. После оперативного лечения на периферических сосудах при компенсации кровотока вопрос о допуске к управлению решается индивидуально.

21.3. тромбооблитерирующие заболевания с хронической артериальной недостаточностью II-III степени и более;

21.4. варикозное расширение вен, посттромбофлебитическая болезнь с хронической венозной недостаточностью II-III степени и слоновость с хронической лимфатической недостаточностью III-IV степени.

22. Деформация грудной клетки и позвоночника III степени с значительным нарушением функции органов грудной полости.

Внутренние заболевания

23. Врожденные и приобретенные пороки сердца и сосудов любой этиологии.

При наличии устойчивой компенсации – индивидуальный подход по заключению специализированного медицинского учреждения.

Переосвидетельствование – через один год.

24. Состояние после операции на сердце и крупных магистральных сосудах, в том числе с имплантированными водителями ритма.

При компенсации с хорошими отдаленными результатами и заключением специализированного медицинского учреждения, вопрос о допуске к управлению решается индивидуально не ранее чем через год после операции. Переосвидетельствование – через один год. Лица с имплантированными искусственными водителями ритма сердца допускаются к управлению индивидуально.

25. Болезни сердца любой этиологии /эндокардит, миокардит и другие/, нарушение ритма любой этиологии /мерцательная аритмия, пароксизмальная тахикардия и другие/, ишемическая болезнь сердца. В том числе состояние после перенесенного инфаркта миокарда.

Вопрос о допуске к управлению трактористов-машинистов, имеющих стаж работы тракториста-машиниста решается индивидуально, на основании заключения специализированного медицинского учреждения. Переосвидетельствование – через год. Лица с тахисистолической формой мерцательной аритмии и стенокардией напряжения ФК IV - не допускаются.

26. Артериальная гипертензия II-III степени.

Вопрос о допуске к управлению трактористов-машинистов, имеющих стаж работы тракториста-машиниста с артериальной гипертензией II степени решается индивидуально /с частыми гипертоническими кризами – не допускаются/.

27. Хронические заболевания легких и плевры, в том числе туберкулезной этиологии и бронхиальная астма, состояние после резекции легкого, бронхоэктатическая болезнь. Вопрос о допуске к управлению решается индивидуально на основании заключения специализированного медицинского учреждения.

28. Болезни крови и кроветворных органов.

Вопрос о допуске к управлению трактористов-машинистов, имеющих стаж работы тракториста-машиниста, решается индивидуально при отсутствии анемического синдрома и обострения основного заболевания, на основании заключения специализированного медицинского учреждения. Переосвидетельствование – через один год.

29. Эндокринные заболевания со стойкими и выраженными нарушениями функции.

Вопрос о допуске к управлению трактористов-машинистов, имеющих стаж работы тракториста-машиниста, решается индивидуально на основании эндокринолога, при течении заболевания с расстройствами сознания, склонностью к коматозным состояниям – негодны. Сахарный диабет тип I – негодны.

30. Рост ниже 150 см.

К трактористам-машинистам, имеющим стаж работы тракториста-машиниста, индивидуальный подход.

31. Язвенная болезнь желудка, 12-перстной кишки, хронические заболевания печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, болезнь оперированного желудка с частыми обострениями.

Вопрос о допуске к управлению решается индивидуально.

32. Хронические заболевания почек, отсутствие одной почки.

Вопрос о допуске к управлению решается индивидуально.

33. Диффузия болезни соединительной ткани.

Вопрос о допуске к управлению решается индивидуально.

34. Злокачественные новообразования.

После проведения лечения вопрос допуска к управлению решается индивидуально.

Нервные и психические заболевания

35. Хронические психические расстройства (заболевания) с затяжным течением, стойкими болезненными проявлениями, частыми обострениями, нуждающиеся в диспансерном наблюдении.

При других психических расстройствах вопрос о допуске к управлению решается индивидуально врачебно-консультативной комиссией (далее ВКК) специализированного психиатрического учреждения.

36. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (алкоголизм, наркомания, токсикомания).

После специализированного лечения с положительными результатами и снятия с учета при сохранности психических функций вопрос о допуске к управлению решается ВКК наркологического диспансера. При зависимости от наркотиков и токсикоманических веществ допуск к управлению осуществляется в аналогичном порядке, при наличии стойкой ремиссии не менее 3-х лет.

37. Эпилепсия и синкопальные состояния.

При однократном синкопальном состоянии, возникшем в условиях, провоцирующих синкопы (длительное состояние, пребывание в душном многолюдном помещении, забор крови, зубоветеринарная процедура, высокая температура тела и другие), типичной картине нейрогенного обморока и динамическом наблюдении в течение года, подтверждающем отсутствие повторных приступов, вопрос о допуске к управлению решается индивидуально после полного клинического обследования, исключающего органическое заболевание сердца, сосудов и центральной нервной системы (далее ЦНС). При повторных синкопальных состояниях в случае наступления ремиссии продолжительностью более 3-х лет, подтвержденной динамическим наблюдением, вопрос о допуске к управлению решается индивидуально после полного клинического обследования. При эпилептической реакции (гипогликемия, разряд электрического тока и другие), отсутствии повторных приступов в течение 2 лет, что должно быть подтверждено динамическим наблюдением, вопрос о допуске решается индивидуально после полного клинического обследования. При

эпилептическом синдроме (припадки на фоне активного заболевания ЦНС), вопрос о допуске к управлению решается индивидуально не ранее, чем через 5 лет после излечения основного заболевания (тотальное удаление опухоли, артериовенозной аневризмы, санация ликвора) и отсутствии припадков, что должно быть подтверждено динамическим наблюдением, данными медицинской документации и полным клиническим обследованием.

При эпилепсии – негодны.

В случае постановки диагноза на основании одиночного приступа в детском возрасте и отсутствии повторных приступов (5 лет), что должно быть подтверждено длительным динамическим медицинским наблюдением, позволяющим считать диагноз «Эпилепсия» недостаточно обоснованным, в порядке индивидуального подхода возможно снятие диагноза после полного клинического обследования в ведущих центрах по данной проблеме: Государственное учреждение «Научно-исследовательский институт неврологии, нейрохирургии и физиотерапии Министерства здравоохранения Республики Беларусь», Государственное учреждение «Научно-исследовательский институт медико-социальной экспертизы и реабилитации Министерства здравоохранения Республики Беларусь» и Государственное учреждение «Республиканская клиническая психиатрическая больница».

38. Органические заболевания ЦНС. Последствия травм головного и спинного мозга с двигательными и координаторными расстройствами.

При стойких или прогрессирующих последствиях органического поражения и травм ЦНС с наличием умеренных или выраженных парезов конечностей, расстройств чувствительности координаторных, зрительных, афотических нарушений или гиперкинезов – не допускаются к управлению при незначительных и ограниченных двигательных и чувствительных нарушениях после органического поражения или травм ЦНС при непрогредиентном течении заболевания – вопрос о допуске к управлению решается индивидуально после полного клинического обследования.

39. Энцефалопатии II-III степени.

40. Хронические рецидивирующие заболевания периферической нервной системы и остаточные явления перенесенных заболеваний и травм крупных стволов со стойкими нарушениями движений. Чувствительности и трюфики.

При наличии последствий в виде выраженных парезов всей конечности или ее сегмента, а также значительного нарушения функции крупных нервных стволов (движение, чувствительность) сопровождающихся расстройством профессионально значимых функций – не допускаются к управлению при легких и умеренных парезах ограниченной группы мышц (частичное поражение отдельных ветвей нерва) и хорошей адаптации больного к дефекту вопрос о годности к управлению решается индивидуально с учетом сохранения профессионально-значимых функций.

41. Нарушение мозгового кровообращения.

При транзиторных ишемических атаках, малых и легких инсультах без последствий (двигательных, координаторных, речевых и других дефицитарных синдромах) вопрос о годности к управлению решается индивидуально после динамического наблюдения в течении 6 месяцев с учетом основного сосудистого заболевания.

Женские заболевания и физиологические состояния

42. Беременность все сроки.

43. Выпадение матки, влагалища, ректовагинальные свищи, пузырно-влагалищные свищи и другие.

После оперативного лечения с хорошим результатом трактористов-машинистов, имеющих стаж работы тракториста-машиниста, допускаются к управлению в порядке индивидуального подхода.

44. Резкое отсутствие физического развития.

11.9. Список профессиональных заболеваний

Список профессиональных заболеваний и Инструкция по применению списка профессиональных заболеваний утверждены Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 400/6 от 29.05.2001 г. Список профессиональных заболеваний является основным документом, который используется при установлении диагноза профессионального заболевания, решении вопроса экспертизы трудоспособности, медицинский и профессиональной

реабилитации, а также при рассмотрении вопросов, связанных с возмещением вреда, причиненного работнику повреждением здоровья.

№ п/п	Наименование болезней (синдромов) по международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра	Факторы производственной среды (вредные, опасные), трудового процесса, воздействие которых может приводить к возникновению профессиональных заболеваний (хронических, острых)
1.	Заболевания, вызванные воздействием химических факторов: острые, хронические интоксикации и их последствия протекающие и изолированным или сочетанным поражением органов и систем.	Химические вещества: исходное сырье, промежуточные, побочные и конечные продукты
1.1.	Токсическое поражение органов дыхания: ринофаринголарингит, эрозия, перфорация носовой перегородки трахеит, бронхит, фибриоз.	Любая работа, связанная с воздействием перечисленных факторов: азотная кислота, аммиак, окислы азота, изоцианаты, кремнийорганические соединения, селен, сера и ее соединения, формальдегид, фталевый ангидрид, фтор и его соединения, хром и его соединения и другие.
1.2.	Анемия, лейкопения, агранулоцитоз, метгемоглобинемия, панмиелофтиз	Любая работа, связанная с воздействием перечисленных факторов: амино-, нитро-, и хлорсоединения ароматического ряда, бензол и его производные, гомологи бензола, гексаметилендиамин, циклогексанон.
1.3.	Токсический гепатит	Любая работа, связанная с воздействием перечисленных факторов: пестициды (хлорорганические), свинец и его неорганические соединения, амино- и нитросоединения ароматического ряда, бензол и его производные (стирол), галоидопроизводные углеводородов жирного ряда, гидразин и его соединения, фосфор и его соединения.
1.4.	Токсическая нефропатия	Любая работа, связанная с воздействием перечисленных факторов: бета-нафтол, кадмий, четыреххлористый углерод.
1.5.	Токсическое поражение нервной системы: полиневропатия, неврозоподобные состояния, энцефалопатия другие невротические расстройства	Любая работа, связанная с воздействием перечисленных факторов: амино-, нитро-, и хлорсоединения ароматического ряда, бензол и его производные (гомологи бензола, стирол), галоидопроизводные углеводороды жирного ряда, гидразин и его соединения, марганец, пестициды, ртуть и ее соединения сероуглерод, тетраэтилсвинец и другие.
1.6.	Токсическое поражение глаз: катаракта	Любая работа, связанная с воздействием тринитротолуола.
1.7.	Конъюнктивит, кератоконъюнктивит	Любая работа, связанная с воздействием перечисленных факторов: азотная кислота, аммиак, окислы азота, изоцианаты, сера и ее соединения, формальдегид, фтор и его соединения, хлор и его соединения и другие.
1.8.	Токсическое поражение костей в виде остеопороза	Любая работа, связанная с воздействием фосфора желтого и его соединений, фтора и его соединений

1.9.	Болезни кожи: эпидермолиз, контактный дерматит, простой раздражительный контактный дерматит и простая раздражительная контактная экзема, контактный дерматит неуточненный и контактная экзема неуточненная, фотодерматит, онихии, паронихии, токсическая меланодермия, масляные фолликулиты. Профессиональное витилиго	Любая работа, связанная с воздействием перечисленных факторов: продуктов перегонки нефти, каменного угля и сланцев (бензин, керосин, смазочные масла, крезол, лизол, гудрон, мазут, асфальт, пек и его дистилляты); хлорированные нафталины, кислоты, щелочи, органические растворители, гидросульфит, хлорная известь, соли тяжелых металлов, соединения мышьяка, сурьмы; формалин, клей и другие Любая работа, связанная с воздействием перечисленных факторов: пара-трет-бутилфенол (ПТБФ), низкие (C1-C8) пара-алкин и пара-алкоксифенолы, 4-алкилкатехины
1.10	Лихорадка металлическая от аэрозолей цинка, меди, олова, неуточненных металлов, фторопластовая (тефлоновая) лихорадка	Любая работа, связанная с воздействием аэрозолей конденсации цветных металлов (цинка, меди, никеля, сурьмы и других), аэрозолей вторичной полимеризации (фторопластов)
2.	Заболевания, вызываемые воздействием промышленных аэрозолей	
2.1.	Пневмокониозы: силикоз, асбестоз, талькоз, каолиноз, пневмокониоз шлифовальщиков или наждачников, от цементной и других видов смешанной пыли, антракосиликоз, сидероз, баритоз и другие пневмокониозы от рентгеноконтрастной пыли, бериллиоз и другие гиперчувствительные пневмониты	Любая работа, связанная с воздействием пыли, содержащей диоксид кремния в свободном и связанном состоянии, рудничной, рентгеноконтрастной, углеводосодержащей пыли (уголь, кокс, сажа, графит и другие); пыли металлов и их оксидов, в том числе твердых и тяжелых сплавов, сварочного аэрозоля; пыли органических и искусственных минеральных волокон, пластмасс.
2.2.	Биссиноз	Любая работа, связанная с воздействием различных видов растительной пыли (хлопка, льна, джута)
2.3.	Профессиональный бронхит (необструктивный, обструктивный, астматический) Эндогенная неаллергическая астма	Любая работа, связанная с вдыханием всех вышеуказанных видов пыли, а также органической пыли растительного и животного происхождения (мучной, зерновой, волосяной, шерстяной, табачной, бумажной, сахарной и другой). Работа, связанная с одновременным действием пылевого, сенсibiliзирующего и химического факторов (раздражающие вещества, компоненты выхлопа самоходных горных машин и другие)
2.4.	Хронический бронхит эмфизематозный	Любая работа, связанная с воздействием пыли, указанной в графе 3 подпункта 2.3
2.5.	Эмфизема легких	Любая работа, связанная с экспираторным перенапряжением Любая работа, связанная с химическими веществами, газами, дымами и парами
2.6.	Хронический бронхит с трахеобронхиальной дискинезией	Любая работа, связанная с воздействием пыли, указанной в графе 3 подпункта 2.3
2.7.	Пневмонит:	Любая работа, связанная с воздействием химических веществ, газов, дымов, паров Любая работа, связанная с вдыханием

2.7.1.	Пневмонит и аллергический альвеолит	растительной пыли
2.7.2.	Пневмонит	Любая работа, связанная с вдыханием масел и эссенций
2.7.3.	Легкое+фермера	Любая работа, связанная с заплесневелым сеном, сенажом и другой заплесневелой пылью растительного происхождения, загрязненной дериватами животного и микробного происхождения
2.8.	Тотальные дистрофические заболевания верхних дыхательных путей: хронический субатрофический и гипертрофический ринофаринголарингит хронический фаринголаринготрахсит	Любая работа, связанная с воздействием пыли, указанной в графе 3 подпункта 2.3.
3.	Заболевания, вызываемые воздействием физических факторов	
3.1.	Заболевания, связанные с воздействием ионизирующих излучений: лучевая болезнь (острая и хроническая) местные лучевые поражения (острые или хронические)	Любая работа, связанная с однократным кратковременным общим воздействием внешнего ионизирующего излучения или поступления внутрь организма значительных количеств радиоактивных веществ и их соединений Любая работа, связанная с воздействием ионизирующей радиации Любая работа, связанная с внешним локальным воздействием проникающего излучения, воздействием радиоактивных веществ
3.2.	Заболевания, связанные с воздействием неионизирующих излучений: вегетативно-сосудистая дистония другие невротические расстройства	Любая работа, связанная с воздействием электромагнитных излучений радиодиапазона сверхвысоких частот – СВЧ; когерентных монохроматических излучений
3.3.	Местное повреждение тканей лазерным излучением (ожоги кожи, поражение роговицы сетчатки)	Любая работа, связанная с локальным воздействием лазерных излучений
3.4.	Вибрационная болезнь	Любая работа, связанная с воздействием производственной локальной вибрации, передающейся на руки работающих, и вибрации рабочих мест
3.5.	Нейросенсорная тугоухость	Любая работа, связанная с воздействием производственного шума
3.6.	Вегетативно-сенсорная полиневропатия рук	Любая работа, связанная с контактной передачей ультразвука на руки
3.7.	Электроофтальмия	Любая работа, связанная с ультрафиолетовым излучением
3.8.	Катаракта	Любая работа, связанная с воздействием лучевой энергии (инфракрасное, ультрафиолетовое излучение, СВЧ-излучения, рентгеновское, нейтронное, протонное, электромагнитные излучения, гаммалучи), лазерные излучения
3.9.	Декомпрессионная (кессонная)	Любая работа, связанная с повышенным

	болезнь и ее последствия	атмосферным давлением, процессами декомпрессии
3.10.	Болезни периферических сосудов: артерий, артериол, капилляров, синдром Рейно, ангионевроз, эритромелалгия	Любая работа, связанная с пониженной температурой в рабочей зоне
4.	Заболевания, связанные с физическими перегрузками и перенапряжением отдельных органов и систем	
4.1.	Координаторные невроты, в том числе писчий спазм	Любые работы, требующие высокой координации движений и стереотипные движения, выполняемые в быстром темпе
4.2.	Заболевания периферической нервной системы Компрессионные мононевропатии верхних конечностей Опорежение нервных корешков и сплетений шейного и поясничного уровней от сдавления, травматизации, вторичные изменения, вызванные рефлекторным напряжением мышц от перегрузок	Любые работы, связанные со статико-динамическими нагрузками на плечевой пояс, многократно повторяющимися движениями рук, давлением на нервные стволы в сочетании с микротравматизацией, охлаждением. Любые работы, связанные с подъемом и перемещением тяжести. Длительным пребыванием в вынужденной рабочей позе и наклоном туловища, головы
4.3.	Заболевания костно-мышечной системы Болезни мягких тканей, связанные с нагрузкой, перегрузкой и давлением (болезни мышц, синовиты и тендобурситы, капсулиты в том числе плечевой, локтевой периартрозы и другие энтезопатии) Первичный деформирующий остеоартроз с нарушением функции сустава Асептические остеонекрозы	Любые работы, связанные с локальными и региональными мышечными нагрузками Любые работы, связанные с выполнением широкоамплитудных вращательных движений, систематическим давлением в области соответствующих суставов, перенапряжением и травматизацией Любые работы, связанные с локальными и региональными мышечными нагрузками
4.4.	Выраженное варикозное расширение вен на ногах, осложненное воспалительными (тромбофлебит) или трофическими расстройствами	Любые работы, связанные с пребыванием в вынужденной рабочей позе стоя
4.5.	Болезни голосовых связок: узелки певцов фонастения контактные язвы голосовых складок хронический ларингит	Любые работы, связанные с перенапряжением голосового аппарата
4.6.	Прогрессирующая близорукость	Любые работы, связанные с повышенным напряжением зрения при различении мелких предметов с близкого расстояния
4.7.	Невроты	Работа, связанная с обслуживанием пациентов психиатрических учреждений
5.	Заболевания, вызываемые действием биологических факторов	
5.1.	Инфекционные и паразитарные заболевания, однородные с той	Любая работа в контакте с инфекционными больными, инфицированными материалами или

	инфекцией, с которой работники находятся в контакте во время работы: туберкулез бруцеллез сап сибирская язва клещевой вирусный энцефалит орнитоз узелки доярок токсоплазмоз вирусный гепатит А вирусный гепатит В другие вирусные гепатиты аспергилез микозы кожи эризипеллоид Розенбаха чесотка сифилис болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВЧ)	переносчиками болезней, с больными животными, продуктами животного и растительного происхождения (кожа, шерсть, щетина, конский волос, кожевенное и меховое сырье, утильсырье, зерно, хлопок); грызунами, обсемененными поверхностями
5.2.	Кандидамикоз кожи и слизистых висцеральный кандидоз	Любые работы, связанные с антибиотиками, грибами-продуцентами, белково-витаминными концентратами (БВК), кормовыми дрожжами, комбикормом
6.	Аллергические заболевания:	Любые работы, связанные с веществами и соединениями аллергизирующего действия
6.1.	конъюнктивит	
6.2.	ринит	
6.3.	бронхиальная астма	
6.4.	астматический бронхит	
6.5.	гиперсенситивный пневмонит, вызванный неуточненной органической пылью	
6.6.	экзогенный альвеолит	
6.7.	аллергический контактный дерматит и аллергическая контактная экзема	
6.8.	токсидермия	
6.9.	отек Квинке	
6.10.	крапивница	
6.11.	анафилактический шок	
6.12.	аллергический альвеолит	Любая работа в контакте с кондиционерами и увлажнителями воздуха, загрязненными термофильными актиномицетами и другими микроорганизмами, размножающимися в системе вентиляции
7.	Новообразования	
7.1.	Новообразования кожи доброкачественные (гиперкератозы, эпителиомы, папиломы, лейкокератозы) злокачественные	Любая работа, связанная с продуктами перегонки каменного угля, нефти, сланцев (смола, пек, антрацен, фенантрен, аминоантраценовое масло, производные азосоединения, гудрон, парафин), компонентами замазливателей стекловолокна и других химических веществ воздействием ионизирующих излучений (рентгеновских, гамма-излучений и других) Любая работа, связанная с воздействием соединений никеля, хрома, мышьяка, кадмия,

злокачественные полости рта	новообразования	<p>бериллия; каменно-угольных смол; асбеста, асфальта, пыли радиоактивных руд, пыли с адсорбированными на ней углеводородами, углепластиковыми; талька, содержащего асбесто-подобные волокна; бытовой сажи</p> <p>Любая работа, связанная с воздействием винилхлорида, длительным контактом с радиоактивными веществами, тропными и печеночной ткани (полоний, торий, плутоний)</p> <p>Любая работа, связанная с воздействием шестивалентных соединений хрома, асбестосодержащей пыли.. никеля, углеводородов, адсорбированных на пыли</p> <p>Любая работа, связанная с бензолом, с воздействием различных видов ионизирующей радиации</p> <p>Любая работа, связанная с воздействием аминов бензольного и нафталинового ряда (бензидин, дианзидин, нафтиламин и другие)</p> <p>Любая работа в длительном контакте с остеотропными радиоактивными веществами (радий, стронций, плутоний)</p>
злокачественные органов дыхания	новообразования	
злокачественные печени	новообразования	
злокачественные желудка	новообразования	
лейкозы		
новообразования мочевого пузыря (папилломы, рак)		
злокачественные костей	новообразования	

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ДЕТЕЙ (ЛИЦ ДО 18 ЛЕТ)

В настоящее время в динамике состояния здоровья детского населения наметилось множество неблагоприятных тенденций:

повышение частоты врожденных и наследственных заболеваний, высокий удельный вес детей, рожденных с травмами и патологией центральной нервной системы;

прогрессирующий рост хронических форм патологии и болезней аллергического генеза;

увеличение частоты вирусных и паразитарных заболеваний, в том числе контролируемых инфекций – дифтерии, полиомиелита, туберкулеза и др.

Хронические заболевания в настоящее время диагностируются в среднем у 40-45% школьников, а среди здоровых $\frac{3}{4}$ составляют дети с различными морфофункциональными нарушениями. Численность здоровых детей в школьных коллективах в среднем не превышает 15%, а в старших классах снижается до 7%. Результатом вышеуказанных тенденций является увеличение общего числа детей-инвалидов.

Проблема детской инвалидности является актуальной для любого общества с позиций социальной политики государства и перспектив состояния здоровья взрослого населения в обозримом будущем. В Республике Беларусь насчитывается около 30 000 детей-инвалидов. Число лиц в возрасте до 18 лет, впервые получавших статус ребенок-инвалид, в 2004 г. составило 3 739 человек. Более 340 тыс. детей имеют нарушения в психофизическом развитии и дефекты здоровья, не являясь детьми-инвалидами фактически при переходе в более старшую возрастную группу эти лица пополняют ряды инвалидов с детства, которые занимают значительное место среди социальных причин инвалидности взрослых.

Распространенность и неуклонный рост детской инвалидности на протяжении многих лет является поводом к ее детальному изучению и поиску путей ее снижения. Одним из важных и самостоятельных этапов решения вопросов воздействия на динамику инвалидности у лиц до 18 лет является повышение качества реабилитационной помощи детям и развитие направлений, рассматривающих регламентирующие и нормативные вопросы детской инвалидности, в частности, вопросы организации и методических подходов к медико-социальной экспертизе (МСЭ) детей.

Согласно Концепции последствий болезни социальная недостаточность оценивается по критериям жизнедеятельности, ограничение которых приводит к дезадаптации человека в окружающей среде. Критерии выделены, апробированы и находят свое широкое применение в экспертной практике взрослых. При этом тщательное изучение ситуации в области медико-социальной экспертизы детей в Республике Беларусь показало, что стандартные подходы к освидетельствованию детей предполагают лишь клинико-функциональную оценку основного дефекта и вызванных им функциональных нарушений, которые и принято традиционно рассматривать как освидетельствование как таковое. Фактически это является лишь частью процесса медико-социальной экспертизы ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности ребенка-инвалида, возможностей его социальной и личностной адаптации к процессу жизнедеятельности. Оценки динамики и прогноза этих показателей в возрастном аспекте.

Кроме того, нельзя не учесть тот факт, что, хотя выявление показаний для признания лица инвалидом и предполагает в конечном итоге оценку степени социальной недостаточности, обуславливающей необходимость оказания социальной помощи человеку независимо от возраста, решение экспертных вопросов у детей имеет свои существенные отличия и особенности. Это, во-первых, обусловлено изначальным отсутствием социальной дееспособности ребенка по факту его зависимости от взрослого, осуществляющего процесс ухода за ним, его воспитания, обучения и т.д.

Во-вторых, особенности детской экспертизы предполагают обязательную периодизацию жизни ребенка до 18 лет, которая позволяет наиболее объективно оценивать отклонение того или иного параметра жизнедеятельности в зависимости от возрастных норм развития.

В-третьих, учитывая тот факт, что каждый возрастной период ребенка имеет свою ведущую деятельность, осуществление которой является одновременно основным содержанием его повседневной деятельности и процессом, обуславливающим дальнейшие этапы формирования навыков социальной адаптации, наблюдается несоответствие между основными критериями жизнедеятельности взрослого и ребенка различного возраста.

Таким образом, можно выделить ряд моментов, характеризующих общие тенденции в системе медико-социальной экспертизы детей:

1. Основным показанием для признания ребенка инвалидом является наличие у него признаков социальной недостаточности, которая обуславливает необходимость и особенности дополнительного ухода за ним со стороны взрослого, а также использование дополнительных мер и средств, направленных не только на компенсацию дефекта, но и на развитие остающихся функций, навыков и умений, по сравнению со здоровыми сверстниками и детьми с нарушениями здоровья без признаков социальной недостаточности.

2. Социальная недостаточность ребенка оценивается по специфическим, отличным от взрослого, критериям жизнедеятельности, имеющим возрастную периодизацию в соответствии с нормами развития ребенка до 18 лет.

3. Диагностика степени ограничения жизнедеятельности и признаков социальной недостаточности ребенка производится комплексно с учетом всех имеющихся нарушений функционального, психологического, педагогического и социального характера.

4. Медико-социальная экспертиза детей – этапный процесс, предполагающий последовательную диагностику трех уровней: оценку функционального состояния организма ребенка с учетом возрастных норм развития, выявление ограничений жизнедеятельности ребенка и степени его зависимости от взрослого, определение признаков социальной недостаточности, вызванной ограничениями жизнедеятельности.

5. В процессе экспертизы социальной недостаточности ребенка участвует группа специалистов-экспертов педиатрического профиля (врачи, педагоги, дефектологи, психологи, социальные работники).

6. Обязательным этапом экспертной работы с ребенком-инвалидом является разработка программы коррекции, развития и компенсации функций, нарушенных вследствие дефекта (индивидуальной программы реабилитации ребенка) с регулярной оценкой эффективности ее выполнения и коррекцией ее содержания.

Инвалидность у детей в отличие от взрослых, не имеет причины инвалидности и градации тяжести по группам инвалидности и устанавливается на определенный срок от 6 месяцев до 2 лет; на 2 года; 5 лет; до исполнения 18 лет. Срок, на который устанавливается инвалидность у ребенка зависит от обратимости вызванных заболеванием или травмой функциональных нарушений и возможностей социальной адаптации.

В соответствии с Законом Республики Беларусь «О внесении изменений и дополнений в Закон Республики Беларусь «О пенсионном обеспечении» с 1 августа 1999 г. социальные пенсии детям-инвалидам в возрасте до 18 лет назначаются в размерах в зависимости от степени утраты здоровья:

- первой – 150%;
- второй – 175%;
- третьей – 200%;
- четвертой – 250%

минимального размера пенсии по возрасту.

Документом, подтверждающим инвалидность и степень утраты здоровья, является выписка из акта освидетельствования во МРЭК.

Определение инвалидности детям до 18 лет проводится в соответствии с разделом III «Определение инвалидности детям» Инструкции по определению инвалидности (1993 г.).

В основу разработки критериев определения степени нарушения здоровья детей-инвалидов положена оценка степени нарушения функций, (с учетом их влияния на возможность социальной адаптации ребенка).

I степень утраты здоровья ребенка-инвалида –

Определяется при легком и умеренном нарушении функций. Которые согласно «Инструкции», являются показанием к установлению инвалидности у ребенка, но, как правило, не приводят к необходимости определения инвалидности у лиц старше 18 лет.

II степень утраты здоровья –

Устанавливается при наличии выраженных нарушений функций органов и систем, которые, несмотря на проведенное лечение ограничивают возможности социальной адаптации ребенка. Этот критерий соответствует III группе инвалидности у взрослого.

III степень утраты здоровья –

Соответствует II группе инвалидности у взрослого.

IV степень утраты здоровья –

Соответствует I группе инвалидности у взрослого

Определяется при резко выраженных нарушениях функций органов и систем, приводящих к социальной дезадаптации ребенка при условии необратимого характера поражения и неэффективности лечебных и реабилитационных мероприятий, соответствует первой группе инвалидности у взрослого.

12.1. Оценка ограничения жизнедеятельности в детском возрасте

12.1.1. Концепция последствий болезни в педиатрической практике

С учетом современной концепции, оценка последствий заболевания производится на трех уровнях:

органном – морфофункциональные изменения со стороны отдельных органов или систем (нарушения, или дефект);

организменном – нарушение интегративных функций целостного организма или его способностей к передвижению, самообслуживанию, ориентации и т. д., позволяющих индивиду адаптироваться к окружающей среде и не зависеть от посторонних лиц (или быть зависимым в рамках физиологических норм, если речь идет о детском возрасте);

социальном – невозможность выполнения общественной роли, определяемой возрастом, воспитанием, образованием, профессией и конкретными условиями среды.

Под ограничением жизнедеятельности у детей понимается любое ограничение или отсутствие (в результате нарушения) способности осуществлять возрастную деятельность способом или в рамках, считающихся нормальными для ребенка данного возраста. Ограничение жизнедеятельности является отклонением от нормы различных видов деятельности ребенка (в отличие от функционирования органа или системы). Это понятие характеризуется чрезмерностью или недостаточностью в обычно ожидаемом поведении или деятельности, что может быть временным или постоянным, обратимым или необратимым, прогрессирующим или регрессивным. Ограничение жизнедеятельности может возникнуть как прямое следствие нарушения или как реакция индивида, особенно психологическая, на сенсорное, физическое или другое нарушение. Таким образом, ограничение жизнедеятельности представляет собой объективное выражение нарушения и в этом качестве отражает расстройство на уровне личности.

Номенклатура ограничения жизнедеятельности разработана и успешно применяется в экспертной практике взрослых. Критерии жизнедеятельности у лиц старше 18 лет включают: способность к передвижению, самообслуживание, ориентацию, общение, контроль своего поведения, способность к обучению, трудоспособность.

Формирование и оценка критериев жизнедеятельности у детей имеют существенные отличия, связанные с постепенным физическим развитием, ступенчатым формированием социальных навыков, психологическим взрослением ребенка. Поэтому особо важным моментом в медико-социальной экспертизе детей являются подходы к формированию критериев жизнедеятельности в различные периоды детства.

12.1.2. Формирование критериев жизнедеятельности в детском возрасте

Согласно отечественным и зарубежным литературным источникам, в разные периоды детства выделяется понятие «ведущая возрастная деятельность». Она предполагает возможность реализации и дальнейшего развития основных навыков жизнедеятельности ребенка и его взаимодействия с окружающим миром. На основании указанных данных выделены основные эпикризные сроки формирования навыков, обеспечивающих постепенное снижение социальной зависимости ребенка от окружающих: **1,5 – 3 года; 3 – 6 лет; 6 – 14 лет; 14 – 18 лет.**

У лиц детского возраста основными критериями жизнедеятельности являются:

- двигательная активность;
- самообслуживание;
- общение;
- ориентация;
- обучение;
- познавательная и игровая деятельность;
- самоконтроль (контроль собственного поведения);

- готовность к труду.

С учетом ступенчатого развития навыков социальной активности ребенка и различий в ведущей возрастной деятельности на этапах взросления, выделяют «возрастные критерии жизнедеятельности», ограничение которых является основным оценочным показателем социальной недостаточности ребенка (табл. 12.1).

Таблица 12.1

Критерии жизнедеятельности, преимущественно оцениваемые
в экспертизе детей различного возраста

Возраст ребенка	Критерий жизнедеятельности
1,5 – 3 года	Двигательная активность, общение, ориентация, познавательная деятельность
3 – 6 лет	Двигательная активность, самообслуживание, общение, ориентация, игровая и познавательная деятельность
6 – 14 лет	Двигательная активность, самообслуживание, общение, ориентация, обучение, контроль своего поведения
14 – 18 лет	Двигательная активность, самообслуживание, общение, ориентация, обучение, контроль своего поведения, готовность к труду

Одним из основных критериев жизнедеятельности ребенка в возрасте **1,5 – 3 года** является двигательная активность, которая, в отличие от критерия «передвижение» у взрослых, несет в себе более широкую смысловую нагрузку в доречевой период. Через движение ребенок этого возраста осуществляет общение, процесс познания, выражение эмоций и т.д. Ориентационная, познавательная деятельность и общение также являются теми критериями, по которым определяются уровень социальной адаптации в данный возрастной период и перспективы потенциальных возможностей формирования социальной независимости в будущем.

Остальные критерии жизнедеятельности ребенка в этом возрасте оценить сложно. Согласно существующим нормам развития, значимый шаг в формировании навыков самообслуживания (полноценный прием пищи, одевание, гигиенические процедуры) происходит лишь к 3 годам, когда ребенок готов к посещению детского коллектива и сужению рамок зависимости от ухода извне.

В **3 – 6-летнем** возрасте обозначенные критерии дополняются критериями «самообслуживание» и «игровая деятельность». Самообслуживание достигает уровня независимости от взрослого в рамках элементарных навыков (прием пищи, одевание, отправление физиологических потребностей, выполнение гигиенических процедур). Ведущей деятельностью этого возраста является игровая и познавательная, обуславливающая не только основные детские функции этого периода – общение, познание окружающего мира, но и возможности дальнейшего развития ребенка.

В **6 – 14 лет** у детей окончательно формируются наряду с остальными навыками, присущими взрослым, навык контроля своего поведения, волевые качества, эмоциональная сдержанность и ситуативная адекватность. Одновременно теряет свою значимость критерий «игровая и познавательная деятельность», замещаясь критерием «обучение».

14 – 18-летний возраст характеризуется активной подготовкой к полноценной интеграции молодого человека в общество как трудоспособного члена социума и личности. Именно с этого периода оцениваются все характерные для взрослых критерии жизнедеятельности и критерий «готовность к труду» (идентичный «трудоспособности» у взрослого). Этот критерий указывает на степень медицинской, социальной, психологической, педагогической, личностной готовности к профессиональному обучению и последующему трудоустройству.

Этапы формирования критериев жизнедеятельности по годам представлены на рис. 12.1.

Наиболее значимым в формировании навыков социальной независимости, является дошкольный и младший школьный возраст (**6 – 12 лет**), когда происходит расширение рамок независимости ребенка за счет формирования и совершенствования самообслуживания, обучения, самоконтроля, ориентации, общения. Количественная оценка данных критериев производится в баллах.

Отсутствию затруднений в реализации критерия жизнедеятельности **ФК 0 (0 – 4 %)** соответствуют полный объем навыков, входящих в рамки критерия с учетом возрастных норм, достаточное качество выполнения навыка и отдельных его составляющих.

ФК 1 (5 – 24%) – показатель, характеризующий легкое снижение качества выполнения составляющих навыка с учетом возрастных норм, объема его реализации или успешность выполнения навыка на фоне использования простых средств компенсации.

ФК 2 (25 – 49%) – умеренное снижение объема и качества составляющих навыка, обуславливающих затруднения в самостоятельной его реализации, необходимости периодической помощи извне и (или) более сложных средств компенсации.

ФК 3 (50 – 74%) – ограничение критерия жизнедеятельности вследствие выраженного ограничения его составляющих, неэффективность применения средств компенсации до полной успешности самостоятельной реализации навыка.

ФК 4 (75 – 99%) – резко выраженные или абсолютные проблемы в реализации возрастного критерия жизнедеятельности в силу ограничения объема и качества выполнения составляющих.

На основании имеющихся подходов к количественной оценке ограничения жизнедеятельности, Финального проекта Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья разработана шкала оценки ограничений жизнедеятельности у детей по отдельным параметрам.

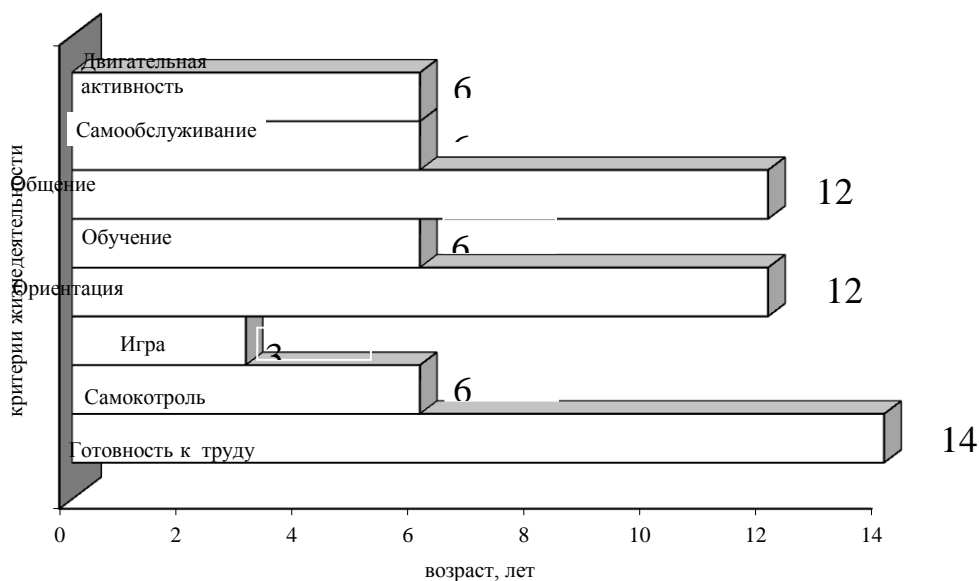


Рис. 12.1 Формирование критериев жизнедеятельности у детей различного возраста

12.1.3. Возрастные аспекты ограничения жизнедеятельности у детей

С учетом современных подходов к оценке ограничения жизнедеятельности у детей выделены критерии отклонения от возрастной нормы, также предполагающую четырехуровневую систему оценки.

Самообслуживание

С а м о о б с л у ж и в а н и е – способность ухаживать за собой, самостоятельно справляться с основными потребностями, обеспечивать эффективное независимое (в соответствии с возрастом) существование в окружающей среде без помощи других лиц. Критерий включает в себя самостоятельное удовлетворение самых насущных повседневных потребностей и осуществление более широкого круга повседневных бытовых действий. Самообслуживание у детей является критерием, зависимым от возраста ребенка. Так, будучи полностью физиологически зависимым от взрослого на ранних этапах развития, с возрастом ребенок постепенно расширяет рамки самостоятельности в осуществлении потребностей в приеме пищи, одевании, гигиене.

Выделяются 3 уровня навыков, осуществление и развитие которых характеризуют степень физической независимости ребенка и необходимость дополнительного ухода за ним по сравнению со здоровыми сверстниками: *элементарные* (осуществление и контроль физиологических отправлений, личной гигиены, одевания, приема пищи); *усложненные* (приготовление и разогревание пищи, уборка помещения, покупки в магазине); *сложные* (стирка – малая и крупная, поддержание должной в температуры помещения, пользование замками, выключателями, кранами, различными домашними приборами, телефоном и др.).

Окончательное формирование способности к самообслуживанию, характеризующей возможность полной социальной независимости (за исключением экономической), происходит в 12–18 лет. До этого возраста имеют место развитие и постепенное формирование элементарных, усложненных и сложных навыков согласно возрастным и социальным нормам, разработанным на данный момент специалистами системы образования и здравоохранения. Нарушения способности к самообслуживанию могут возникать в результате функциональной недостаточности многих органов и систем, вызывающих двигательные, психические, соматические, зрительные и другие виды дефектов, вследствие различных заболеваний нервной системы, опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой и дыхательной систем, патологии зрения, психики и т. д.

1,5 года

Нормальное развитие критерия "самообслуживание" в 1,5 года предполагает определенный самоконтроль отправления физиологических потребностей (возможны периодические его нарушения в ночное или дневное время во время сна); самостоятельное потребление приготовленной пищи с использованием основных видов посуды (чашка, тарелка) и столовых приборов (ложка) на фоне допустимых погрешностей в аккуратности и правильности процесса; простые навыки одевания (нижней и верхней одежды, обуви) без мелких манипулятивных действий, таких как застегивание пуговиц, крючков, завязывание шнурков, поясов и т.д.; гигиенические навыки (умывание, расчесывание коротких волос, пользование полотенцем); наличие простых навыков ухода за собой и игровой территорией (складывание одежды, уборка игрушек в назначенное место); отсутствие усложненных навыков (уборка игрового уголка, аккуратное складывание одежды).

Легкие ограничения самообслуживания, приводящие к социальной дезадаптации ребенка в этом возрасте и его нуждаемости в дополнительном уходе по сравнению со здоровыми сверстниками, предполагают недостаточность сформированности вследствие дефекта указанных выше навыков. Это проявляется в постоянном пролипании или опрокидывании пищи, ограничениях в одевании даже простой одежды, отсутствии качества выполнения гигиенических процедур, в том числе на фоне использования вспомогательных средств.

Требуется регулярная помощь в процессе кормления, одевания, гигиены или необходимость периодического осуществления этих актов взрослыми в полном объеме. Однако имеется возможность посещения обычных учреждений ясельного типа.

Умеренные ограничения самообслуживания – сохраняются отдельные элементы возрастных навыков самообслуживания, в том числе на фоне использования средств компенсации (элементы приема пищи, одевания отдельных видов одежды, ополаскивание рук и т. д.), при необходимости систематического выполнения взрослыми действий по уходу. Требуется создание специальных условий для воспитания ребенка в ДДУ или осуществление ухода на дому.

Выраженные ограничения самообслуживания – резкое не компенсируемое ограничение или полное отсутствие способности к самообслуживанию. Необходимо осуществление ухода за ребенком в полном объеме.

Резко выраженные ограничения самообслуживания – полное отсутствие способности к самообслуживанию. Требуется уход за ребенком в полном объеме с использованием сложных дополнительных обслуживающих мероприятий и дополнительных средств.

1,5 – 3 года

В этот возрастной период происходит дальнейшее формирование контроля физиологических потребностей (в том числе ситуативного и во время сна), самостоятельного потребления пищи на фоне аккуратности в процессе приема пищи, одевания основных и дополнительных видов одежды (колготки, шарфы, варежки и т. д.), элементарных гигиенических навыков (умывание, вытирание). Появляются усложненные навыки ухода за вещами (аккуратное складывание одежды, обуви), общественно-полезной деятельности (поливка цветов, помощь взрослым и т. д.).

К *легким ограничениям* относится снижение способности к самообслуживанию в возрастных рамках (уменьшение количества и ухудшение качества выполнения операций по самообслуживанию, в том числе при использовании простых средств компенсации) на фоне сохранности основных элементарных навыков (самостоятельного потребления пищи, одевания, мытья рук и тела). Необходима регулярная помощь в выполнении операций по самообслуживанию со стороны взрослых. Возможно посещение детского коллектива обычного типа.

Умеренные ограничения самообслуживания предполагают отставание сформированности навыков самообслуживания на один эпикризный срок вследствие дефекта (развитие основных навыков на уровне 1,5 - 2-летнего возраста), усложненные и сложные навыки не сформированы.

Требуются систематическая помощь со стороны взрослых и создание специальных условий при посещении детских учреждений (постоянная помощь и присмотр извне) или уход на дому.

Выраженные ограничения самообслуживания – сформированность элементов отдельных навыков самообслуживания (самостоятельный прием твердой пищи, питье). Необходима постоянная помощь со стороны и уход на дому (или в специализированных учреждениях).

Резко выраженные ограничения самообслуживания – полное отсутствие способности к самообслуживанию. Требуется уход за ребенком в полном объеме с использованием сложных дополнительных обслуживающих мероприятий и дополнительных средств (колостома).

3 – 6 лет

В данный возрастной период происходит окончательное формирование навыков самостоятельного потребления пищи, способности накрыть на стол, пользования салфеткой, дополнительными столовыми приборами; выполнения широкого спектра гигиенических процедур (мытьё рук, лица, тела, уход за длинными волосами и стрижкой и т. д.); одевания любой одежды, включающей мелкие и сложные детали. Продолжают формироваться усложненные и появляются сложные навыки самообслуживания и общественно-полезного труда: стирка мелких личных вещей, вытирание пыли с доступных поверхностей, складывание предметов в отведенные места и т. д.

Легкие ограничения параметра в этом возрасте предполагают незначительное сокращение количества и снижения качества выполнения возрастных навыков самообслуживания (некомпенсируемых или на фоне использования простых средств компенсации). Необходима непостоянная и нерегулярная помощь или нечастая замена самостоятельного выполнения возрастных актов самообслуживания взрослыми лицами. Возможно посещение средней школы обычного типа.

Умеренные ограничения самообслуживания – навыки самообслуживания представлены элементарными действиями (самостоятельный прием пищи, элементарные навыки гигиены, одевание), которые могут осуществляться с легкими погрешностями и требуют систематической помощи со стороны взрослых. Развитие усложненных и сложных навыков резко ограничено. Возможно посещение обычной группы ДДУ или класса средней школы при условии индивидуального подхода.

Выраженные ограничения самообслуживания – значительные ограничения в выполнении элементарных навыков самообслуживания, полное отсутствие усложненных и сложных навыков. Необходимы постоянный присмотр и помощь со стороны, создание специальных условий для повышения организованности ребенка (специализированные группы ДДУ, внеклассные мероприятия младших классов средней школы).

Резко выраженные ограничения самообслуживания – резкое ограничение или отсутствие навыков самообслуживания. Требуется постоянный уход на дому или в специальных учреждениях.

6 – 12 лет

В этот возрастной период продолжается, а к 12 годам завершается формирование простых и усложненных навыков самообслуживания (самостоятельного потребления и приготовление несложной пищи, в том числе каши, супов, выполнения процедур личной гигиены, осуществления покупок, уборки помещения, ухода за одеждой в полном объеме). Развиваются сложные навыки самообслуживания и общественно-полезной деятельности (стирка, приготовление сложных видов пищи, пользование электрооборудованием и т. д.).

Легким ограничением параметра является незначительное снижение возможности осуществления возрастного уровня самообслуживания (ухудшение качества и длительности выполнения действия, низкая сформированность навыков сложного порядка), в том числе на фоне использования простых средств компенсации. Требуется эпизодическая помощь взрослых для успешного выполнения возрастного навыка. Возможно посещение средней школы обычного типа.

Умеренные ограничения самообслуживания – уменьшение количества и снижение качества выполнения действий по самообслуживанию на фоне сохранения способности обслуживать свои основные потребности (прием пищи, личная гигиена, одевание и т. д.). Необходимо использование сложных средств компенсации дефекта и периодической помощи в выполнении усложненных и сложных навыков. Возможно посещение обычной средней школы.

Выраженные ограничения самообслуживания – ограничения в выполнении элементарных навыков самообслуживания, в том числе на фоне использования сложных средств компенсации. Требуются регулярная помощь в осуществлении повседневных потребностей, уход и обучение – на дому или в специализированных школах и школах-интернатах.

Резко выраженные ограничения самообслуживания – резкое ограничение или отсутствие навыков самообслуживания. Необходим постоянный уход на дому или в специальных учреждениях.

12 – 18 лет

В данный возрастной период происходит окончательное формирование элементарных, усложненных и сложных навыков самообслуживания.

Легкие ограничения самообслуживания выражены небольшими погрешностями в осуществлении элементарных возрастных навыков без возможности компенсации или на фоне использования простых вспомогательных средств, а также умеренным отставанием развития усложненных и сложных навыков. Необходима эпизодическая помощь со стороны при выполнении некоторых сложных видов повседневной деятельности (приготовление пищи, уборка помещения и т. д.). Возможно посещение средней школы обычного типа.

Умеренные ограничения самообслуживания предполагают необходимость периодической помощи при выполнении сложных видов повседневной деятельности или использование сложных технических средств компенсации дефекта. Возможно посещение средней (в том числе специальной) школы или спецкласса.

Выраженные ограничения самообслуживания – отставание развития навыков самообслуживания более чем на 2 возрастных периода на фоне возможности выполнения отдельных вспомогательных действий в процессе приема пищи, процедур личной гигиены, одевания и т.д. Требуется систематическая помощь со стороны взрослых в повседневной деятельности. Возможно посещение детских учреждений специализированного типа или обучение на дому.

Резко выраженные ограничения самообслуживания – резко сниженное или полное отсутствие навыков самообслуживания. Необходим постоянный уход со стороны на фоне осуществления сложных дополнительных манипуляций (уход за стомийными больными, детьми-инвалидами со сложной челюстно-лицевой патологией и т. д.). Невозможность посещения организованных детских коллективов (при сохранности адекватной способности к обучению на дому).

Двигательная активность

Д в и г а т е л ь н а я а к т и в н о с т ь – способность ребенка к выполнению различного вида движений посредством изменения положения тела, перемещения его в пространстве, переноса, перемещения или манипуляции объектами, ходьбы, бега, преодоления препятствий и использования различных видов транспорта. Эта способность определяется состоянием и интегрированной деятельностью многих органов и систем: костно-мышечно-суставной, нервной, кардиореспираторной, зрения, вестибулярного аппарата и др.

1,5 года

Нормальное развитие параметра в 1,5 года предполагает способность к поддержанию тела в вертикальном положении, самостоятельное передвижение в пределах квартиры, игровой площадки, помещения группы ДДУ, произвольное изменение положения тела, перешагивание через препятствия приставным шагом, способность к детальным манипулятивным действиям (нализывание колец на стержень, катание, толкание предмета и др.).

Легкие ограничения параметра – ограничение расстояния, нарушение правильности ходьбы, увеличение времени перемещения посредством ходьбы (в пределах квартиры, игровой площадки, группы детского сада) при наличии возможности преодоления предусмотренных возрастом расстояний другими способами (ползание, ходьба с опорой и т. д.); невозможность самостоятельного длительного и правильного поддержания конкретного положения тела; резкое снижение способности к мелким манипулятивным действиям. Необходима помощь взрослых в полном объеме по регулярному выполнению действий по перемещению, поддержанию положения тела и манипулированию предметами.

Умеренные ограничения двигательной активности – ограничение передвижения в допустимом возрастными рамками объеме любыми способами и при использовании любых средств компенсации на фоне возможности преодоления минимальных расстояний самостоятельно или при помощи со стороны; минимальная возможность поддержания положения тела. Требуется систематическое участие взрослых в перемещении на расстояние и манипулировании предметами, а также использования специальных методик (укладки, фиксации, тьюторы) для поддержания фиксированного положения тела.

Выраженные нарушения двигательной активности – способность к самостоятельному передвижению и поддержанию тела в фиксированном положении резко ограничена; способность к

манипулятивным действиям практически отсутствует. Необходима постоянная помощь со стороны по перемещению в пространстве, поддержанию положения тела, манипулированию предметами.

Резко выраженные ограничения параметра – полное отсутствие возможности перемещения, необходимость постоянного ухода со стороны взрослых в полном объеме на фоне необходимости использования дополнительных средств и сложных методик лечения, компенсации и т. д.

3 года

Нормальное развитие двигательной активности ребенка 3-го года жизни предполагает: перешагивание через доступные росту препятствия обычным способом, способность бегать, совершать дифференцированные манипулятивные движения (свободно играть с набором игрушек, заниматься конструированием крупных предметов, лепкой, рисованием); самостоятельное передвижение на расстояние 1-1,5 км одновременно в сопровождении взрослых. Ребенок этого возраста может держать осанку, свободно поддерживает положение тела "на корточках", на коленях, совершает наклоны, перемещает центр тяжести тела (прыгает на одной ноге), владеет танцевальными движениями, свободно изменяя одно положение тела на другое.

Легкие ограничения двигательной активности – снижение качества, сокращение расстояния и времени перемещения посредством ходьбы, что требует использования сложных средств компенсации или регулярного участия в осуществлении перемещения на расстояния, предусмотренные возрастом, взрослых. Запаздывание в развитии мелкой моторики на один эпикризный срок. Невозможность поддержания фиксированного положения тела, что ведет к необходимости применения дополнительных мер развития и средств компенсации.

Умеренные ограничения двигательной активности – невозможность самостоятельного передвижения на расстояния в рамках возрастных норм посредством ходьбы (или выраженные ее нарушения) на фоне возможности перемещения другими способами, что ведет к необходимости постоянного участия взрослых в перемещении в пространстве; резкое снижение навыков мелкой моторики; ограничение поддержания определенного положения тела, что требует применения специальных методик и средств компенсации; малый резерв дифференцирования движений.

Выраженные ограничения двигательной активности – невозможность перемещения любым способом на расстояния, предусмотренные возрастом; практическое отсутствие способности к дифференцированию манипулятивных движений и поддержанию фиксированного положения тела. Необходим постоянный посторонний уход.

Резко выраженные ограничения двигательной активности – полное отсутствие возможности перемещения. Требуется постоянный уход со стороны взрослых в полном объеме на фоне необходимости использования дополнительных средств и сложных методик лечения, компенсации и т. д.

6 лет

Данный возраст характеризуется совершенствованием дифференцирования движений и развитием физической выносливости ребенка. Он способен ходить на носках и пятках, прямо, спиной, боком, прыгать в длину с места на 80 - 100 см, в высоту – на 30-40 см. В этом возрасте дети овладевают различными видами физических упражнений (челночный бег, лазание по канату, катание на коньках, лыжах, в том числе с небольших горок, плавание одним из способов на 15 м и более). Развитие манипулятивных способностей мелкой моторики выражается в способности воспроизведения знаков разной сложности, свободным манипулированием учебными пособиями и дидактическим материалом, активным и успешным участием в занятиях детским творчеством.

Легкие ограничения двигательной активности характеризуются наличием небольших отклонений в ходьбе (ухудшение качества походки, увеличение длительности одномоментно преодолеваемых расстояний, снижение скорости перемещения) на фоне сохранения способности преодоления предусмотренных возрастом расстояний, в выполнении отдельных дифференцированных движений, не нарушающих общей способности самостоятельного передвижения, в том числе с использованием простых средств компенсации. Способность к поддержанию фиксированного положения тела сохраняется. Необходима эпизодическая помощь в выполнении отдельных двигательных актов. Отставание развития мелких манипулятивных движений – на один эпикризный срок.

Умеренные ограничения двигательной активности – сокращение длительности и ухудшение качества ходьбы, уменьшение дальности преодолеваемых расстояний на фоне использования простых средств компенсации, что требует применения более сложных средств компенсации или опоры при сохранении общей способности к самостоятельному передвижению, регулярной помощи в

выполнении отдельных двигательных актов или преодолении предусмотренных возрастом расстояний. Развитие мелких манипулятивных движений отстает на 2 эпикризных срока. Снижение способности к поддержанию положения тела требует соблюдения двигательного режима без необходимости использования дополнительных средств фиксации.

Выраженные ограничения двигательной активности – нарушения перемещения на расстояния посредством ходьбы, не компенсируемое вспомогательными средствами. Необходима систематическая помощь при передвижении со стороны взрослых. Ограничение способности к поддержанию определенного положения тела требует применения дополнительных способов фиксации, методов коррекции и т. д. Наблюдаются резкое снижение качества и уменьшение количества дифференцированных движений, отчетливые нарушения развития манипулятивной деятельности.

Резко выраженные нарушения двигательной активности – резкое ограничение или полное отсутствие способности к перемещению в пространстве, поддержанию положения тела и манипулятивной деятельности. Необходимы полная замена двигательной функции постоянным уходом со стороны или за счет использования транспортного средства (кресла-коляски), а также постоянный дополнительный уход в полном объеме.

12 лет

В этом возрасте у ребенка проявляется способность к самостоятельному передвижению за рамки района проживания, он обучается правилам пользования городским транспортом, дальность преодолеваемых расстояний составляет одновременно 10-15 км. Дети овладевают способностью поддержания определенной позы тела, изменения его положений. Уровень развития манипулятивной деятельности обеспечивает возможность осуществления повседневных дел, усвоения учебного материала, занятий со сверстниками.

Легкие ограничения двигательной активности предполагают незначительные изменения походки, сокращение дальности прохождения расстояний одновременно, изменение темпа, уменьшение скорости ходьбы на фоне сохранения способности самостоятельного перемещения на предусмотренные возрастными нормами расстояния, в том числе с использованием простых средств компенсации. Легкие нарушения удержания положения тела и манипулятивной деятельности не препятствуют повседневной деятельности, обучению в обычных условиях, социальным коммуникациям.

Умеренные ограничения двигательной активности – наличие ограничений в перемещении на расстояния, предусмотренные возрастными нормами на фоне использования простых средств компенсации. Необходимо применение более сложных средств для полной компенсации двигательной недостаточности, а также периодическая помощь в преодолении расстояний со стороны взрослых. Развитие манипулятивной деятельности, дифференцирования движений, способности удержания тела в определенном положении отстает от возрастных норм при сохранении возможности овладения материалом общеобразовательной программы и индивидуальном подходе в процессе обучения (ограничения по физической культуре, отдельным видам трудового обучения и детского творчества).

Выраженные ограничения двигательной активности – не компенсируемое ограничение способности к самостоятельному передвижению, требующее систематической помощи в преодолении предусмотренных возрастными нормами расстояний со стороны взрослых или использования средств передвижения. Уровень развития манипулятивной деятельности, дифференцирования движений, способности поддержания позы тела низкий, что ведет к необходимости создания особых условий в процессе обучения и повседневной деятельности.

Резко выраженные ограничения двигательной активности – резко сниженное или полное отсутствие способности к передвижению, поддержанию определенного положения тела, манипулятивной деятельности, что требует постоянного ухода в полном объеме.

16 – 18 лет

В данном возрастном периоде передвижение, дифференцирование движений и манипулятивная деятельность полностью обеспечивают возможности перемещения на необходимые расстояния, повседневной деятельности и овладения профессиональными навыками.

Легкие ограничения двигательной активности – сохранение способности преодоления предусмотренных возрастом расстояний на фоне легких нарушений качественных и количественных характеристик передвижения (изменение походки, ограничение одновременно преодолеваемых расстояний, скорости, темпа ходьбы и т. д.). Возможность использования простых средств

компенсации для осуществления передвижения в полном объеме. Легкое нарушение способности поддержания фиксированного положения тела, незначительное отставание развития мелких манипулятивных движений, вызванное дефектом и требующее эпизодической помощи со стороны других лиц. Уровень развития двигательных навыков не требует специальных условий для обучения, приобретения специальности, повседневной деятельности (за исключением простых приспособлений).

Умеренные ограничения двигательной активности – необходимость применения более сложных средств компенсации для полноценного перемещения; ограничение возможностей в преодолении предусмотренных возрастными нормами расстояний на фоне использования простых средств компенсации при сохранении возможности самостоятельного передвижения на более или менее длительные расстояния. Необходима периодическая помощь в выполнении отдельных двигательных, манипулятивных актов со стороны других лиц. Снижение способности к поддержанию определенного положения тела, требует применения более сложных мероприятий (укладки, фиксации т.д.). Недостаточный уровень двигательных навыков обеспечивается индивидуальным подходом в процессе обучения, повседневной деятельности и социальной жизни как в особых условиях (периодическая госпитализация в специализированные отделения, санаторные школы для ортопедических больных и т. д.), так и без них.

Выраженные ограничения двигательной активности – не компенсируемое нарушение способности к самостоятельному передвижению, поддержанию фиксированного положения тела, манипулятивной деятельности, что требует систематической помощи в преодолении необходимых расстояний со стороны других лиц или использования средств передвижения, а также создания особых условий в процессе обучения (специализированные школы-интернаты), повседневной деятельности, социальной жизни.

Резко выраженные нарушения двигательной активности – резкое ограничение или полное отсутствие способности к передвижению, поддержанию фиксированного положения тела, манипулятивной деятельности, что требует постоянного ухода в полном объеме.

Общение

Общение - способность ребенка устанавливать соответствующие возрасту коммуникации с другими детьми и взрослыми, а также поддерживать характерные возрасту общественные взаимоотношения. Развитие функций, реализующих общение в различные возрастные периоды, происходит постепенно от эмоционально-двигательной формы до сложных форм, позволяющих устанавливать многоуровневые контакты, играть определенные социальные роли через вербальные и невербальные способы обмена информацией (речь, чтение, письмо и т. д.). Общение – специфический параметр, характеризующийся развитием структурных элементов коммуникативной деятельности во взаимосвязи на разных возрастных этапах жизни ребенка (речь, слух, зрение, когнитивная сфера, высшая нервная деятельность и др.). Нарушение параметра может быть следствием многих заболеваний и дефектов (нервно-психической, зрительной, слуховой, двигательной сферы и др.).

1,5 года

Нормальное развитие общения в 1,5 года характеризуется способностью восприятия пассивной речи (понимает слова-указания, слова-названия, элементарные инструкции и поручения); наличием активной, ситуативной, эмоционально окрашенной речи с использованием одно- и двусложных слов, включающей элементарный словарный запас («мама», «папа», «дай» и других, выражающих желания и потребности). Речь сопровождается указательными жестами. Общение ребенка со взрослым осуществляется через предмет и вплетается в предметную деятельность. Основными функциями, реализующими способность к общению на данном этапе, являются: слух, речь, двигательная сфера, психическая деятельность.

Легкие ограничения общения – незначительное снижение качества и объема восприятия вербальной речи, а также ее воспроизведения по сравнению со здоровыми сверстниками, вызванные дефектом, при эффективном использовании средств компенсации и (или) коррекции медицинскими, психолого-педагогическими и другими методиками на фоне благоприятного прогноза дальнейшего развития ребенка. Возможность общения с окружающими обычными, характерными для данного возраста способами, сохранена. Может посещать детский коллектив обычного типа.

Умеренные ограничения общения вызваны нарушениями воспринимающих (зрение, слух, психическая сфера), аналитических и воспроизводящих (артикуляционных, двигательных) систем, что требует применения более сложных методов коррекции и развития коммуникативных способностей, а также большего внимания (по сравнению со здоровыми сверстниками) к основным

потребностям ребенка со стороны лица, осуществляющего уход за ним. Необходим индивидуальный подход при посещении детских учреждений обычного типа или посещение специализированных детских коллективов (слабослышащие).

Выраженные ограничения общения – некорректируемые нарушения вербального и жестового общения, требующие постоянного повышенного внимания к потребностям ребенка со стороны взрослого и проведения сложных дополнительных мероприятий по развитию форм общения. Возможно посещение специализированных детских коллективов.

Резко выраженные ограничения общения – тяжелые сочетанные нарушения восприятия, анализа и воспроизведения информации (полное отсутствие речевых навыков, слепоглухонемота, психические нарушения и т. д.), не поддающиеся коррекции при невозможности использования специальных методик. Требуется постоянное наблюдение и уход в полном объеме.

3 года

Для данного возраста присуще: владение почти всеми синтаксическими конструкциями, имеющимися в языке; появление вопросов о предметах и явлениях познавательного мира; начало активной потребности в общении со сверстниками через игру (обмен игрушками, подражание и т. д.); понимание сути разговора; формирование многосложной речи и придаточных предложений.

Легкие ограничения общения – нарушения воспроизведения, восприятия, анализа окружающей информации, вызванные дефектом и требующие дополнительных простых средств компенсации или методик обучения. Нарушения не ограничивают общего дальнейшего развития ребенка, однако вызывают необходимость периодического дополнительного внимания к его потребностям по сравнению со здоровыми сверстниками. Возможно помещение детского коллектива обычного типа.

Умеренные ограничения общения предполагают не корректируемые простыми средствами и методиками развития и обучения нарушения коммуникативных способностей ребенка, что требует регулярного повышенного внимания к его потребностям со стороны лица, осуществляющего уход, а также применения более сложных методик коррекции и развития коммуникативных способностей (или средств компенсации). Возможно посещение детского коллектива обычного типа при условии индивидуального подхода или специализированных детских учреждений.

Выраженные ограничения общения – некорректируемые нарушения общения, требующие использования специальных методик (жестовая речь), что вызывает необходимость постоянного повышенного внимания к потребностям ребенка со стороны взрослого проведения сложных дополнительных мероприятий по развитию форм общения. Возможно посещение специализированных детских учреждений.

Резко выраженные ограничения общения – тяжелые, сочетанные нарушения восприятия, анализа и воспроизведения информации (полное отсутствие речевых навыков, слепоглухонемота, психические нарушения и т. д.), оказывающие значительное влияние на дальнейшее развитие ребенка, не поддающиеся коррекции при невозможности использования специальных методик. Требуется постоянное наблюдение и уход в полном объеме.

6 лет

В данный возрастной период завершается развитие артикуляционных способностей, происходит окончательное формирование способности к установлению и поддержанию более или менее длительных контактов со сверстниками и взрослыми в семье, детском учреждении, в знакомом и незнакомом обществе и т.д.

Легкие ограничения общения – нарушения восприятия, анализа и воспроизведения информации (легкая дизартрия, сокращение объема словарного запаса, легкая тугоухость и т.д.), в том числе на фоне использования простых средств компенсации или развивающих методик, не влияющих на общее развитие ребенка и не требующих обучения специальным невербальным методам. Сохраняется способность к поддержанию детских социальных контактов и обучению по общеобразовательной и специальной программе начальной школы.

Умеренные ограничения общения предполагают не корректируемые простыми средствами и методиками развития и обучения нарушения коммуникативных способностей ребенка, что требует применения более сложных методов коррекции и развития коммуникативных способностей (или средств компенсации – (слуховой аппарат). Возможно обучение по программе общеобразовательной начальной школы при условии индивидуального подхода к процессу обучения в обычных условиях или обучение в условиях специализированных школ (интегрированных классов).

Выраженные ограничения общения – некорректируемые нарушения общения, требующие применения специальных методик (жестовая речь, методики обучения слепых), ограничивающих общее развитие ребенка. Возможно посещение специализированных детских коллективов и школ.

Резко выраженные ограничения общения – тяжелые сочетанные не поддающиеся коррекции нарушения восприятия, анализа и воспроизведения информации, неблагоприятно влияющие на дальнейшее развитие ребенка при невозможности использования специальных методик. Необходимы постоянное наблюдение и уход в полном объеме.

12 лет

В этом возрастном периоде происходят формирование социально-ролевого общения (ученик–учитель, покупатель–продавец, посетитель–производитель услуги; пассажир–кондуктор и т. д.); расширение и качественная модификация уровня общения в семье и коллективе (соподчинение, партнерство, дружба, соревнование и др.); активизация общения в коллективе сверстников в школе, кружках детского творчества; увеличение числа форм общения (чтение, письмо, использование компьютерной техники и т. д.).

Легкие ограничения общения – снижение качества и объема сформированных возрастных форм общения, вызванное дефектом, при эффективном использовании средств компенсации и (или) коррекции медицинскими, психолого-педагогическими и другими методиками на фоне благоприятного прогноза дальнейшего развития параметра. Возможность общения с окружающими характерными для данного возраста способами и обучения в средней школе обычного типа сохранена.

Умеренные ограничения общения предполагают не корректируемые простыми средствами и методиками развития и обучения нарушения коммуникативных способностей ребенка, что требует применения более сложных методов коррекции или средств компенсации (слуховой аппарат). Возможно обучение по программе общеобразовательной школы при условии индивидуального подхода к процессу обучения или в условиях специализированных школ (интегрированных классов).

Выраженные ограничения общения – некорректируемые нарушения общения, требующие использования специальных методик (жестовая речь, методики обучения слепых) и дополнительной помощи со стороны. Обучение – в специально созданных условиях.

Резко выраженные ограничения общения – тяжелые сочетанные не поддающиеся коррекции нарушения восприятия, анализа и воспроизведения информации, неблагоприятно влияющие на дальнейшее развитие ребенка при невозможности использования специальных методик. Необходимы постоянное наблюдение и уход в полном объеме.

16 – 18 лет

В данном возрасте окончательно формируется способность к полноценному многоуровневому общению различными способами (речь, чтение, письмо, использование усложненной компьютерной техники и др.).

Легкие ограничения общения – снижение способности к получению, анализу, воспроизведению информации при общей сохранности устанавливать и поддерживать социальные контакты (легкие нарушения речи, письма, слуха и т. д.), в том числе на фоне использования простых средств компенсации. Возможно обучение, приобретение профессии в обычных условиях.

Умеренные ограничения общения – заключаются в необходимости применения более сложных методик общения и средств компенсации (слуховой аппарат, высокая степень коррекции очков и др.) на фоне сохранения возможности самостоятельно поддерживать и устанавливать социальные контакты, а также происхождения общеобразовательного и профессионального обучения в обычных условиях.

Выраженные ограничения общения – некорректируемые нарушения общения, требующие использования специальных методик (жестовая речь, методики обучения слепых) и дополнительной помощи со стороны (сурдопереводчик). Рекомендуется обучение в специально созданных условиях.

Резко выраженные ограничения общения – тяжелые, сочетанные не поддающиеся коррекции нарушения восприятия, анализа и воспроизведения информации при невозможности использования специальных методик. Требуется постоянное наблюдение и уход в полном объеме.

Обучение

Обучение – процесс передачи и организации знаний, формирования на их основе познавательной картины мира. На ранних этапах развития ребенка обучение вплетено во все виды деятельности и не выделено в качестве самостоятельного вида. Характерной особенностью обучения

как процесса познания является его оперантная обусловленность, подкрепляемая рефлекторными механизмами подражания, поощрения, наказания и т. д.

К концу дошкольного возраста ребенок переходит от спонтанного к реактивному типу обучения по программе, предложенной взрослым. Он адекватно принимает, анализирует и усваивает учебную информацию согласно программам дошкольного воспитания, а затем – начальной школой. К 7 – 8 годам обычный ребенок полностью осознает и принимает значимость и организацию учебной деятельности. Начиная с данного возраста, навык "обучение" как таковой сформирован и продолжается лишь дальнейшее его развитие и совершенствование. Исключение составляет период 14 – 18 лет, когда мотивация овладения профессиональной деятельностью и способность к самообучению позволяют подростку освоить профессиональное обучение.

1,5 – 6 лет

В связи с наличием способности лишь к спонтанному обучению, обусловленному рефлекторными механизмами, в данный возрастной период обучение не выделяется в отдельный критерий жизнедеятельности, а способность к восприятию, анализу и воспроизведению опыта в процессе выработки частных практических навыков и умений оценивается в рамках способности ребенка к самообслуживанию, познавательной деятельности, общению, самоконтролю.

6 – 14 лет

В данный возрастной период происходит переход от спонтанного к реактивному типу обучения по определенной программе появляются: способность к планированию и структурированию рабочего и свободного времени, осознание ответственности за результаты работы, готовность к усвоению общеобразовательной школьной программы.

Легкие ограничения обучения – наличие незначительных отклонений со стороны отдельных функций организма, не ставящих под угрозу общую возможность обучения и воспитания в обычных бытовых, дошкольных и школьных условиях (в том числе в специализированных класса-санаторных, классах для детей со сколиозом, интегрированных классах; специализированных школах, вспомогательных школах для детей со сниженным интеллектом). При этом имеет место благоприятный прогноз и эффективность применения адаптированных программ и методик обучения или средств компенсации. Необходимы индивидуальный подход к процессу обучения (выбор места занятий в классе в связи с ослабленным зрением или слухом, возможность увеличения времени на устные и письменные ответы при дизартрии, нарушениях письма и т. д., рекомендации по группе физической культуры, незначительные ограничения в процессе обслуживающего труда и профильного трудового обучения).

Умеренные ограничения способности к обучению – снижение данного параметра требует увеличения сроков обучения по общеобразовательной (или адаптированной) программе, в том числе на дому при благоприятном психолого-педагогическом прогнозе. Необходимы использование несложных технических и других средств компенсации (слуховой аппарат и др.) и привлечение к процессу обучения специалистов (например, урдопереводчиков) с целью обучения по общепринятым или адаптированным программам, в том числе, обучения в специализированных учреждениях при наличии возможности усвоения общеобразовательной дошкольно-школьной программы (за счет адаптации методов преподавания учебного материала – методические средства, невербальные методики др.) в обычные сроки.

Выраженные ограничения способности к обучению – значительное снижение данного параметра, вызванное прямым или опосредованным влиянием дефекта (низкий уровень интеллектуально-мнестического развития, патология органов чувств, соматическое заболевание), что требует значительного уменьшения объема обучающих программ и (или) увеличения сроков обучения на дошкольно-школьном этапе на фоне сомнительного психолого-педагогического прогноза. Необходимо применение сложных технических и других средств компенсации и средств обучения (в том числе комбинированных) при возможности обучения только в специализированных учреждениях с использованием специальных методов преподавания учебного материала (тифлопедагогических, тифлосурдопедагогических и др.) или привлечением дополнительных специалистов.

Резко выраженные нарушения способности к обучению – ярко выраженное снижение данного параметра (вплоть до полного отсутствия), неэффективность (невозможность) адаптации методов обучения, неблагоприятный психолого-педагогический прогноз.

14 лет

К оценке параметра по указанным выше характеристикам присоединяется оценка готовности к профессиональному обучению и труду.

Ориентация

О р и е н т а ц и я – способность человека воспринимать и осознавать окружающую действительность (личность, пространство, время). Эта способность осуществляется через систему действий субъекта по активному обследованию окружающих предметов и ситуаций в целях получения информации, необходимой для адаптации к новой ситуации и планирования своего поведения. Ориентация у ребенка, кроме того, оказывает влияние на развитие всех других параметров жизнедеятельности и социальной адаптации.

1,5 года

Данный возраст характеризуется способностью к зрительно-пространственной ориентации о величинах и формах предметов, в домашней и ясельной обстановке, во дворе возле дома и т.д.

Легкие ограничения ориентации вызваны нарушениями функции зрительного и слухового анализаторов, когнитивной сферы, они предполагают эпизодические (пароксизмальные состояния) или постоянные ограничения ориентации в небольшом объеме (затруднения в отношении свойств редко используемых предметов, ориентации в нерегулярно посещаемых местах), в том числе на фоне использования простых средств компенсации (очки). Необходимы дополнительное по сравнению со сверстниками наблюдение за ребенком и эпизодическая помощь в повседневной деятельности, предполагающей использования ориентационных способностей. Возможно посещение ясельной группы обычного типа.

Умеренные ограничения ориентации – не компенсируемые или требующие использования сложных средств компенсации периодические (пароксизмальные состояния) или постоянные ограничения ориентации, в силу нарушений функции зрительного, слухового анализаторов или психической сферы. При этом могут наблюдаться затруднения в отношении свойств регулярно используемых предметов и регулярно (но не систематически) посещаемых мест, а также эпизодические нарушения ориентации в знакомой обстановке (дом, детский сад), снижение скорости и анализа ориентационных реакций. Необходимы регулярное дополнительное наблюдение за ребенком и помощь в повседневной деятельности, предполагающей использования ориентационных способностей. Возможно посещение ясельной группы детского обычного типа при условии дополнительного в умеренном объеме, наблюдения за ребенком.

Выраженные ограничения ориентации – постоянно наблюдаемое значительное снижение ориентационных способностей в предполагаемых возрастном масштабах (в домашней обстановке, ясельном учреждении и т. д.). Необходима регулярная помощь в осуществлении ориентации в пространстве, в предметной и повседневной деятельности. Рекомендуется посещение специализированной ясельной группы детского сада или уход на дому.

Резко выраженные ограничения ориентации – явно проявляемое нарушение или полное отсутствие ориентационных способностей в силу выраженных, некомпенсируемых нарушений зрения, слуха, психической деятельности, требующее постоянного наблюдения за ребенком и ухода на дому.

3 года

Данный возрастной период предполагает: свободную ориентацию в знакомых зданиях, на пути из дома в регулярно посещаемые места (детская площадка во дворе, дорога в детский сад, магазин и т.д.); способность к ориентации в простых временных категориях ("сейчас", "потом"), назначении и правильном использовании предметов, в собственной личности (дифференцирование понятия "Я" по сравнению с безличным отношением к себе на предыдущем возрастном этапе).

Легкие ограничения ориентации вызваны нарушениями функции зрения, слуха, психической сферы. Они предполагают эпизодические (пароксизмальные состояния) или постоянные, в небольшом объеме ограничения ориентации (затруднения в отношении свойств редко используемых предметов, местности вне дома) в том числе на фоне использования простых средств компенсации (очки). Необходимы дополнительное по сравнению со сверстниками наблюдение за ребенком и эпизодическая помощь в повседневной деятельности, предполагающая использование ориентационных способностей. Возможно посещение дошкольного учреждения обычного типа.

Умеренные ограничения ориентации вызваны нарушениями функции зрения, слуха, психической сферы. Они предполагают периодические (пароксизмальные состояния) или регулярные ограничения ориентации, не компенсируемые простыми средствами; затрудняют ориентацию в регулярно (но не систематически) посещаемых местах; ведут к эпизодическим нарушениям

ориентации в знакомой обстановке (дом, детский сад), к снижению скорости и анализа ориентационных реакций. Требуется регулярное дополнительное наблюдение за ребенком и помощь в повседневной деятельности, развивающей ориентационные способности. Возможно посещение группы детского сада обычного типа при условии дополнительного, в умеренном объеме наблюдения за ребенком.

Выраженные ограничения ориентации – постоянно наблюдаемое значительное снижение ориентационных способностей в предполагаемых возрастном масштабах (в домашней обстановке, дошкольном учреждении и т. д.). Необходима регулярная помощь в осуществлении ориентации в пространстве, предметной и повседневной деятельности. Рекомендуется посещение специализированной группы детского дошкольного учреждения или уход на дому.

Резко выраженные ограничения ориентации – явно проявляемое нарушение или полное отсутствие ориентационных способностей в силу выраженных, некомпенсируемых нарушений зрения, слуха, психической деятельности, требующее постоянного наблюдения за ребенком и ухода на дому.

6 лет

В этом возрасте ребенок находит знакомую дорогу домой из ДДУ, школы, магазина и т.д.; знает виды и номера городского транспорта, обычно используемые для перемещения по хорошо знакомым маршрутам; хорошо ориентируется в днях недели, временах года, а также в собственном «Я».

Легкие ограничения ориентации вызваны нарушениями функции зрения, слуха, психической сферы. Они характеризуются эпизодическими (пароксизмальные состояния) или постоянными в небольшом объеме ограничениями ориентации, в том числе на фоне использования простых средств компенсации (очки) (по дороге вне дома, в нерегулярно посещаемых местах, снижение скорости ориентировочной реакции и т. д.). Требуется периодическая помощь в повседневной деятельности (сопровождение в школу, в места внеклассной деятельности, т.е. в детские коллективы, кружки детского творчества и др.) при условии необходимости пользования городским транспортом, преодоления препятствий, пересеченной местности, участков дороги повышенной опасности (автомагистрали, ведение дорожно-ремонтных работ и т. д.).

Умеренные ограничения ориентации вызваны нарушениями функции зрения, слуха, психической сферы. Они предполагают периодические (пароксизмальные состояния) или постоянные ограничения ориентации, некомпенсируемые или требующие использования сложных средств компенсации. При этом могут наблюдаться затруднения в ориентации по дороге в регулярно посещаемые места, снижение скорости и анализа ориентационных реакций. Необходима регулярная помощь в повседневной деятельности, предполагающая использование ориентационных способностей (сопровождение в школу, кружки внеклассной работы, в гости и т. д.), даже при отсутствии участков повышенного риска и необходимости использования общественного транспорта.

Выраженные ограничения ориентации – постоянно наблюдаемое значительное снижение ориентационных способностей даже в знакомой обстановке (дома, школе и т. д.). Требуется регулярная помощь в осуществлении ориентации в пространстве, предметной и повседневной деятельности. Возможно обучение на дому или в специально созданных условиях.

Резко выраженные ограничения ориентации – явно проявляемое нарушение или полное отсутствие ориентационных способностей в силу выраженных, некомпенсируемых нарушений зрения, слуха, психической деятельности, требующее постоянного наблюдения за ребенком и ухода за ним.

12 лет

Данный возрастной период предполагает свободную ориентацию при перемещении по населенному пункту, в том числе с использованием городского транспорта (за исключением расположенных на значительных расстояниях или незнакомых районов), ориентацию во времени, в том числе его планирование и расчет, и собственном «Я».

Легкие ограничения ориентации – эпизодические грубые (пароксизмальные состояния) или регулярные незначительные нарушения пространственной ориентации, что вызывает необходимость в нерегулярной и несистематической дополнительной помощи (сопровождение в расположенные на значительных расстояниях и малознакомые места, в места, предполагающие преодоление участков дороги повышенного риска. Сохраняется возможность самостоятельного посещения школы, близкоживущих сверстников, магазинов.

Умеренные ограничения ориентации – периодические грубые или регулярные умеренные нарушения пространственной ориентации, приводящие к необходимости дополнительной помощи (периодическое сопровождение в далеко и близко расположенные места, предполагающие преодоление участков дорог повышенной опасности). Сохраняется возможность самостоятельного посещения школы, близкоживущих сверстников, магазинов при отсутствии специфических особенностей дороги по пути к ним. Резко снижена способность пользования городским транспортом.

Выраженные ограничения ориентации – систематические грубые нарушения ориентации, снижение ориентационных способностей даже в знакомой обстановке (дома, в школе и т. д.). Необходима регулярная помощь в осуществлении ориентации в пространстве, предметной и повседневной деятельности. Возможно обучение на дому или в специально созданных условиях.

Резко выраженные ограничения ориентации – явно проявляемое нарушение или полное отсутствие ориентационных способностей в силу выраженных, некомпенсируемых нарушений зрения, слуха, психической деятельности, требующее постоянного наблюдения за ребенком и ухода за ним.

14 – 18 лет

В этом возрасте происходит окончательное формирование ориентационной способности, полностью обеспечивающей возможности субъекта по беспрепятственному перемещению в пространстве, поиску необходимых предметов и объектов, осуществлению повседневной деятельности и т. д.

Легкие ограничения ориентации – эпизодические нарушения ориентации, связанные с пароксизмальными состояниями или постоянные незначительные нарушения ориентационной способности в том числе на фоне использования элементарных средств компенсации (очки), что в целом не препятствует самостоятельной ориентации ребенка в объеме, предусмотренном возрастом.

Умеренные ограничения ориентации – периодические пароксизмальные состояния или постоянное умеренное снижение ориентационной способности, требующие применения более сложных средств медикаментозного лечения или средств компенсации. Необходима эпизодическая помощь в перемещениях на длительные расстояния, ориентировке в незнакомой местности.

Выраженные ограничения ориентации не компенсируемые систематические грубые или постоянные выраженные нарушения ориентации. Наблюдается снижение ориентационных способностей даже в знакомой обстановке (дома, в школе и т. д.). Требуется регулярная помощь в осуществлении ориентации в пространстве, предметной и повседневной деятельности. Возможно обучение на дому или в специально созданных условиях.

Резко выраженные ограничения ориентации – явно проявляемое нарушение или полное отсутствие ориентационных способностей в силу выраженных, не компенсируемых нарушений зрения, слуха, психической деятельности, требующее постоянного наблюдения за ребенком и ухода за ним.

Контроль своего поведения (самоконтроль)

Контроль своего поведения – способность ребенка к сознательному контролю собственных действий под влиянием внешних обстоятельств или в силу эмоциональных переживаний. Данный параметр напрямую связан с понятием произвольности в детском возрасте. **Произвольность** – способность ребенка сознательно управлять своими действиями и психическими процессами. Она основана на осознанности субъектом своих внешних и внутренних действий и предполагает представление о правиле или образце действия. Развитие произвольности составляет одну из главных линий развития ребенка.

1,5 года

В данном возрастном периоде у ребенка практически отсутствует самоконтроль на фоне преобладания процессов эмоциональной спонтанности, за исключением элементарных навыков контроля за отпавлением физиологических потребностей, адекватной реакции на замечания со стороны взрослых, самоконтроля в привычных ежедневных ситуациях (прием пищи, общение с родными и т. д.). Необходимы активизация мер по воспитанию волевых качеств, обучения правилам поведения и контроля за поведенческими реакциями извне. В данном возрасте параметр не имеет экспертной значимости в связи со сложностью исключения связи уровня его развития с влиянием дефекта и оценивается только в совокупности с другими критериями социальной адекватности ребенка (самообслуживание, познавательная деятельность, ориентация, обучаемость, общение).

3 года

В этом возрасте имеют место: формирование адекватного поведения ребенка в различных ситуациях (дома, в гостях, общественных местах и т.д.); реагирование на замечания взрослых; значительное снижение нервного возбуждения в силу развития способности к концентрации; приобретает навык сдерживания сиюминутных эмоций (плач при падении, обиде) и т. д.; наблюдается чуткая реакция на поощрение или неодобрение со стороны взрослых. Кроме того, отмечается достаточно быстрое развитие условно-рефлекторных связей; повышается приспособляемость ребенка к меняющимся условиям; формируются первые навыки понятия морали ("что такое хорошо" и что такое плохо").

Легкие ограничения контроля своего поведения – частичное отсутствие ситуативной адекватности поведения (периодические спонтанные умеренно выраженные аффекты поведения) в соответствии с возрастными нормами, что требует регулярного контроля со стороны взрослых, а также коррекции и развития самоконтроля медицинскими, педагогическими, воспитательными методами (несложными и в умеренном объеме). Возможно посещение детских дошкольных учреждений обычного типа.

Умеренные ограничения контроля своего поведения – умеренные нарушения (регулярные спонтанные умеренно выраженные аффекты поведения) самоконтроля на фоне дефекта или заболевания, некорректируемые простыми методами воспитания, психологического, педагогического и (или) медицинского воздействия. Необходимо применение более сложных схем медикаментозного лечения, психотерапевтической коррекции, воспитательных, психологических приемов до достижения полной компенсации дефекта. Возможно посещение детского дошкольного учреждения обычного типа с необходимостью индивидуального подхода к процессу воспитания, включая дополнительный контроль за поведением ребенка со стороны взрослых.

Выраженные ограничения контроля своего поведения – некорректируемые, постоянные, умеренно выраженные или регулярные выраженные аффекты поведения, затрудняющие процесс дальнейшего развития и воспитания ребенка и требующие постоянного контроля за его поведением.

Резко выраженные ограничения контроля своего поведения – резко выраженная неадекватность поведения ребенка или полное отсутствие контроля своего поведения. Необходимо постоянный уход со стороны и (или) привлечение медперсонала, применение средств купирования поведенческих аффектов, средств седации и т. д.

6 лет

Основными характеристиками данного возрастного периода являются: сформированность контроля своего поведения в различных ситуациях; преобладание осознанности над импульсивностью; ориентация на социальные нормы; формирование сферы мотивов и интересов, внутреннего плана действий, способности к адекватной оценке результатов собственной деятельности и своих возможностей; соответствие поведения социальным моделям (в семье, коллективе сверстников, общественных местах и т. д.).

Легкие ограничения контроля своего поведения – незначительное снижение способности к адекватному самоконтролю (периодические, умеренные проявления несдержанности, нетерпимости, раздражения и т. д.), вызванное дефектом и требующее дополнительной психолого-педагогической и легкой медикаментозной коррекции. Готовность к обучению в обычном классе средней школы развита в достаточной степени.

Умеренные ограничения контроля своего поведения – умеренные нарушения самоконтроля (регулярные проявления неадекватности поведения на занятиях, в общественных местах, дома) на фоне дефекта или заболевания, некорректируемые простыми методами воспитания, психологического, педагогического и (или) простого медицинского воздействия. Необходимо применение более сложных схем медикаментозного лечения, психотерапевтической коррекции, воспитательных, психологических приемов до достижения полной компенсации дефекта. Сформирована к обучению в обычном классе средней школы (с учетом данных психолого-педагогических комиссий) при наличии индивидуального подхода к процессу обучения, включая дополнительный контроль поведения ребенка со стороны взрослых.

Выраженные ограничения контроля своего поведения – некорректируемое снижение адекватности поведения, обуславливающее необходимость обучения ребенка по программе вспомогательной школы в специально созданных условиях (спецклассы, вспомогательные школы, на дому).

Резко выраженные ограничения контроля своего поведения – резко выраженная неадекватность поведения ребенка или полное отсутствие контроля своего поведения. Готовность к

обучению отсутствует или значительно снижена. Необходимы постоянный уход со стороны и (или) привлечение медперсонала, применение средств купирования поведенческих аффектов, средств седации и т. д. на дому или в условиях специализированных учреждений.

12 лет

В данном возрасте происходит окончательное формирование ситуативно-ролевого поведения, развиваются понятия "сила воли" и "должестование". Импульсивность практически отсутствует до начала полового созревания, когда она может проявляться как возрастная особенность, в связи с повышением эмоциональной возбудимости, характерной для этого возрастного периода.

Легкие ограничения контроля своего поведения – незначительное снижение способности к адекватному самоконтролю в небольшой степени (периодические, умеренные проявления несдержанности, нетерпимости, раздражения и т. д.), вызванное дефектом и требующее дополнительных мер психолого-педагогической и легкой медикаментозной коррекции. Способность к обучению в обычном классе средней школы не нарушена.

Умеренные ограничения контроля своего поведения – умеренные нарушения самоконтроля (регулярные проявления неадекватности поведения на занятиях, в общественных местах, дома), недостаточная концентрация волевых качеств, периодические нарушения ситуативно-ролевого поведения (проявление агрессии, аутизма, антисоциальные поступки) на фоне дефекта или заболевания, некорректируемые простыми методами воспитания, психологического, педагогического и (или) простого медицинского воздействия. Необходимо применение более сложных схем медикаментозного лечения, психотерапевтической коррекции, воспитательных, психологических приемов до достижения полной компенсации дефекта. Возможно обучение в средней школе обычного типа или интегрированных классах с необходимостью индивидуального подхода к процессу обучения, включая дополнительный контроль поведения ребенка со стороны взрослых.

Выраженные ограничения контроля своего поведения – некорректируемое снижение адекватности поведения, обуславливающее необходимость обучения ребенка по программе вспомогательной школы в специально созданных условиях (спецклассы, вспомогательные школы, на дому).

Резко выраженные ограничения контроля своего поведения – резко выраженная неадекватность поведения ребенка или полное отсутствие контроля своего поведения. Готовность к обучению отсутствует или значительно снижена. Необходимы постоянный уход со стороны и (или) привлечение медперсонала, применение средств купирования поведенческих аффектов, средств седации и т. д. на дому или в условиях специализированных учреждений.

16 – 18 лет

Для данного возрастного периода характерна окончательная сформированность самоконтроля, социальных установок (в том числе на труд), адекватности реакции на ситуацию.

Легкие ограничения контроля своего поведения – снижение адекватных установок на социальные нормы (слабая развитость понятий "нравственность" и "мораль"), отсутствие установки на труд и собственных жизненных планов, периодические, ситуативно неадекватные эмоциональные аффекты, вызванные дефектом, что требует проведения дополнительных мер психолого-педагогической и легкой медикаментозной коррекции. Способность к обучению в обычном классе средней школы, профессиональному обучению и приобретению профессии не нарушена.

Умеренные ограничения контроля своего поведения – умеренные нарушения самоконтроля (регулярные проявления неадекватности поведения на занятиях, в общественных местах, дома), недостаточная концентрация волевых качеств, периодические нарушения ситуативно-ролевого поведения (проявление агрессии, аутизма, антисоциальные поступки) на фоне дефекта или заболевания, не корректируемые простыми методами воспитания, психологического, педагогического и (или) простого медицинского воздействия. Необходимо применение более сложных схем медикаментозного лечения, психотерапевтической коррекции, воспитательных, психологических приемов до достижения полной компенсации дефекта. Возможно обучение в средней школе обычного типа или интегрированных классах с необходимостью индивидуального подхода к процессу обучения, включая дополнительный контроль поведения ребенка со стороны взрослых. В силу наличия противопоказанных факторов производственной среды и ограничения ряда показанных профессий готовность к трудовому обучению и профессиональной деятельности снижена.

Выраженные ограничения контроля своего поведения – некорректируемое снижение адекватности поведения, обуславливающее необходимость обучения ребенка по программе вспомогательной школы в специально созданных условиях (спецклассы, вспомогательные школы).

Готовность к труду и профессиональному обучению снижена (до специальностей, предполагающих постоянный присмотр извне).

Резко выраженные ограничения контроля своего поведения – резко выраженная неадекватность поведения ребенка или полное отсутствие контроля своего поведения. Готовность к обучению и труду отсутствует или значительно снижена. Требуется постоянный уход со стороны и (или) привлечение медперсонала, применение средств купирования поведенческих аффектов, средств седации и т. д. на дому или в условиях специализированных учреждений.

Познавательная и игровая деятельность

Познавательная и игровая деятельность – особая форма деятельности, отличительными чертами которой являются выполнение действий и переживание чувства на уровне воображения. Игра – обязательная составная часть жизни ребенка, способ формирования его мировоззрения, общения со сверстниками, анализа действительности и воспроизведения получаемого опыта, обучения и развития всех значимых показателей жизнедеятельности в раннем детском и дошкольном возрасте. Основными экспертными значениями познавательной и игровой деятельности являются возможность ее реализации как основного вида деятельности ребенка дошкольного возраста, а также успешность его нервно-психического, личностного и социального развития в будущем.

1,5 года

В данном возрастном периоде познавательная деятельность ограничивается условно-рефлекторными реакциями на раздражители, исследуемые ребенком в окружающем пространстве. Элементы игры присутствуют в процессе общения со взрослыми, однако социально развивающей нагрузки они не несут. Основным результатом игры является развитие наглядно-образного мышления, воображения, речи.

Легкие ограничения к осуществлению познавательной и игровой деятельности – ограничения в активном осуществлении игровой деятельности в силу наличия дефекта двигательной, нервно-психической, зрительной, слуховой и других систем организма (в том числе на фоне применения простых средств компенсации и методик психолого-педагогической коррекции), в незначительной степени затрудняющих дальнейшее развитие ребенка и формирование его социально-ролевых установок. Уровень развития параметра позволяет ребенку находиться в условиях обычного детского коллектива и заниматься данными видами деятельности самостоятельно или со взрослыми.

Умеренные ограничения к осуществлению познавательной и игровой деятельности – снижение активности осуществления игровой деятельности (умеренные нарушения познавательной активности, невозможность более или менее длительного сосредоточения на игре, недостаточная заинтересованность в процессе, неадекватность игровых действий и т. д.) в силу наличия дефекта двигательной, нервно-психической, зрительной, слуховой и других систем организма, требуется применение более сложных средств компенсации и методов коррекции, в умеренной степени затрудняющих дальнейшее развитие ребенка и формирование его социально-ролевых установок. Возможны посещение детских дошкольных учреждений обычного типа, занятия со взрослыми и индивидуальная познавательно-игровая деятельность при условии повышенного внимания и индивидуального подхода к процессу ее осуществления (помощь со стороны, использование средств профилактики травматизма – шлемов, касок и др.).

Выраженные ограничения к осуществлению познавательной и игровой деятельности – невозможность успешного осуществления познавательной и игровой деятельности в силу значительного снижения мотивации или выраженной функциональной недостаточности основных систем организма (двигательной, нервно-психической, анализаторной и др.) или нарушений соматического здоровья. Недостаточность параметра в значительной степени влияет на общее социальное развитие ребенка. Неэффективность применения средств компенсации и коррекции. Необходимо посещение специализированных детских коллективов под присмотром со стороны.

Резко выраженные ограничения к осуществлению познавательной и игровой деятельности – отсутствие или резкое снижение мотивации, способностей (и) или возможностей к осуществлению познавательной и игровой деятельности, оказывающее негативное влияние на дальнейшее развитие ребенка и обуславливающее невозможность его пребывания в коллективе сверстников (уход на дому).

3 года

В данном возрастном периоде происходит формирование способности к сюжетной игре; появляется возможность осуществления творческой, познавательной и интеллектуальной игровой

деятельности. Сюжетно-ролевая игра способствует развитию ориентации ребенка в окружающей действительности. Сюжеты игр просты: воспроизведение бытовых манипуляций, основных социальных ролей (семья, врач и больной и т. д.).

Легкие ограничения к осуществлению познавательной и игровой деятельности – ограничения в активном осуществлении игровой деятельности (сокращение времени, сложности, ограничение сюжетов игры), а также снижение мотивации или сложности в осуществлении познавательной деятельности в силу наличия дефекта двигательной нервно-психической, зрительной, слуховой и других систем организма (в том числе на фоне использования простых средств компенсации и методик психолого-педагогической коррекции). Влияние нарушений на процесс дальнейшей социальной адаптации ребенка и формирование его социально-ролевых установок незначительно. Уровень развития параметра позволяет ребенку находиться в условиях обычного детского коллектива и заниматься данными видами деятельности самостоятельно или со взрослыми.

Умеренные ограничения к осуществлению познавательной и игровой деятельности – снижение активности осуществления игровой деятельности (умеренные нарушения познавательной активности, невозможность более или менее длительного сосредоточения на игре, неадекватность игровых действий на фоне отсутствия сюжетности игры и т. д.) в силу наличия дефекта двигательной, психической, зрительной, слуховой и других систем организма. Необходимо применение более сложных средств компенсации и методов коррекции, в умеренной степени затрудняющих дальнейшее развитие ребенка и формирование его социально-ролевых установок. Возможны посещение детских дошкольных учреждений обычного типа, занятия со взрослыми и индивидуальная познавательно-игровая деятельность при условии повышенного внимания и индивидуального подхода к процессу ее осуществления (помощь со стороны, использование средств профилактики травматизма – шлемов, касок и др.).

Выраженные ограничения к осуществлению познавательной и игровой деятельности – невозможность успешного осуществления познавательной и игровой деятельности (резко снижена заинтересованность в познавательной деятельности; значительно ограничены возможности выполнения отдельных элементов игровых действий, операций детского творчества и т. д.) в силу значительного снижения мотивации или выраженной функциональной недостаточности основных систем организма (двигательной, нервно-психической, анализаторной) или нарушений соматического здоровья. Недостаточность параметра в значительной степени влияет на общее социальное развитие ребенка. Неэффективность применения средств компенсации и коррекции. Необходимо посещение специализированных детских коллективов под присмотром со стороны.

Резко выраженные ограничения к осуществлению познавательной и игровой деятельности – отсутствие или резкое снижение мотивации, способностей (и) или возможностей к осуществлению познавательной и игровой деятельности, детского творчества, оказывающее негативное влияние на дальнейшее развитие ребенка и обуславливающее невозможность его пребывания в коллективе сверстников (уход на дому).

6 лет

В данном возрастном периоде происходит дальнейшее становление способности к осуществлению сложной сюжетной игровой деятельности; окончательно формируются способность к познавательным, творческим, интеллектуальным играм, развиваются способности к спортивным играм и играм с элементами физической активности.

Легкие ограничения к осуществлению познавательной и игровой деятельности – ограничения в активном осуществлении игровой деятельности (сокращение времени, сложности, ограничение сюжетов игры, снижение способности к интеллектуальным и физическим играм), а также незначительные нарушения в осуществлении операций детского творчества (ухудшение качества, увеличение времени выполнения детского рисунка, аппликации, поделок и др.) в силу наличия дефекта двигательной, нервно-психической, зрительной, слуховой и других систем организма (в том числе на фоне использования простых средств компенсации и методик психолого-педагогической коррекции). Влияние нарушений на процесс дальнейшей социальной адаптации ребенка и формирование его социально-ролевых установок незначительно. Уровень развития параметра достаточен для посещения обычного детского коллектива в средней школе, занятий в кружках детского творчества и т. д.

Умеренные ограничения к осуществлению познавательной и игровой деятельности – снижение активности осуществления игровой деятельности (умеренны нарушения познавательной активности; невозможность более или менее длительного сосредоточения на игре; неадекватность

игровых действий на фоне сюжетной скудности игры и т. д.; выраженное снижение способности к интеллектуальной игре; умеренное ухудшение качества и значительное увеличение продолжительности выполнения операций детского творчества) в силу наличия дефекта двигательной, психической, зрительной, слуховой и других сфер. Необходимо применение более сложных средств компенсации и методов коррекции, в умеренной степени затрудняющих дальнейшее развитие ребенка и формирование его социально-ролевых установок. Возможны посещение обычных детских коллективов (классов общеобразовательных школ, кружков детского творчества и т. д.), индивидуальная познавательная-игровая деятельность при условии повышенного внимания и индивидуального подхода к процессу ее осуществления (помощь со стороны, использование средств профилактики травматизма – шлемов, касок и т. д.).

Выраженные ограничения к осуществлению познавательной и игровой деятельности – невозможность успешного осуществления познавательной и игровой деятельности в силу значительного снижения мотивации или выраженной функциональной недостаточности основных систем организма (двигательной, нервно-психической, анализаторной и др.) или нарушений соматического здоровья. Недостаточность параметра в значительной степени влияет на общее социальное развитие ребенка. Неэффективность применения средств компенсации и коррекции. Необходимо посещение специализированных детских коллективов под присмотром со стороны.

Резко выраженные ограничения к осуществлению познавательной и игровой деятельности – отсутствие или резкое снижение мотивации, способностей (и) или возможностей к осуществлению познавательной и игровой деятельности, детского творчества, оказывающее негативное влияние на дальнейшее развитие ребенка и обуславливающее невозможность его пребывания в коллективе сверстников (уход на дому).

12 – 18 лет

Несмотря на присутствие элементов интеллектуальной, творческой, физической игры, основной формой детской занятости и реализации процесса познания в данном возрасте является обучение. Поэтому описываемый параметр не имеет важного экспертного значения и не оценивается как показательный при определении инвалидности ребенка.

Способность к трудовому и профессиональному обучению

С п о с о б н о с т ь к т р у д о в о м у о б у ч е н и ю – возможность овладения теоретическими знаниями и практическими навыками трудовой политехнической подготовки, определенными учебной программой; формирование необходимых для будущей трудовой деятельности нравственных качеств с помощью труда. В младшем школьном возрасте (6 – 9 лет) – это обучение ручному труду, в среднем школьном возрасте (11 – 14 лет) – общетрудовая и профилирующая политехническая подготовка, в старшем школьном возрасте (15 – 18 лет) – трудовая подготовка по овладению навыками конкретных профессий (допрофессиональная подготовка).

С п о с о б н о с т ь к п р о ф е с с и о н а л ь н о м у о б у ч е н и ю – способность к овладению теоретическими знаниями и практическими навыками необходимого уровня компетентности, достаточного для выполнения субъектом работы в рамках конкретной профессии.

Для оценки способности к выполнению труда, свойственного возрасту, служат следующие критериальные показатели:

1. *Психофизиологические* (уровень развития задатков способностей к труду, профессионально значимых функций): индивидуально-типологические особенности высшей нервной деятельности, сила, внимание, память, мышление, мышечная кистевая сила, быстрота и точность движений рук, способность выполнения бимануальных движений, способность дифференцирования малых мышечных усилий, выносливость мышц рук, сенсомоторная координация, точность линейного глазомера .

2. *Психолого-педагогические*: речь и словарный запас; навыки чтения и письма, выполнения вычислительных операций в пределах программных требований; уровень мотивации к труду; сформированность профессиональных интересов, склонностей; наличие и степень сформированности необходимых в трудовой деятельности качеств личности.

Нормальное развитие критериев способности к трудовому и профессиональному обучению: наличие незначительных отклонений способности к трудовому (допрофессиональному), профессиональному обучению. Возможность трудового обучения по программе общеобразовательной школы, в соответствии с объемом, сроками и режимом обучения; наличие незначительных отклонений от возрастных психофизиологических и психолого-педагогических показателей развития, существенно не влияющих на овладение трудовыми навыками; возможность

реализации и дальнейшего развития способности при полной компенсации дефекта (нарушения) с помощью технических или других вспомогательных средств, без участия постороннего лица.

Легкое ограничение способности к трудовому и профессиональному обучению – незначительная задержка сформированности и дальнейшего развития задатков способностей к труду вследствие дефекта; наличие небольших отклонений в объеме и качестве усвоения программы трудового обучения общеобразовательной школы с обычным режимом обучения (в том числе при использовании средств компенсации); необходимость обучения в специальных и интегрированных классах общеобразовательной школы, эпизодическая помощь постороннего лица, кроме педагога, при обучении отдельным трудовым приемам и навыкам, возможность временного непосещения занятий или временного освобождения от отдельных предметов (в том числе, труда) по заключению ВКК ЛПУ из-за обострений заболеваний или необходимости проведения курсового лечения; незначительные ограничения способности к профессиональному обучению, овладению доступными профессиями в полном объеме при адекватной профориентации.

Умеренное ограничение способности к трудовому и профессиональному обучению – умеренное отклонение от возрастной нормы психофизиологических и психолого-педагогических показателей сформированности и последующего развития профессионально значимых функций вследствие основного заболевания (дефекта). Необходимо трудовое обучение в специальных школах (для детей с нарушениями слуха, зрения, речи) по программе общеобразовательной школы с обычным или удлинненным на 1 год сроком и соответствующим режимом обучения. Возможно профессиональное обучение в обычных учебных заведениях по общим программам с использованием при необходимости индивидуальных технических средств и специальных приемов, освобождением по медицинским показаниям от отдельных (не основных по профилю обучения) предметов, прохождением учебно-производственной практики с учетом противопоказанных по состоянию здоровья, условий труда. Круг доступных для профессионального обучения профессий умеренно ограничен;

Выраженное ограничение способности к трудовому и профессиональному обучению – наличие значительно выраженного снижения отдельных (многих) психофизиологических и психолого-педагогических показателей возрастного развития, не компенсируемое специальными техническими и вспомогательными средствами, ограничивающее возможности реализации способности к трудовому (допрофессиональному) обучению. Трудовое (допрофессиональное) обучение возможно только в специально созданных условиях с постоянным использованием технических и специальных средств обучения, специальных приемов, методов (спецшколы – интернаты для слепых, детей с тяжелыми двигательными нарушениями). Обучение проводится по программам специальной общеобразовательной школы в объеме базовой и средней общеобразовательной школы с удлинением сроков обучения и адаптацией программы и режима обучения. Обучение на дому (в течение всего срока школьного обучения) проводится по программе общеобразовательной школы (с исключением некоторых предметов – труда, физкультуры, информатики, пения). В процессе трудового, допрофессионального обучения требуется постоянная помощь со стороны.

Наличие выраженного ограничения возможности профессионального обучения, обусловленного резким снижением круга доступных профессий и необходимостью созданных специально условий (спецгруппы в учебных заведениях общего типа и на курсах через службы занятости; центры, филиалы для профобучения инвалидов, УПП и учреждения БелОИ, специализированные мастерские. Профессиональное обучение возможно на дому только дистанционно в использовании спецпрограмм, методов и форм обучения, с применением технических и вспомогательных средств, специальных приспособлений, а также привлечением помощи со стороны.

Резко выраженное ограничение способности к трудовому и профессиональному обучению характеризуется явно выраженной задержкой основных психофизиологических и психолого-педагогических параметров развития ребенка, необходимых для формирования и развития трудовых, профессиональных навыков и умений; неблагоприятный прогноз; невозможность посещения учебных заведений любого типа.

12.1.4. Оценка социальной недостаточности у лиц до 18 лет

Под социальной недостаточностью (социальной дезадаптацией) понимается неспособность человека (вытекающая из нарушения функции и ограничения жизнедеятельности) выполнять

обычную для его положения и возраста роль в жизни. Социальная недостаточность представляет собой специализацию болезни и отражает бытовые, социальные, экономические последствия болезни для инвалида и его контактов со средой обитания. Следствием является нарушение интеграции человека в общество.

Социальная недостаточность у детей оценивается по обстоятельствам, которые ставят больного ребенка в невыгодное положение по сравнению со здоровыми сверстниками.

Измерителями социальной недостаточности взрослых являются: ориентация в окружающей среде, физическая независимость, мобильность, общение (социальная интеграция), занятия, экономическая независимость.

Критерии социальной адаптации у детей включают в свой состав:

- возможность посещения ребенком детского дошкольного (школьного) коллектива обычного типа на общих основаниях;
- объем, частоту, регулярность, особенности дополнительной помощи со стороны (с учетом физиологических норм возрастной зависимости ребенка от взрослого);
- необходимость использования вспомогательных средств и мер компенсации;
- возможность выполнения возрастной деятельности;
- влияние степени дезадаптации на общее развитие ребенка и на формирование социальных навыков на последующих этапах его развития.

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

0 баллов (незначительная степень нарушений) – ограничение жизнедеятельности требует эпизодического дополнительного ухода за ребенком, помощи со стороны взрослых в незначительном объеме по сравнению со здоровыми сверстниками; не препятствует (в том числе и на фоне применения элементарных средств компенсации дефекта) реализации ведущей возрастной деятельности, посещению детского коллектива обычного типа, дальнейшему физическому, нервно-психическому, личностному и социальному развитию ребенка;

1 балл (легкая степень нарушений) – ограничение жизнедеятельности приводит к необходимости периодического участия со стороны взрослых в повседневной деятельности. Данная степень ограничения обуславливает легкую степень недостаточности, влияет на дальнейшее физическое, нервно-психическое, личностное и социальное развитие ребенка (на фоне благоприятного прогноза). При этом общая способность к самостоятельному выполнению и совершенствованию возрастных навыков (действий) сохранена в объеме, достаточном для посещения детских коллективов обычного типа на общих основаниях или при условии индивидуального подхода к уходу за ребенком и помощи в незначительном объеме;

2 балла (умеренная степень нарушений) – необходимость периодического участия со стороны взрослых в выполнении повседневной и ведущей возрастной деятельности. Прогноз восстановления функции сомнительный на неопределенное время. 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) или ограничена рамками интегрированных или специализированных групп детского сада при условии дополнительного присмотра и ухода со стороны детей младшего возраста. При отсутствии выполнения такого условия лицом, осуществляющему уход за ребенком-инвалидом, определяется пособие по уходу;

3 балла (выраженная степень нарушений) – значительное ограничение возможности осуществления повседневной и ведущей деятельности, что требует дополнительного ухода в значительном объеме, а также систематической помощи со стороны взрослых. Необходимо создание специальных условий в детских коллективах 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. Требуется постоянный уход за ребенком в полном (или почти полном) объеме на фоне постоянной зависимости от помощи взрослых и резко неблагоприятного прогноза дальнейшего развития функции;

4 балла (резко выраженная степень нарушений) – резко выраженные ограничения или полное отсутствие сформированности возрастных навыков, возможности выполнения ведущей возрастной деятельности. Необходимо постоянный уход в полном (или почти полном) объеме за

ребенком на фоне постоянной зависимости от помощи взрослых и резко неблагоприятного прогноза дальнейшего развития ребенка.

12.2. Методы клинико-экспертной диагностики в детском возрасте

Как указывалось в предыдущей главе, подходы к проведению медико-социальной экспертизы детей на современном этапе предполагают комплексность и последовательность оценки нарушений на различных уровнях.

Основными методами клинико-экспертной диагностики у детей являются:

- *методы изучения основного дефекта и сопутствующих нарушений* – т.е. проведение комплексного клинико-функционального исследования состояния центральной нервной системы ребенка; изучение результатов исследования состояния органов и систем, участвующих в формировании дефекта (голосоречевая, психическая, зрительная и слуховая сферы); профильное клинико-функциональное исследование сопутствующих нарушений; анализ состояния соматического здоровья и физической зрелости ребенка;
- *методы психолого-педагогического тестирования* детей младшего возраста (до 6 лет) с целью диагностики уровня психического развития;
- *методы клинико-психологического исследования* когнитивной сферы, эмоционально-волевого статуса, личностных особенностей детей среднего и старшего возраста (7 - 18 лет);
- *методы объективизации оценки ограничений жизнедеятельности* ребенка в зависимости от степени выраженности дефекта;
- *методы оценки социальной недостаточности* через уточнение степени ограничения критериев жизнедеятельности.

12.2.1. Методы изучения основного дефекта и сопутствующих нарушений

Исследование состояния **двигательной сферы** у детей проводится по схеме исследования двигательных нарушений у ребенка с патологией центральной нервной системы:

- изучение и анализ жалоб ребенка (и его родственников)
- субъективная оценка возможности выполнения повседневной деятельности, участия в общественной жизни и т. д. со стороны родителей (для детей младшего возраста) и личностная – у детей старших возрастных групп;
- объективное исследование состояния двигательной сферы посредством показателей:
 - способность к самостоятельному передвижению;
 - сила мышц;
 - мышечный тонус;
 - объем движений;
 - состояние рефлекторной сферы;
 - наличие гиперкинезов;
 - координация движений.

Согласно современным подходам к оценке **речевой функции** ребенка, в ходе логопедического обследования данного контингента детей используются следующие методы:

- сбор и анализ анамнестических данных;
- наблюдение за ребенком (в обычной и специально организованной ситуации);
- беседа с родителями и ребенком;
- визуальный и тактильный контроль артикуляционного аппарата;
- исследование звукопроизводительной, дыхательной и голосовой сторон речи;
- оценка понимания обращенной (импрессивной) речи (различение интонации, соблюдение ситуативных особенностей, объем понимания обращенной речи, пассивный словарь);
- исследование собственной (экспрессивной) речи (сформированность лексико-грамматической стороны речи, особенности слоговой структуры слов, усвоение различных частей речи);
- возможности использования невербальных средств общения (мимика, жесты, интонация);
- изучение произносительной стороны речи (степень разборчивости, особенности голоса, дыхания, организации речевого потока);

- оценка фонетико-фонематического строя речи (особенности звукопроизношения, способность дифференцирования на слух произносимых с дефектом звуков.

Объективизация выраженности речевых нарушений производится посредством четырехуровневой системы оценки речевого развития ребенка.

При проведении исследования **нервно-психического развития** детей учитывается возрастная специфика методических подходов к исследованию.

Нервно-психическое развитие детей раннего возраста (**3 - 6 лет**) исследуется по методике диагностики психомоторного развития ребенка О. В. Баженовой. Методика представляет собой наблюдение за ребенком с использованием тестов и заданий, предлагаемых для выполнения, с последующей шкальной оценкой результатов.

Данный метод диагностики включает:

- *оценку контактности ребенка*, которая измеряется в баллах: 0 баллов – легкое и быстрое установление контакта, заинтересованность в нем и охотное сотрудничество с психологом; 1 балл – установление избирательного контакта (заинтересованность и общение только в рамках определенных тем, ситуаций и т. д.); 2 балла – затрудненный контакт, отсроченный во времени, со снижением заинтересованности и выраженности эмоциональной окраски при попытках его установления; 3 балла – наличие формального (внешнего контакта) на фоне затруднений его установления; 4 балла – выраженные затруднения или отсутствие контакта;

- *оценку уровня развития эмоционально-волевой сфер*, при которой нормальная активность, бодрость, адекватность поведения, ситуативная экспрессивность расцениваются как нормальное состояние эмоционально-волевой сферы (0 баллов); эпизодические, слабо выраженные колебания настроения, адекватности поведения, эмоциональной лабильности оцениваются 1 баллом; средне выраженные нарушения на фоне периодичности их возникновения в процессе обследования считаются нарушениями (2 балла); выраженные отклонения эмоциональной стабильности, адекватности поведения, наблюдаемые на протяжении всего процесса тестирования, соответствуют 3 баллам; резко выраженные, неподдающиеся коррекции извне отклонения показателей эмоционально-волевой сферы – 4 баллам.

- *исследование внимания* проводится с использованием диагностических методик «найди и вычеркни», «поставь значки», «распутай линии», которые являются адаптированным вариантом методов исследования внимания для детей более старшего возраста («корректирующая проба» и «кольца Ландольта»). При этом оценивается (в баллах) концентрация, устойчивость, переключаемость на другой вид деятельности;

- *исследование характера деятельности* (мотивация, устойчивость, заинтересованность) предполагает работу специалиста с ребенком с последующей количественной оценкой;

- *исследование запаса общих представлений* предполагает беседу с ребенком об основных социальных, родственных, географических и других представлениях; оценка производится с учетом возрастных норм развития;

- *исследование зрительного восприятия* цвета, величины, формы, включающее складывание матрешки, расположение предметов различной величины в ряд по возрастанию или убыванию, складывание картинок и др.; оценка результатов производится с учетом времени и качества выполняемого задания;

- *исследование пространственного восприятия* (гнозиса), в рамках которого ребенку предлагается указать на называемые психологом части тела, собрать разрезанные картинки, мозаику и т. д.; кроме того, изучаются показатели временных и количественных представлений о части суток, днях недели, временах года, способности к выполнению счетных операций; оценка результатов производится с учетом возрастных норм развития ребенка;

- *исследование мышления* предполагают ряд аналогичных описанным ниже (для детей старшего возраста), методик, адаптированных для детей младшего возраста.

Изучение нервно-психического статуса детей среднего и старшего возраста (**7 - 18 лет**) включает:

- *исследование памяти* – (тест на запоминание 10 слов (у детей среднего школьного возраста) и на запоминание 10 рисунков (у детей младшего возраста). Методика заключается в шестикратном предъявлении определенного набора слов или рисунков. Ребенком производится запоминание и последующее воспроизведение заученного. Оценка результатов пробы осуществляется по количеству правильно воспроизведенных слов или рисунков после однократного предъявления.

Состояние оперативной памяти оценивается путем определения объема кратковременной памяти (усредненное количество слов, правильно воспроизведенных после однократного предъявления), индекса воспроизведения (среднее количество ошибочно воспроизведенных слов в 6 повторениях), продуктивности запоминания (общее количество слов, воспроизведенных в 6 повторениях);

- *оценку внимания* – (методики «корректирующая проба» и «кольца Ландольта»). В первом случае обследуемому предлагается вычеркнуть 3 буквы (или картинки) любым способом на бланке с напечатанными в произвольном порядке буквами (или картинками). Результаты оцениваются на каждой минуте исследования, при этом учитываются показатели, характеризующие объем, устойчивость, переключаемость, концентрацию произвольного внимания по количеству просмотренных знаков, общему и среднему количеству ошибок. Методика «кольца Ландольта» представляет аналогичную технику проведения и оценки результатов; отличительной особенностью является использование незамкнутых колец вместо произвольно напечатанных букв;

- *исследование мышления* – (проведение адаптированных к детскому возрасту методик Айзенка и Равена):

методику «исключение слов», предполагающую способность исключения одного из предметов, изображенных на картинках, не соответствующего другим по смысловой принадлежности;

методику «найди различия», когда ребенку предлагаются две сходные картинки с указанием найти различия на них;

методику «закончи ряд», применяемую для оценки способности ребенка к логическому мышлению путем смыслового построения последовательности действий, изображенных на картинках, предлагаемых ему в произвольном порядке;

методику «сходство и различие», которая заключается в указании ребенку описать основные общие и различные качества предметов («птица – самолет», «лошадь – автомобиль» и др.).

Результаты подвергаются качественной оценке точности, продолжительности, качества обработки смысловой информации, а затем переводятся в балльную шкалу.

- *исследование пространственного восприятия*, которое заключается в предъявлении больному рисунка с изображением нескольких предметов, нанесенных друг на друга, или с изображением, предполагающим двойную интерпретацию. Оценивается возможность определения предметов, а также качество пространственного восприятия;

- *оценку интеллекта* – (тест Векслера (адаптированный вариант) для определения нарушений интеллектуальной деятельности у детей), который предполагает ряд последовательных заданий по определению цифровых, вербальных, логических закономерностей с указанием определить и отразить найденные закономерности в тестовых бланках. Результат оценивается с учетом усредненного показателя IQ в соответствии с возрастными нормами интеллектуального развития ребенка.

- *исследование эмоционально-волевой сферы и личностного статуса* предполагает клиническое обследование, психологический скрининг и определение психологической структуры личности больного. Психологический скрининг может проводиться с использованием цветового теста Люшера. Техника оценки выявляет уровень тревожности, работоспособности, эмоциональной лабильности, склонности к развитию психосоматических заболеваний.

12.2.2. Клинико-экспертные методы оценки ограничения жизнедеятельности и объективизации социальной дезадаптации ребенка

Методы оценки ограничения жизнедеятельности предусматривают изучение отклонений основных параметров повседневной жизнедеятельности ребенка от возрастных норм социального развития. Двигательная активность, уровень общения, игровой деятельности, самообслуживания, общения, ориентации, самоконтроля, готовности к труду у детей разного возраста исследуются на основании используемых на сегодняшний день параметрических шкал оценки жизнедеятельности: (карта патопсихологического обследования детей 1,5 – 6 лет; тесты Денвера, Штрассмайера, Кипхарда, Мюллера и соавт.; Международная классификация нарушений, ограничения жизнедеятельности и социальной недостаточности; финальный проект Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКНЗ – 2).

Оценка полученных результатов производится в баллах по основным критериям жизнедеятельности ребенка:

1 балл – легкое ограничение параметра жизнедеятельности, компенсируемое простыми техническими средствами, развивающими методиками, незначительным объемом помощи со стороны и не влияющее на дальнейшее развитие ребенка;

2 балла – умеренные нарушения, предполагающие периодическое участие со стороны в реализации деятельности в рамках данного параметра, применение более сложных средств компенсации, обучения и т.д., а также неясный клинико-экспертный прогноз дальнейшего развития соответствующего критерия жизнедеятельности;

3 балла – необходимость систематической помощи со стороны в осуществлении повседневной деятельности, неполную компенсацию дефекта (в том числе сложными техническими и другими видами средств), сомнительность прогноза дальнейшего развития параметра и соответствующего критерия жизнедеятельности;

4 балла – грубые нарушения параметров жизнедеятельности с выраженным неблагоприятным прогнозом дальнейшего развития и необходимостью в постоянной помощи со стороны.

Объективизация социальной дезадаптации производится путем определения мер социальной помощи ребенку с учетом современных подходов и апробированных показателей социальной недостаточности в рамках НИР «Разработать новый научно обоснованный Перечень показаний к определению инвалидности у детей (лиц до 18 лет)».

При наличии признаков социальной недостаточности определяется степень утраты ребенком здоровья (согласно действующим подходам к определению инвалидности у детей).

12.3. Подходы к определению инвалидности у детей (лиц до 18 лет) с последствиями заболеваний нервной системы в Республике Беларусь

12.3.1. Основные понятия медико-социальной экспертизы детей

- *Ребенок-инвалид* – лицо до 18 лет (17 лет 11 месяцев 29 дней включительно), имеющее значительные ограничения жизнедеятельности, возникающие вследствие врожденных, наследственных и приобретенных заболеваний и травм, приводящих к выраженным стойким нарушениям его развития и роста и ограничениям его способностей к выполнению повседневных действий, присущих возрасту;

- *Инвалидность у ребенка* – состояние стойкой социальной дезадаптации, требующей дополнительного и специфического ухода за ребенком-инвалидом в большом объеме (по сравнению со здоровыми сверстниками) вследствие ограничений его способностей к самостоятельному выполнению действий, присущих возрасту;

- *Жизнедеятельность ребенка* – повседневная деятельность, которая предполагает осуществление присущих возрасту занятий (познание, игра, обучение и др.), а также реализацию навыков и умений, обеспечивающих постепенное формирование социальной независимости индивидуума (самообслуживание, перемещение в пространстве, общение, ориентация, самоконтроль, обучение, готовность к трудовому, профессиональному обучению);

- *Социальная дезадаптация ребенка* – ограничение способностей ребенка к самообслуживанию, передвижению, ориентации, выполнению возрастной деятельности, контролю своего поведения, обучению, а также готовности к трудовому профессиональному обучению. Социальная дезадаптация обусловлена необходимостью дополнительного ухода за ребенком-инвалидом со стороны матери (или другого лица, осуществляющего уход), что в свою очередь ограничивает социальную активность (возможности выполнения профессиональной деятельности) этих лиц, а также требует проведения ими дополнительных (в том числе и особой сложности) мероприятий по уходу. Объем и сложность ухода определяет возможность посещения ребенком детского учреждения (обычного, специализированного дошкольного образовательного или социального) и выплаты социального пособия матери (или другому лицу, осуществляющему уход) в случае, когда организованность ребенка невозможна или в значительной степени ограничена в силу его заболевания;

- *Ведущая возрастная деятельность* – деятельность, определяющая основное содержание повседневной жизни ребенка в конкретный возрастной период (0-1,5 года – эмоционально-личностное общение; 1,5-3 года – предметная деятельность; 3-6 лет – игра и познавательная деятельность; 6-16 лет – обучение; трудовое (допрофессиональное) обучение; 16-18 лет – готовность к профессиональному обучению и труду);

- *Реабилитация* – система мер медицинского, психологического, физического, педагогического, социального, юридического, профессионального характера, направленных на

устранение и компенсацию последствий дефекта, а также социальную адаптацию и общественную интеграцию ребенка-инвалида;

- *Профессиональная пригодность* – совокупность психологических качеств личности и психофизиологических особенностей организма человека, предопределяющая возможность его успешной профессиональной деятельности. Формирование профессиональной пригодности у ребенка осуществляется поэтапно и целенаправленно в процессе индивидуального развития, воспитания, обучения на базе биологических задатков способностей к труду – физиологических и психофизиологических функций и качеств. Особое значение при оценке способности к трудовому, профессиональному обучению, оценке профессиональной пригодности как неотъемлемой части медико-социальной экспертизы имеют выделение и диагностика уровня развития профессионально значимых функций организма ребенка и степени их соответствия требованиям, предъявляемым профессией (профессиональная диагностика);

- *Профессионально значимые функции* – физиологические и психофизиологические функции, имеющие наибольшее профессиональное значение, с должным уровнем развития которых, связана успешность профессионального обучения и дальнейшей профессиональной деятельности;

- *Профессиональная ориентация* – система целенаправленных мероприятий (медико-профессиональных, психолого-педагогических, социально-экономических), обеспечивающая профессиональное определение с учетом состояния здоровья, индивидуальных психофизиологических и психологических особенностей личности, требований рынка труда; цель профориентации – адекватный возможностям субъекта подбор профессий;

- *Профессиональная диагностика* – система мероприятий, преследующих разные цели в разные возрастные периоды. В младшем школьном возрасте диагностика уровня развития задатков способностей к труду (в будущем – профессионально значимых функций) проводится для определения их соответствия параметрам возрастного развития, взятия под контроль процесса их формирования и, при необходимости, - коррекции в ходе выполнения индивидуальной программы реабилитации ребенка (данная часть работы, диагностика и коррекция, является общей на разных возрастных этапах). В среднем школьном возрасте, кроме указанных целей, диагностика применяется для первичной профориентации с обозначением примерного круга доступных (на момент обследования) специальностей для дальнейшего профессионального обучения; в старшем школьном возрасте – для повторной профориентации и уточнения перечня специальностей для последующего профобучения, а также рационального определения профиля профессионального обучения в школе (на межшкольных УПК и т.д.); для учащихся выпускных классов – с целью экспертизы профпригодности с подбором адекватных возможностям профессий для профессионального обучения.

12.3.2. Основные положения медико-социальной экспертизы детей

Основными экспертными критериями у детей являются:

- возможность посещения ребенком детского коллектива и возможность матери осуществлять при этом профессиональную деятельность;

- степень (объем, сложность) дополнительного ухода за ребенком по сравнению со здоровыми сверстниками;

- возможность реализации ребенком в силу состояния своего здоровья основной ведущей возрастной деятельности для успешного этапного развития навыков социальной независимости и социальной адаптации в будущем;

- влияние ограничений того или иного параметра на общее развитие ребенка (физическое, нервно-психическое, личностное, социальное);

- необходимость проведения дополнительных видов лечения и реабилитации, требующих значительных материальных затрат, не предусмотренных другими нормативными документами по льготному обеспечению детей с различными видами заболеваний медикаментозными средствами, средствами реабилитации и др.;

- прогноз динамики инвалидизирующей патологии, (в том числе с учетом возможности воздействия на её проявления и профилактики ее усугубления средствами медицинской и немедицинской коррекции, компенсации, заместительной терапии и т.д.

Первичная медико-социальная экспертиза социальной недостаточности лиц до 18 лет проводится на базе педиатрических медико-реабилитационных экспертных комиссий – МРЭК (как и освидетельствование детей в особо сложных случаях).

Повторные освидетельствования, не требующие дополнительного участия детских экспертов, проводятся в обычных первичных и региональных МРЭК с привлечением к работе медико-экспертной комиссии врача-педиатра, профильного детского специалиста (с учетом основного инвалидизирующего заболевания), других детских специалистов (врачей-дефектологов, логопедов и др.) в зависимости от наличия сопутствующих нарушений.

Причина, время наступления и степень инвалидности устанавливаются МРЭК на основании наличия дефекта здоровья (медицинских показаний), приводящего к ограничению жизнедеятельности по основным критериям (см. прил. 1). Здесь же определяется степень утраты здоровья ребенка и разрабатывается перечень необходимых мер по коррекции, развитию и компенсации имеющихся дефектов (составляется индивидуальная программа реабилитации ребенка – ИПРР).

Степень выраженности дефекта и ограничения жизнедеятельности подлежат количественной оценке. Ее унификация осуществляется через понятие "Функциональный класс" – ФК, ранжируемый по 5-бальной шкале (0-4). Интервалы между баллами оцениваются в процентах:

0-9% – минимальные (незначительные) нарушения, не вызывающие социальной недостаточности и не приводящие к инвалидности у ребенка;

10-24% – умеренные нарушения здоровья, вызывающие легкие ограничения жизнедеятельности;

25-49% – выраженные нарушения здоровья, приводящие к умеренным ограничениям жизнедеятельности;

50-74% – резко выраженные дефекты здоровья, приводящие к выраженным ограничениям жизнедеятельности;

75-100% – дефекты, вызывающие резко выраженные ограничения жизнедеятельности или свидетельствующие о полном отсутствии возможности осуществления тех или иных видов деятельности.

При оценке степени ограничения жизнедеятельности учитываются возможности компенсации дефекта, способные снизить ее выраженность.

По окончании экспертизы после вынесения экспертного решения составляется ИПРР, которая включает разделы по выполнению мер медицинского, психолого-педагогического, социально-бытового, профессионального характера. Выписка из ИПРР для реализации предложенных реабилитационных мер направляется в лечебно-профилактическое, образовательное (детское дошкольное, школа), профориентационное (центр занятости молодежи, обучающее предприятие и др.) учреждения, на базе которых возможно и необходимо выполнение ИПРР.

На руки инвалиду выдается краткий вариант программы, ориентирующий ребенка и его родителей по срокам, базе и перечню рекомендованных мер.

При очередном переосвидетельствовании к направлению на МРЭК прилагается выписка о проведении и эффективности мер реабилитации в период между освидетельствованиями, составляемая в учреждении здравоохранения, где наблюдается ребенок.

Переосвидетельствование ребенка-инвалида проводится по истечении срока инвалидности, который заканчивается первого числа месяца, следующего за тем, в котором определялась инвалидность.

Переосвидетельствование ранее указанных сроков и при установлении инвалидности до 18 лет при первичном освидетельствовании проводится:

при изменении (ухудшении) состояния здоровья и усугублении ограничения жизнедеятельности;

при выяснении дополнительных обстоятельств (противоправные действия, подложные документы и т. д.).

Инвалидность до 18 лет однократно устанавливается детям при стойких и необратимых морфологических изменениях и нарушениях функций органов и систем организма и неэффективности реабилитации, т.е. при невозможности хотя бы частично уменьшить степень выраженности имеющихся ограничений жизнедеятельности (после 4 лет наблюдения на МРЭК), при анатомических дефектах, перечисленных в главе 7 настоящей Инструкции.

12.3.3. Критерии определения степени утраты здоровья у лиц до 18 лет

Согласно современным подходам к освидетельствованию лиц до 18 лет в Республике Беларусь, при определении инвалидности им устанавливается степень утраты здоровья по следующим критериям:

1. *Основанием для признания ребенка инвалидом с I степенью утраты здоровья является наличие у освидетельствуемого сочетания легкой степени ограничений жизнедеятельности, с учетом возрастных норм развития, приводящих к социальной недостаточности, вследствие заболеваний, травм, врожденных и приобретенных дефектов. При этом имеющиеся нарушения приводят не только к дезадаптации ребенка в социальной среде, но и к задержке и неадекватности дальнейшего физического, нервно-психического, педагогического, личностного и социального развития. Такие ограничения могут носить только временный характер и компенсироваться полностью или частично в более старшем возрасте, обеспечивая социальную адаптированность к 18 годам. Легкие ограничения жизнедеятельности возникают при заболеваниях (дефектах) основных органов и систем (висцеральные системы, нервная система и органы чувств, опорно-двигательная система, психическая сфера).*

2. *Основанием для признания ребенка инвалидом II степени утраты здоровья является наличие нарушений здоровья, приводящих к ограничениям умеренной степени по одному или нескольким возрастным критериям жизнедеятельности, имеющим экспертную значимость в данном возрасте. Учитывая тот факт, что ограничение критериев жизнедеятельности в этой градации достигает уровня, когда ребенок нуждается в индивидуальном подходе к процессу воспитания, обучения, трудового, профессионального обучения в обычных условиях (или при посещении специализированных групп или классов), II степень утраты здоровья предполагает возможность оформления пособия по уходу лицам, осуществляющим уход за ребенком.*

3. *Основанием для признания ребенка инвалидом III степени утраты здоровья являются выраженные нарушения жизнедеятельности, с учетом возрастных норм развития, требующие создания специальных условий в процессе воспитания, обучения, трудового, профессионального обучения, повседневной деятельности ребенка, предполагающих постоянную помощь со стороны или осуществление полного объема мероприятий, необходимых для обеспечения его жизнедеятельности. Определяется возможность оформления социального пособия по уходу за ребенком-инвалидом.*

4. *Основанием для признания ребенка инвалидом IV степени утраты здоровья являются резкие нарушения жизнедеятельности ребенка, приводящие к его полной и постоянной зависимости от лица, осуществляющего за ним уход.*

12.3.4. Сроки установления инвалидности в детском возрасте

1. Определение инвалидности детям до 1,5 лет производится по медицинским показаниям с учетом выраженности дефекта, объема и особенностей дополнительного ухода за ребенком и проведения лечебно-восстановительных мероприятий.

2. В случае отсутствия выраженных анатомических дефектов и заболеваний с однозначно неблагоприятным клинико-социальным прогнозом, инвалидность ребенку устанавливается на короткие сроки (1-2 года). При этом сохраняются условия динамичного подхода к срокам освидетельствования в случае отсутствия положительных результатов реабилитации в период между освидетельствованиями (после 2-4-летнего наблюдения в МРЭЖ), а также в случае ухудшения состояния здоровья ребенка, которое может привести к внесрочному переосвидетельствованию.

3. Однократно до 18 лет определяется инвалидность в случае выраженных анатомических дефектов и заболеваний с определенно неблагоприятным прогнозом дальнейшего роста и развития ребенка.

ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ КРИТЕРИЕВ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ДЕТЕЙ

Критерий	Возраст				
	До 5 лет	1,5 –3 года	3-6 лет	6-12 лет	12-18 лет
ПЕРЕДВИЖЕНИЕ	Развитие способности к самостоятельному передвижению в пределах дома (квартиры), игровой площадки, помещения группы ДДУ; произвольное изменение положения тела, перешагивание через препятствия приставным шагом	Свободное передвижение, перешагивание через доступные препятствия обычным способом, способность бегать, совершать сложные движения; самостоятельные передвижения в пределах дома (квартиры), во дворе, на более или менее длительные расстояния в городе, на прогулках (в парке, лесу и т.д.) в сопровождении взрослых. Свободное поддержание и изменение позы тела. Разнообразная манипулятивная деятельность	Окончательное формирование способности к самостоятельному перемещению на более или менее длительные расстояния вне дома в сопровождении взрослых, по территории ДДУ (внутри и вне помещения); способность пользования общественным транспортом при помощи взрослого. Дальнейшее развитие мелкой моторики. Способность поддержания позы тела	Формирование свободного передвижения в пределах знакомых улиц города с постепенным использованием общественного транспорта, вспомогательных и других средств передвижения (велосипед и т.д.).	Окончательное формирование способности перемещения в пространстве. Дальнейшее развитие дифференцированности и точности движений.
САМООБСЛУЖИВАНИЕ	Формирование контроля за отпращиванием физиологических потребностей, появление первичных навыков самостоятельного приема пищи, одевания	Развитие и совершенствование способностей к самостоятельному приему пищи, одеванию, контролю физиологических потребностей (к трем годам формируется окончательно). Формирование и развитие навыков личной гигиены. Появление навыков уборки помещения, ухода за своими вещами и т.д.	Окончательное формирование навыков питания, одевания. Продолжение совершенствования навыков личной гигиены. Дальнейшее развитие навыков уборки, ухода за своими вещами и т.д.	Окончательное формирование навыков личной гигиены, ухода за своими вещами. Дальнейшее развитие второстепенных навыков самообслуживания (уборка помещения, стирка личных вещей, приготовление элементарных блюд). Развитие навыков обслуживающего труда	Окончательное формирование основных и второстепенных навыков самообслуживания

ОБЩЕНИЕ	<p>Развитие зрительных, слуховых, двигательных, речевых реакций и компонентов, направленных на формирование способности к общению. К первому году – формирование навыка активной речи с использованием одно- и двусложных слов. Формирование обобщений</p>	<p>Понимание сути разговора. Формирование многосложной речи и придаточных предложений (окончательно – к трем годам). Активная потребность в общении со сверстниками. Формирование способности к сюжетным играм</p>	<p>Дальнейшее развитие функции речи и когнитивной сферы. Окончательное формирование способности к установлению и поддержанию более или менее длительных контактов со сверстниками и взрослыми в семье, детском учреждении, в обществе знакомых и незнакомых и т.д.</p>	<p>Окончательное формирование функций, участвующих в реализации способности к общению в соответствии с возрастными особенностями психологической сферы ребенка. Общение в коллективе сверстников в школе, кружках детского творчества. Разноуровневое ролевое общение (продавец – покупатель, ученик – учитель и т. д.)</p>	<p>Формирование более сложных коммуникативных связей и способностей к общению в соответствии с уровнем социальной зрелости личности</p>
ОБУЧЕНИЕ	<p>Развитие оперантно-обусловленного обучения, адекватная реакция на запреты, обучение игровым и наблюдательным действиям</p>	<p>Способность обучаться бытовым обслуживающим навыкам, воспитательно-педагогическое обучение по методическим программам для детей младшего дошкольного возраста</p>	<p>Дальнейшее развитие обучения более сложным бытовым, самообслуживающим, игровым действиям. Появление способности усвоения обучающего материала в ДДУ</p>	<p>Способность к усвоению школьной программы в обычных условиях или при условии полной компенсации незначительного дефекта простыми средствами</p>	<p>Способность к обучению в школе по общеобразовательной программе, а также возможность дальнейшего обучения в профессионально-технических, средних специальных, высших учебных заведениях и на рабочем месте навыкам профессиональной деятельности</p>

<p>КОНТРОЛЬ СВОЕГО ПОВЕДЕНИЯ</p>	<p>Формирование элементарных навыков контроля за отпращиванием физиологических потребностей, адекватной реакции на замечания со стороны взрослых. Окончательное формирование к полутора годам самоконтроля в привычных ежедневных ситуациях (прием пищи, общение с родными и т.д.)</p>	<p>Формирование адекватного поведения в различных ситуациях (дома, в гостях, общественных местах и т.д.). Адекватное реагирование на замечания взрослых</p>	<p>Сформированность контроля своего поведения в различных ситуациях. Адекватная реакция на замечания со стороны взрослых</p>	<p>Окончательное формирование ситуативного поведения</p>	
<p>ИГРОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ</p>	<p>Элементарные игровые приемы на уровне эмоциональной реакции. Способность к усвоению отдельных игровых действий, разученных с взрослым</p>	<p>Формирование окончательной способности к сюжетной игре. Развитие способностей к осуществлению творческой, познавательной и интеллектуальной игровой деятельности</p>	<p>Способность к сложной сюжетной игровой деятельности. Окончательное формирование игровой деятельности в рамках познавательных, творческих, интеллектуальных игр. Развитие способностей в спортивных играх и в играх с элементами физической активности</p>	<p>Осуществление сложной игровой деятельности (сюжетной, физической, познавательной, творческой, интеллектуальной и т.д.). Способность к осуществлению сложной творческой, познавательной игры, компьютерных игр</p>	<p>Формирование целенаправленности и профилирования интересов и досуга (посещение кружков детского творчества, спортивных секций и т.д.). Сложные интеллектуальные игры</p>

ОРИЕНТАЦИЯ	<p>Развитие ориентировочных реакций. Формирование зрительно-пространственного восприятия. Исход: ориентация в форме, местонахождении и назначении предмета</p>	<p>Дальнейшее развитие зрительно-пространственной ориентации. Формирование ориентации во времени</p>	<p>Дальнейшее формирование (окончательная способность – к шести годам) ориентации во времени и знакомой обстановке (дом, дорога в ДДУ, ближайший магазин)</p>	<p>Окончательное формирование ориентации во времени и знакомом пространстве. Развитие навыков ориентации в незнакомых, отдаленных от дома местах, видах транспорта и возможности их использования для достижения необходимых мест. Формирование ориентации в социальной среде</p>	<p>Окончательное развитие навыков ориентации (в том числе в социальной среде)</p>
САМООБСЛУЖИВАНИЕ	<p>Формирование контроля за отправлением физиологических потребностей, появление первичных навыков самостоятельного приема пищи, одевания</p>	<p>Развитие и совершенствование способностей к самостоятельному приему пищи, одеванию, контролю физиологических потребностей (к трем годам формируется окончательно). Формирование и развитие навыков личной гигиены. Появление навыков уборки помещения, ухода за своими вещами и т.д.</p>	<p>Окончательное формирование навыков питания, одевания. Продолжение совершенствования навыков личной гигиены. Дальнейшее развитие навыков уборки, ухода за своими вещами и т.д.</p>	<p>Окончательное формирование навыков личной гигиены, ухода за своими вещами. Дальнейшее развитие второстепенных навыков самообслуживания (уборка помещения, стирка личных вещей, приготовление элементарных блюд). Развитие навыков обслуживающего труда</p>	<p>Окончательное формирование основных и второстепенных навыков самообслуживания</p>

ОБЩЕНИЕ	Развитие зрительных, слуховых, двигательных, речевых реакций и компонентов, направленных на формирование способности к общению. К первому году – формирование навыка активной речи с использованием одно- и двусложных слов. Формирование обобщений	Понимание сути разговора. Формирование многосложной речи и придаточных предложений (окончательно – к трем годам). Активная потребность в общении со сверстниками. Формирование способности к сюжетным играм	Дальнейшее развитие функции речи и когнитивной сферы. Окончательное формирование способности к установлению и поддержанию более или менее длительных контактов со сверстниками и взрослыми в семье, детском учреждении, в обществе знакомых и незнакомых и т.д.	Окончательное формирование функций, участвующих в реализации способности к общению в соответствии с возрастными особенностями психологической сферы ребенка. Общение в коллективе сверстников в школе, кружках детского творчества. Разноуровневое ролевое общение (продавец – покупатель, ученик – учитель и т. д.)	Формирование более сложных коммуникативных связей и способностей к общению в соответствии с уровнем социальной зрелости личности
ОБУЧЕНИЕ	Развитие оперантно-обусловленного обучения, адекватная реакция на запреты, обучение игровым и наблюдательным действиям	Способность обучаться бытовым обслуживающим навыкам, воспитательно-педагогическое обучение по методическим программам для детей младшего дошкольного возраста	Дальнейшее развитие обучения более сложным бытовым, самообслуживающим, игровым действиям. Появление способности усвоения обучающего материала в ДДУ	Способность к усвоению школьной программы в обычных условиях или при условии полной компенсации незначительного дефекта простыми средствами	Способность к обучению в школе по общеобразовательной программе, а также возможность дальнейшего обучения в профессионально-технических, средних специальных, высших учебных заведениях и на рабочем месте навыкам профессиональной деятельности
КОНТРОЛЬ СВОЕГО ПОВЕДЕНИЯ	Формирование элементарных навыков контроля за отправлением физиологических потребностей, адекватной реакции на замечания со стороны взрослых. Окончательное формирование к полутора годам самоконтроля в привычных ежедневных ситуациях (прием пищи, общение с родными и т.д.)	Формирование адекватного поведения в различных ситуациях (дома, в гостях, общественных местах и т.д.). Адекватное реагирование на замечания взрослых	Сформированность контроля своего поведения в различных ситуациях. Адекватная реакция на замечания со стороны взрослых	Окончательное формирование ситуативного поведения	

ИГРОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ	<p>Элементарные игровые приемы на уровне эмоциональной реакции. Способность к усвоению отдельных игровых действий, разученных с взрослым</p>	<p>Формирование окончательной способности к сюжетной игре. Развитие способностей к осуществлению творческой, познавательной и интеллектуальной игровой деятельности</p>	<p>Способность к сложной сюжетной игровой деятельности. Окончательное формирование игровой деятельности в рамках познавательных, творческих, интеллектуальных игр. Развитие способностей в спортивных играх и в играх с элементами физической активности</p>	<p>Осуществление сложной игровой деятельности (сюжетной, физической, познавательной, творческой, интеллектуальной и т.д.). Способность к осуществлению сложной творческой, познавательной игры, компьютерных игр</p>	<p>Формирование целенаправленности и профилирования интересов и досуга (посещение кружков детского творчества, спортивных секций и т.д.). Сложные интеллектуальные игры</p>
ОРИЕНТАЦИЯ	<p>Развитие ориентировочных реакций. Формирование зрительно-пространственного восприятия. Исход: ориентация в форме, местонахождении и назначении предмета</p>	<p>Дальнейшее развитие зрительно-пространственной ориентации. Формирование ориентации во времени</p>	<p>Дальнейшее формирование (окончательная способность – к шести годам) ориентации во времени и знакомой обстановке (дом, дорога в ДДУ, ближайший магазин)</p>	<p>Окончательное формирование ориентации во времени и знакомом пространстве. Развитие навыков ориентации в незнакомых, отдаленных от дома местах, видах транспорта и возможности их использования для достижения необходимых мест. Формирование ориентации в социальной среде</p>	<p>Окончательное развитие навыков ориентации (в том числе в социальной среде)</p>

Структурная схема составляющих критериев жизнедеятельности у детей

Критерий жизнедеятельности	Составляющие				
Двигательная активность	Изменение и поддержание позы тела	Перемещение тела (другими, исключая ходьбу, способами)	Манипулятивная деятельность	Ходьба и передвижение	Передвижение с использованием транспорта
Самообслуживание	Выполнение элементарных навыков (отправление физиологических потребностей, прием пищи)	Выполнение гигиенических процедур (уход за кожей, волосами, телом и т. д.)	Одевание в полном объеме, раздевание, уход за одеждой	Выполнение усложненных навыков (приготовление пищи, уборка жилья, осуществление покупок)	Выполнение сложных навыков (пользование электроприборами, забота о домашнем имуществе, помощь другим)
Общение	Восприятие сообщений (на вербальном и невербальном уровнях)	Составление и изложение сообщений в вербальной и невербальной формах	Анализ и переработка поступающей и воспроизводимой в процессе общения информации	Способность к поддержанию межличностных взаимодействий и отношений	Разговор и общение с использованием средств связи и техники общения
Обучение	Целенаправленное использование органов чувств	Способность овладения базисными навыками при обучении	Приобретение практических навыков	Применение знаний	Выполнение общих задач и требований
Ориентация	Способность к зрительному, слуховому, сенсорному восприятию	Ориентация во времени, пространстве, собственной личности	Территориальная ориентация	Ориентация в свойствах предметов	Ориентация с использованием спецсредств и техники
Игра и познавательная деятельность	Физическая способность к осуществлению игровых действий	Подражательная способность к воспроизведению игровых действий	Способность к аналитической деятельности в сюжетной игре	Способности к индивидуальной и групповой сюжетно-ролевой игре	Способность к познавательной деятельности
Самоконтроль	Способность к элементарному самоконтролю (контроль физиологических потребностей)	Адекватность социально обусловленного поведения	Способность к концентрации внимания	Способность к эмоциональной стабильности (контроль собственных эмоций)	Способность к принятию волевых решений, самообладанию и социальной адекватности поведения
Готовность к труду	Наличие социально адекватных профессиональных установок, склонностей и намерений	Физиологическая способность к выполнению профессиональной деятельности или профессиональному обучению	Личностная (психологическая) способность к выполнению трудовых обязанностей	Физическая способность к профессиональному обучению и труду	Интеллектуально-мнестическая способность к трудовому обучению и профессиональной деятельности

ГЛАВА XIII

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ

Одной из важнейших медико-социальных проблем современного общества является реабилитация больных и инвалидов, т.е. система государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной и стойкой утрате трудоспособности, эффективное и ранее возвращение больных и инвалидов, детей и взрослых в общество и к общественно-полезному труду.

Исходя из этого конечной целью реабилитации является повышение качества жизни больных и инвалидов, их социальная интеграция в общество, в семью, в трудовой коллектив, а стратегической задачей реабилитации должна являться социальная интеграция реабилитанта и обеспечение ему приемлемого **качества жизни**, т.е. достижение удовлетворенности человека своим физическим состоянием, психическим состоянием и социальным статусом.

Внимание к вопросам реабилитации обусловлено нарастанием количества инвалидов, растущими расходами на социальную помощь при довольно низком проценте реабилитируемых, а правильно организованная реабилитация как мера социальной защиты человека, является одновременно и методом цивилизованного решения экономических проблем человека и государства.

В силу своей медико-социальной важности проблема реабилитации нашла отражение в соответствующих документах форумах ООН, законодательных актах ряда государств, материалах конференций, симпозиумов и других изданиях. Однако, следует отметить, что, несмотря на выработку общих, концептуальных подходов к проблеме реабилитации до настоящего времени нет четких и общепризнанных положений, касающихся всех сторон данной проблемы. Тем не менее, в Республике Беларусь, как и в других странах в последние годы разработка системы реабилитации нашла свое дальнейшее развитие. Наша республика является первой и единственной из стран бывшего СССР, которая приняла на государственном уровне два Закона, касающихся проблем сохранения здоровья, реабилитации больных и инвалидов. Это «Закон и социальной защите инвалидов в Республике Беларусь» (1999 г.) и Закон «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» (1994 г.). И если первый Закон касается сугубо защиты прав и предоставления льгот инвалидам, то второй Закон направлен на предупреждение инвалидности, сохранение остаточного здоровья путем реабилитации, на интеграцию инвалидов в общество путем реализации индивидуальной программы реабилитации (ИПР).

13.1. Определение понятий

Реабилитация – сложный, многофакторный процесс, включающий в себя различные аспекты, объединить которые одной формулировкой крайне сложно. П.А. Маккавейский, анализируя понятие «реабилитация» ссылается на 60 формулировок, что свидетельствует о разном понимании этого понятия и отсутствии определения, которое было бы общепризнанным и удовлетворяло бы всех, кто занимается данной проблемой. Тем более что в каждом конкретном случае перед реабилитологами стоят конкретные задачи, направленные на максимальную интеграцию больного в общество. Эти задачи могут включать как чисто медицинские аспекты, так и необходимость в проведении экспертизы профессиональной пригодности, подбора профессии, рационального трудоустройства, оказания помощи службы занятости, оказания социальных услуг, предоставления различных технических средств реабилитации. Поэтому в Законе «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» и приводится определение основных понятий реабилитации.

Реабилитация – процесс, имеющий целью помочь инвалидам, достигнуть оптимального физического, интеллектуального, психического и социального уровня деятельности и поддерживать его, предоставив им тем самым средства для изменения их жизни и расширения рамок их независимости.

Медицинская реабилитация – процесс, направленный на восстановление и компенсацию медицинскими и другими методами функциональных возможностей организма человека, нарушенных вследствие врожденного дефекта, перенесенных болезней или травм.

Медико-профессиональная реабилитация – процесс восстановления трудоспособности, сочетающий медицинскую реабилитацию с определением и тренировкой профессионально значимых функций, подбором профессий и адаптацией к ней.

Профессиональная реабилитация – система мер, обеспечивающих инвалиду возможность получить подходящую работу или сохранить прежнюю и продвигаться по службе (работе), способствуя тем самым его социальной интеграции или реинтеграции.

Социальная реабилитация – система мероприятий, обеспечивающих улучшение уровня жизни инвалидов, создание им равных возможностей для полного участия в жизни общества.

Реабилитация проводится как в периоде временной, нетрудоспособности так и после установления инвалидности, ниже приводятся определения временной и стойкой нетрудоспособности, понятия «инвалидность», «реабилитация инвалидов».

Определение **нетрудоспособности (временной)**, **нетрудоспособности (стойкой)**, **инвалидности** – представлены в главе IV.

Реабилитация инвалидов – процесс и система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма. Целью реабилитации являются восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация.

Безусловно, при проведении реабилитационных мероприятий необходимо учитывать и возраст больного и основной клинический диагноз с последствиями заболевания, которые приводят к ограничениям жизнедеятельности, и профессию больного, и его место жительства, возможность восстановления его здоровья, профессионального и социального статуса. Поэтому, при проведении реабилитации должна реализовываться одна из нижеперечисленных целей:

Воздействие на среду обитания. Это, безусловно, не столько медицинская, сколько социальная цель реабилитации. Она должна развиваться за счет комплекса мер экономического, юридического характера на государственном уровне.

В конечном итоге **цель реабилитации как государственной задачи** заключается не только в достижении выздоровления индивидуума, но также и в том, чтобы помочь ему развить профессиональные способности в соответствии со спецификой заболевания или дефекта, обеспечить его необходимыми вспомогательными средствами и приспособлениями и в конечном итоге реинтегрировать реабилитанта в общество.

Многие реабилитанты с временно сниженной трудоспособностью могут по состоянию здоровья оставаться на прежнем рабочем месте с ограничением времени работы и нормы выработки. За счет этого можно снизить число нетрудоспособных, усилить чувство радости труда, избежать рецидивов болезни и исключения из трудового процесса. Комплекс реабилитационных мероприятий не заканчивается формальным восстановлением функции пострадавшего органа или снижением тяжести имеющихся ограничений жизнедеятельности. Он включает в себя также адаптацию, приобщение к общественно полезному труду и максимальное снижение социальной недостаточности.

13.2. Основные принципы реабилитации

Для успешного проведения реабилитационных мероприятий и достижения поставленных конкретных целей в каждом конкретном случае необходимо соблюдение **основных принципов реабилитации:**

1. Возможно ранее начало проведения реабилитационных мероприятий, которые органически включаются в терапию и должны ее дополнить и обогатить. Если человеку угрожает инвалидность, эти мероприятия являются профилактикой, если инвалидность развивается, они становятся первым этапом борьбы с ней; Принцип возможно раннего начала МР касается как больных с острыми, так и хроническими заболеваниями. В первом случае МР должна начинаться

вместе с началом лечебных мероприятий. Некоторые исследователи (В.З.Кучеренко, 1987) считают целесообразным ее проведение с момента ликвидации угрозы жизни, но пассивные методы реабилитации могут и должны назначаться еще в реанимационном периоде и продолжаться на фоне интенсивного лечения острого заболевания. При хронических заболеваниях раннее начало возможно при условии своевременной диагностики, желательнее еще до развития функционального дефекта или при незначительной его выраженности. Экспертизы ВОЗ рассматривают воздействия на таких больных в рамках профилактики инвалидности, которую они отграничивают от реабилитации. В отечественной медицине превалирует тенденция рассматривать мероприятия по профилактике инвалидности в рамках МР. В.З. Кучеренко, (1987), подчеркивает, что объектом МР должны являться лица с возможными последствиями болезни, а не только с уже сформировавшимися. Мы также относим больных с начальными проявлениями инвалидизирующих заболеваний и даже с потенциальной угрозой их развития к реабилитационному контингенту.

2. Непрерывность реабилитации, являющаяся краеугольным камнем эффективности, так как только за счет непрерывности проведения реабилитационных мероприятий достигаются уменьшение инвалидности и связанных с ней затрат на длительное материальное обеспечение, постепенное излечение и возвращение инвалида к трудовой деятельности. Как указывает С.Н. Зорина (1970) «Очень важным является положение о непрерывности реабилитации: медицинская реабилитация должна начинаться в процессе лечения, профессиональная реабилитация должна начинаться сразу же по окончании медицинской; работать человек должен начать сразу же по окончании курса профессиональной реабилитации. В противном случае, больной привыкает к пенсии, страдает его психика, и практика показывает, что привлечь его к реабилитации в поздние сроки после лечения очень трудно».

Этапность МР подразумевает создание реабилитационных подразделений на всех этапах организации медицинской помощи населению: стационарном, амбулаторном, санаторном. В настоящее время очевидна необходимость выделения и домашнего этапа реабилитации. Этапность МР обеспечивает ее непрерывность в разные фазы болезни, но требует развития четкой преемственности между этапами.

3. Принцип комплексности МР подразумевает максимально широкое использование разных методов медицинского и другого характера. Принцип комплексности получил воплощение в практике МР, которая в целях достижения максимально возможного результата использует разные методы, традиционные и нетрадиционные, медицинские и другие, начиная от самых инновационных медицинских технологий реконструктивной хирургии, включая современные технические средства и устройства компенсации нарушенных функций и способностей и кончая признанными методами народной медицины и целительства. Таким образом, комплексный характер реабилитационных мероприятий проявляется и в том, что в реабилитации инвалидов и больных с повреждениями должны принимать участие не только медики, но и другие специалисты: социологи, психологи, педагоги, представители органов социального обеспечения, представители профсоюза, юристы и т.д.;

4. Индивидуальность реабилитационных мероприятий. То есть в каждом конкретном случае должны учитываться особенности реабилитанта в медицинском, профессиональном, социальном, бытовом плане и в зависимости от этого должна составляться индивидуальная программа реабилитации. Ведь как различен по течению процесс болезни у разных людей, как неповторимы характеры людей в различных условиях их жизни и работы, так и реабилитационные программы для каждого больного или инвалида должны быть строго индивидуальны. Этот принцип получил реализацию в составлении индивидуальной программы реабилитации больного и инвалида, которая ориентирована на конкретную личность с учетом особенностей болезни и ее последствий, индивидуальной реакции на болезнь среды обитания. ИПР больного составляет лечащий врач или реабилитолог отделения МР, если таковой имеется.

5. Последовательность. Реализация индивидуальной программы реабилитации должна осуществляться в строгой последовательности процедур и мероприятий, что должно способствовать максимальной ликвидации инвалидизирующих последствий и дальнейшей интеграции реабилитанта в общество.

6. Преемственность. Для успешного проведения реабилитации и достижения запланированного результата должна соблюдаться преемственность как в отдельных этапах

медицинской реабилитации (стационарный, амбулаторный, домашний, санаторный), так и во всех аспектах единого реабилитационного процесса (медицинская, медико-профессиональная, профессиональная, социальная реабилитация).

7. Осуществление реабилитации в коллективе больных. Примером такого коллектива может служить организация общества слепых, которое проводит трудотерапию, профессиональную подготовку, адаптацию протезов, лечение спортом и т.д.

Проведение реабилитации в однородных группах касается некоторых методов МР (ЛФК, психотерапия, музыкально-культуротерапия, образовательные программы). Групповой метод обеспечивает общение больных с одинаковыми заболеваниями, желательно в разных фазах МР, когда успех и достижения одних больных оказывают положительное психологическое воздействие на начинающих реабилитантов. Кроме того, групповой метод обеспечивает экономию расходуемых средств при сохранении эффективности метода и оптимальное соотношение показателя «эффективность-экономичность».

8. Возврат инвалида или больного с повреждениями к активному общественно полезному труду. Если обеспечена рациональная организация труда при предоставлении работы соответственно функциональным возможностям инвалида, то она, во-первых, является логическим завершением реабилитации (возврат к труду), во-вторых, она обозначает непредоставление работы в более легких условиях, а более быстрый возврат к прежней работе путем создания соответствующих рабочих мест, в-третьих, она предполагает в большинстве случаев полное самообеспечение инвалида и его материальную независимость.

Для успешного решения задач, поставленных перед специалистами по реализации конкретных реабилитационных направлений нужно тесное взаимодействие научных структур и практического звена, медицинских работников и специалистов других министерств и ведомств, т.е. должна на высоком уровне осуществляться научная проработка. Применительно к решению вышеизложенных задач можно сказать, что реабилитология – это наука, которая изучает закономерности, методы и средства восстановления морфологических структур и функциональных возможностей человека, утраченных им в результате того или иного заболевания травмы или врожденных дефектов в формировании и развитии организма, а также связанные с этим восстановлением социальные последствия.

Следует подчеркнуть, что единицей наблюдения в медико-социальной реабилитологии является человек с различными психофизическими нарушениями в среде своей жизни и деятельности, в семье, за ее пределами, на производстве, учебе, отдыхе – в том или ином социальном окружении. Поскольку имеющиеся заболевания, нарушения морфологических структур и функциональные отклонения приводят к социальной дезадаптации, основная задача медико-социальной реабилитологии – обеспечить данному человеку (больному, инвалиду) состояние психофизического и социального благополучия.

Реабилитация понимается как динамическая система взаимосвязанных медицинских, психологических и социальных компонентов (в виде тех или иных воздействий и мероприятий), направленная не только на восстановление и сохранение здоровья, но и на возможно более полное восстановление (сохранение) личности и социального статуса больного или инвалида. Заболевание (инвалидность) изменяет социальное положение больного и выдвигает перед ним новые проблемы (приспособление к дефекту, изменение профессии и др.). Эти проблемы сопряжены со значительными трудностями для больного. Содействие в их преодолении является одной из важных задач реабилитационной медицины, и их реализация требует активного участия, как медицинских работников, психологов, так и органов социального обеспечения и других государственных служб.

Учитывая многоплановость решения задач в процессе реабилитации, в настоящее время принято выделять шесть основных реабилитационных аспектов, которые помогают в полной мере реализовать поставленные перед реабилитологами аспекты:

- **психологический** (включает вопросы указания процессов психологической адаптации к сложившейся жизненной ситуации и включает в себя психодиагностику, психокоррекцию и лечение патологических психических состояний);
- **медицинский** (включает вопросы лечебного, лечебно-диагностического и профилактического плана и в основном направлен на оказание медикаментозной помощи);

- **физический** (включает вопросы, относящиеся к применению физических факторов в реабилитации: лечебная физкультура, механотерапия, трудотерапия, эрготерапия, физиотерапия, физические методы исследования – ЭКГ, РЭГ, ЭЭР и др.);
- **профессиональный** (включает вопросы восстановления трудоспособности, проведение экспертизы трудоспособности, подбор новой профессии и адаптацию к ней, дальнейшую профилактику возможного снижения трудоспособности);
- **социальный** (включает вопросы влияния различных социальных факторов на развитие и последующее течение болезни, решения вопросов социального обеспечения, а также решение вопросов «больной – общество», «больной – семья», «больной – производство»);
- **экономический** (включает изучение затрат на проведенную реабилитацию и подсчет экономического эффекта).

Успешная реализация вышеперечисленных аспектов позволяет рассчитывать на преодоление межведомственных барьеров на пути решения реабилитационных задач и соблюдения основных принципов реабилитации: раннего начала, преемственности, комплексности, индивидуализации, непрерывности. Это в свою очередь подразумевает тесную взаимосвязь между отдельными этапами реабилитации: медицинским, медико-профессиональным, профессиональным и социальным.

ГЛАВА XIV

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Медицинская реабилитация (МР) – важный аспект многогранного единого процесса реабилитации. Она стоит у истоков реабилитации, которая начинается с применения медицинских мероприятий. От их успешности зависят возможности реализации других аспектов реабилитации. МР не прекращается с началом проведения социальных и/или профессиональных мероприятий, поскольку медицинская поддержка сопутствует применению этих мер, повышает их эффективность и способствует закреплению и поддержанию достигнутого результата. Особенно это относится к хроническим заболеваниям, при которых МР проводится длительно или постоянно.

Роль и значение МР усилились на современном этапе развития реабилитации. Первоначально мероприятия МР включались в процесс лечения больного, они были единичными, разрозненными главным образом использовались физические методы (физиотерапия, ЛФК, протезирование). Реабилитация концептуально и организационно была разделена с лечением. Она начиналась тогда, когда лечение заканчивалось и наступал момент решения проблем социальных, таких как обучение, приобретение профессии, трудоустройство инвалидов, улучшение возможностей передвижения (протезирование, технические средства), материальная помощь и др.

Разделение лечения и реабилитации было возможным, пока в структуре инвалидности преобладали острые заболевания, травмы, анатомические дефекты, при которых лечение было процессом, ограниченным определенным отрезком времени. Способствовало этому и отсутствие единой стройной концепции реабилитации.

Во II половине XX века МР прошла сложный и тернистый путь эволюции от медицинской поддержки социальных и бытовых мероприятий до самостоятельного направления медицины наравне с профилактической и лечебным делом. На современном этапе МР получила официальное признание, отражением которого является создание службы МР в лечебно-профилактических учреждениях (отделения МР) и органах здравоохранения, выделение специальности «реабилитолог», реорганизация БНИИЭТИНа в НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации, организация кафедр МР в БелМАПО и медицинских университетах и др. Несмотря на это, на пути своего становления и развития МР вызывала и вызывает споры и дискуссии, неоднозначное понимание имеет место практически по всем вопросам концептуальным, терминологическим, методологическим и др.

Первоначально МР рассматривалась как этап, завершающий лечение. Отражением этих взглядов явился термин – долечивание, который рассматривается как синоним МР. В 60-е годы XX века в номенклатуре медицинских подразделений фигурировали отделения долечивания (Д.М. Роговой, 1982), зачастую отождествлявшиеся с отделениями для выздоравливающих.

Более адекватным и общепризнанным синонимом МР является термин «восстановительное лечение» (Э.А. Вальчук, 1982). В 1988 г. в СССР функционировали 40 больниц восстановительного лечения и 1098 одноименных отделений (С.А. Леонов и Т.А. Алферова, 1990).

Восстановительное лечение базировалось на идеях физической медицины и предусматривало широкое использование физических методов. В период, когда Всесоюзный институт физиотерапии был головным учреждением в СССР по проблеме реабилитации, значимость физических методов, особенно аппаратной физиотерапии была необоснованно гипертрофированна в плоть до попытки выделить ее из МР в самостоятельный вид реабилитации, тогда как социальные цели МР не рассматривались. Ни в коей мере не оспаривая роль физических методов в восстановительном лечении, следует отметить, что комплекс восстановительных мероприятий несравненно шире только физических методов.

Существует также взгляд на МР как на «тотальное лечение», так как в процессе МР используется широкий спектр различных методов. Это положение отражает принцип «комплексности» МР. Однако, главной особенностью МР является «новый подход к больному человеку», суть которого состоит в рассмотрении болезни человека и ее последствий во взаимодействии с социальной средой (М.М. Кабанов, 1980 г.). Болезнь не только нарушает отдельные функции организма, но и изменяет в сторону ущемления положение больного и особенно инвалида в семье и обществе. В силу социальной природы человека большое значение приобретает его личность и ее связи с социальной средой, поскольку личность «есть система отношений человека с окружающей средой». Стержнем всех реабилитационных воздействий

является «апелляция к личности» (М.М. Кабанов, 1980 г.), а задачей не только восстановление физиологических, но и социальных функций и психологического статуса. Эта цель пронизывает весь процесс Р на разных его этапах. В периоде МР – это соучастие в ней, выработка мотивации на реабилитацию и активную жизнедеятельность, вера в успех, понимание необходимости длительных усилий для его достижения, в последующем – это изменение отношения больного к себе, своей болезни и положению в обществе, приспособление новым реалиям в рамках болезни. В решении этой задачи МР опирается на личность больного и ее потенциальные возможности.

Медицинская реабилитация охватывает процесс восстановления функций, приводящих к нарушениям, ограничениям жизнедеятельности и социальной недостаточности. Следовательно, речь идет о процессе, который должен начинаться еще в начале болезни, поскольку к этому моменту уже предусматривается излечение больного, ликвидация ограничений жизнедеятельности, вызванных болезнью, травмой или дефектом. При этом предусматривается все более выраженное активное вовлечение больного в процесс реабилитации. То есть, медицинская реабилитация – цепь усилий не только врачей и медицинского персонала, но и многих других заинтересованных лиц, таких, как педагоги, психологи, профконсультанты, юристы и др. и, особенно, самого больного, активное участие которого становится принципом лечения.

В то же время в современной медицине сроки начала реабилитации оцениваются далеко не однозначно. Ведь соблюдение одного из основных принципов реабилитации «раннее начало» не должно подменять собой лечение больного. Ведь как указывает Э.А.Вальчук (1995 г.) «не всякое лечение в остром периоде, приводящее к восстановлению функций, может быть отнесено к реабилитации, так как в противном случае придется вообще отказаться от термина «лечение». Поэтому медицинская реабилитация, безусловно, должна начинаться как можно раньше, а основой ее проведения должны быть те нарушения жизнедеятельности, которые уже возникли у больного и которые привели или могут привести к социальной недостаточности различной степени выраженности.

Как уже указывалось при проведении медицинской реабилитации активно используются методы физиотерапии, трудотерапии, спортивной терапии, психотерапии. Медицинская реабилитация как процесс и как цель плавно переходит в социальную и профессиональную, проявляясь как один из аспектов единого реабилитационного процесса. Ведь хронически больной страдает не только от первичного повреждения, но также и от торможения его физической и психической функциональной способности и сниженной социальной компетенции, например вследствие изоляции, бездеятельности и профессиональной неспособности.

Применение форм активизирующей терапии должно быть существенным компонентом общего медицинского лечения во всех областях. Центры реабилитации, клиники, отделения или другие учреждения несут первичную ответственность за физическую тренировку, за подготовку к трудовой деятельности и ориентацию на нее, за создание возможностей приспособиться к обществу. В этих учреждениях необходимо сосредотачивать специальную реабилитационную деятельность на основе технических вспомогательных средств и специальных знаний. Особое значение имеет активизирующая терапия в больницах общего профиля, где необходимо заблаговременно решать вопрос о том, можно ли в данной больнице провести те или иные реабилитационные мероприятия. Родственники и друзья реабилитанта часто склонны ожидать слишком большой помощи от врачей. Но для достижения максимального успеха необходимо, чтобы родственники получили хорошую консультацию лечащего врача-специалиста, обучились тем азам реабилитации, которые они должны осуществлять на практике дома с больным. С другой стороны нужно активно обучать больного: чем он должен помогать себе сам, обучать его тем минимальным объемам социально-бытовой реабилитации, которая ему будет жизненно необходима после того, как он покинет стены реабилитационного учреждения. То есть в каждом реабилитационном учреждении должна активно работать так называемая «школа родственников» и «школа больного».

Прослеживая этапность в проведении медицинской реабилитации стационарный этап – амбулаторный этап – домашний этап следует отметить, что в системе медицинской реабилитации должен осуществляться и еще один этап – санаторный. Еще в 1973 г. в городе Стара Загора (Болгария) группа экспертов по реабилитации предложила использовать курорты и санатории для осуществления медицинской реабилитации. Эксперты всесторонне обосновали необходимость включения курортов и санаториев в систему медицинской реабилитации. В Республике Беларусь развитие данного этапа реабилитации получило только в последние годы и в настоящее время

ведется активная работа по его максимальному использованию в единой системе медицинской реабилитации.

14.1. Основные цели и задачи медицинской реабилитации

«Медицинская реабилитация — процесс, направленный на восстановление и компенсацию медицинскими и другими методами функциональных возможностей организма, нарушенных в результате врожденного дефекта, перенесенных заболеваний и травм». Такое определение МР сформулировано экспертами ВОЗ и приведено в Законе Республики Беларусь «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов (1994 г.). Ключевым моментом в этой формулировке является определение стратегической цели МР: "восстановление функциональных возможностей организма". Эта цель включает 4 задачи: восстановление нарушенных функций; восстановление саногенетических механизмов борьбы организма с болезнью; социально-бытовую адаптацию; профессиональное восстановление. Последние 2 задачи выходят за рамки медицинских, но относятся к важным аспектам МР, так как являются ее конечной целью.

Теоретической основой МР служит концепция последствий болезни, разработанная экспертами ВОЗ и представленная как дополнение к Международной статистической классификации болезней (МКБ IX и X пересмотров) в виде "Международной классификации" и "Номенклатуры нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности". Согласно этой концепции, воздействие заболевания на организм человека рассматривается на трех уровнях:

- последствия на органном уровне - морфофункциональные изменения со стороны отдельных органов или систем ("нарушения" или "дефект");
- последствия на организменном уровне или ограничение жизнедеятельности - нарушение интегративных функций целостного организма или его способностей (к передвижению, самообслуживанию, ориентации, общению, обучению, труду), позволяющих индивидууму адаптироваться к окружающей среде и не зависеть от посторонних лиц;
- последствия на социальном уровне - социальная недостаточность или дезадаптация (невозможность выполнения общественной роли, определяемой возрастом, воспитанием, образованием, профессией и конкретными условиями среды).

Концептуальная модель последствий болезни позволяет наметить три цели и три точки приложения МР: воздействие на первый уровень последствий (восстановление функций), на второй (восстановление критериев жизнедеятельности) и на третий уровень (социальное восстановление больного).

Концепция последствий болезни существенно сужает круг объектов реабилитации, так как многие заболевания вызывают однородные последствия, что позволяет реабилитологу владеть методами МР при самой разной патологии и обосновывает специальность "врач-реабилитолог" (широкого профиля).

Инвалидизирующие последствия могут развиваться одномоментно на трех уровнях (при острых заболеваниях, травмах, последствиях оперативных вмешательств) или развиваться постепенно (при хронических заболеваниях).

При одномоментном формировании инвалидизирующих последствий **цель реабилитации - преодоление уже возникших последствий заболевания.** В этом случае проводятся функционально-восстановительные мероприятия для ликвидации последствий первого уровня и профилактические мероприятия для предупреждения неблагоприятного течения заболевания в будущем (профилактика осложнений, рецидивов и хронизации патологии) путем применения активирующих методов, мобилизующих саногенетические механизмы организма. При полном восстановлении или компенсации нарушенных функций эффект проявляется сразу на трех уровнях, поэтому организменные и социальные последствия ликвидируются без дополнительных воздействий. Если полного преодоления последствий на 1 уровне достигнуть не удастся, реабилитационные мероприятия приобретают адаптивный характер и направляются на преодоление и компенсацию последствий более высокого - II и III уровней. **Целью реабилитации становится социально-бытовая реадаптация, приспособление к труду и профессиональному обучению больного (инвалида) с функциональным дефектом, а в детском возрасте - обеспечение возможности воспитания и обучения ребенка.** Решение этих вопросов

обеспечивается с помощью социальной (бытовой) и профессиональной, а у детей - педагогической реабилитации.

В случаях постепенного развития инвалидизирующих последствий **цель МР - профилактика инвалидности (предупреждение появления и прогрессирования последствий болезни на всех уровнях).**

В определении, сформулированном экспертами ВОЗ и приведенном в Законе «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» (1994) сформулирована основная цель МР – восстановление и компенсация «функциональных возможностей организма». За этой целью стоит решение практических задач МР:

- восстановление, смягчение или стабилизация дефектной функции;
- восстановление психологического статуса и приспособление больного к новым условиям в рамках болезни;
- восстановление функциональных резервов и повышение саногенетических возможностей организма;
- восстановление и компенсация профессиональных функций;
- восстановление и компенсация социальных функций.

14.2. Предупреждение инвалидности и медицинская реабилитация

Предупреждение инвалидности и МР - ведущие компоненты принятой ВОЗ стратегии борьбы с хроническими неэпидемическими заболеваниями. В поздних стадиях заболевания они практически дублируют друг друга, хотя считаются разными методами. В отечественной медицине реабилитация рассматривается как метод предупреждения инвалидности в общей системе профилактики и является составной частью диспансеризации. Общая профилактика начинается с предупреждения возникновения заболеваний (первичная профилактика), их прогрессирования (вторичная профилактика) и заканчивается предупреждением и смягчением инвалидности (третичная профилактика).

Профилактика (предупреждения) инвалидности начинается на уровне вторичной профилактики заболевания, и ее задачи более узкие. Они определяются согласно концепции последствий болезни.

ПЕРВИЧНАЯ профилактика инвалидности направлена на предупреждение морфофункциональных нарушений со стороны органов-мишеней (последствий заболевания I уровня). Она проводится с момента возникновения инвалидизирующего заболевания, точнее с момента его диагностики, которая должна быть как можно более ранней (до проявления последствий I уровня).

ВТОРИЧНАЯ профилактика инвалидности направлена на остановку прогрессирования морфофункциональных нарушений и профилактику ограничений жизнедеятельности (последствий II уровня).

ТРЕТИЧНАЯ профилактика инвалидности направлена на снижение или стабилизацию ограничений жизнедеятельности и предупреждение возникновения социальной недостаточности (инвалидности).

Таким образом, первичная профилактика инвалидности проводится с момента возникновения инвалидизирующего заболевания. Показанием к МР служат высокая вероятность инвалидности и управляемость течением болезни.

В зависимости от типа проявления инвалидизирующих последствий выделены два варианта реабилитации. Первый вариант - **курсовая реабилитация**, которая проводится при одномоментно возникающих последствиях, когда МР представляет собой ограниченный во времени процесс. Продолжительность курса варьирует от нескольких недель и месяцев до 1-1,5 лет, пока не будет достигнуто оптимально возможное функциональное, социально-бытовое и профессиональное восстановление. Второй вариант - **непрерывная реабилитация**, показанная при хронических заболеваниях. Это длительный, иногда постоянный процесс МР, продолжающийся до тех пор, пока имеются возможности предупреждения или смягчения последствий различного уровня.

Непрерывность достигается чередованием реабилитационных курсов в лечебном учреждении и в домашних условиях (1-3 раза в течение года). Домашние задания корректируются, проверяется правильность их выполнения. Это снижает нагрузку лечебных учреждений и фактически делает МР непрерывно-курсовым процессом.

14.3. Физиологические основы медицинской реабилитации

Медицинская реабилитация базируется на использовании и стимуляции защитно-приспособительных - саногенетических реакций организма.

Саногенез – комплекс защитно-приспособительных механизмов организма, направленный на поддержание и восстановление его жизнедеятельности, адаптацию к меняющимся условиям среды и борьбу с механизмами болезни. Саногенез – процесс, противоположный патогенезу, тесно и неразрывно с ним связанный, проявляющийся как только возникает воздействие на организм болезнетворного фактора и сохраняющийся на протяжении всего периода болезни. В свете единства пато- и саногенеза развитие и проявления болезни зависят не только от агрессивности патогенного фактора, но и от силы и выраженности саногенетических реакций, а все многообразие течения однородных заболеваний связано с разным результатом взаимодействия пато- и саногенетических факторов.

Саногенетические механизмы многообразны и по своему характеру являются физиологическими и патофизиологическими. К ним относятся функциональные резервы органов и систем организма (физиологические механизмы) и процессы реституции, регенерации компенсации и иммунитета (патофизиологические механизмы).

Функциональные резервы – врожденные и приобретенные качества организма, обеспечивающие запас его прочности. Они основываются на структурно-функциональных особенностях органов и тканей, в соответствии с которыми в обычных условиях функционирует только часть имеющихся структурных единиц. Остальные не функционируют, но мгновенно могут переходить в деятельное состояние, если возникает такая необходимость. Наличие функциональных резервов является основой устойчивой деятельности органа в меняющихся условиях среды, оно обеспечивает широкие возможности физиологической адаптации организма. Примерами функциональных резервов является недеятельное состояние почти 60% нефронов здоровой почки, депонирование крови и др. физиологические механизмы. Они же первыми срабатывают при воздействии патогенных факторов и являются одним из видов компенсаторных реакций в условиях патологии.

Функциональные резервы различных органов и систем создают возможности адаптации организма к деятельному состоянию. Чем они выше, тем большие нагрузки переносит организм без «полома». Одной из специфических задач МР является использование мероприятий, стимулирующих нарастание функциональных резервов и, тем самым, повышающих защитно-приспособительные возможности организма. К таким мероприятиям относятся физические тренировки, активирующие медикаментозные средства, некоторые физиотерапевтические методы, психологический тренинг и др. методы, широко используемые в МР.

Реституция – восстановление деятельности обратимо пораженных структур органов и тканей. Механизмы реституции могут проявляться на молекулярном, клеточном и органном уровнях. Восстановление происходит за счет улучшения биоэнергетического снабжения поврежденной ткани, нормализации проницаемости мембран клеток, снятия отека, устранения гипоксии, восстановления кровообращения, растормаживания инактивированных элементов (О.Г.Коган, В.Л. Найдин, 1988).

Реституция способствует восстановлению нормальной физиологической функции в ранние сроки заболевания (в течение нескольких дней, недель, реже месяцев). Для ее достижения требуется применение воздействий, устраняющих отек, нормализующих гемодинамику, улучшающих процессы синаптического проведения. Помимо медикаментозной терапии показаны физические методы реабилитации, усиливающие афферентацию в ЦНС и стимулирующие саногенетические механизмы.

Реституция обеспечивает самый высокий уровень реабилитации – восстановление – возвращение к исходному состоянию.

Регенерация – восстановление целостности ткани в результате роста и размножения ее специфических элементов. Различают физиологическую регенерацию – обновление составных

частей различных тканей (эпидермис, слизистая оболочка, кровь) и репаративную – регенерацию при повреждении ткани. Способность к регенерации в разных тканях различна. У человека происходит регенерация кожного покрова, кости, мышцы).

В понятие регенерации включаются также заживление дефектов тканей и органов, вызванно рубцеванием, но такая регенерация не способна «возродить» (regeneration – возрождение) поврежденную часть органа. Особое место занимает регенерационная гипертрофия, присущая внутренним органам (печень, почки). Она происходит в результате роста остатка органа, в котором резко повышается митоз клеток. Структура таких органов отличается от нормы, иногда значительно. Это приводит к неполному, а иногда незначительному восстановлению функции.

Хорошей способностью к регенерации обладают периферические нервы. Регенерация - происходит путем врастания волокон из проксимального отрезка нерва дистальный. Регенерации способствует сохранение оболочек нерва или создание каркаса для растущих волокон. Рост нервных волокон происходит медленно – со скоростью примерно 1 мм/сутки. При перерождении дистального отрезка нерва или неправильном соединении отрезков, наличии рубцов, спаек регенерации нерва не происходит. Волокна ЦНС за счет регенерации не восстанавливаются, в этом направлении ведутся интенсивные работы, пока без практического результата.

Регенерация разных тканей происходит с разной скоростью и может обеспечить восстановление нормальной функции, но в более поздние сроки, чем реституция. Чаще, однако, функция восстанавливается не полностью и может быть извращенной. Регенеративные процессы улучшаются при создании специальных условий, способствующих регенерации. Это входит в задачу МР. Для разных органов и тканей требуется своя программа реабилитации, обеспечивающая лучшую регенерацию. Например, для заживления костной ткани - иммобилизация, улучшение кровоснабжения, обеспечение микроэлементами, витамином Д, анаболиками.

Компенсация – способность организма, выработанная в процессе эволюции осуществлять временное или постоянное, полное или частичное замещение либо возмещение утраченной или ослабленной функции. Компенсаторно-приспособительные реакции человека, обладают высоким совершенством. Во всех случаях они являются проявлением деятельности целостного организма, хотя могут развиваться на молекулярном, клеточном, органном и организменном уровне. Компенсаторные реакции совершенствуются под влиянием тренировок – функциональных нагрузок, которые широко используются в МР для возмещения и замещения нарушенных функций.

Компенсаторная реакция – это ответная реакция на повреждение.

Первое ее звено – сигнализация о возникновении повреждения – информация от интеро- и экстерорецепторов, поступающая в ЦНС. *Второе звено* – нейро-эндокринно пуморальный ответ на поступившую информацию, который стимулирует выработку компенсаторно-приспособительных реакций, направленных на полное или частичное замещение нарушенной функции. Замещение происходит:

- за счет включения функциональных резервов (опорожнение депо крови при кровотечении или депонирование крови при избыточном ее количестве, включение нефункционирующих нефронов почки и др.) или компенсаторной гипертрофии внутренних органов.

- за счет сохранившихся элементов поврежденной ткани, подвергающейся функциональной перестройке.

- за счет перестройки структуры и функции другой ткани (органа), в норме выполняя близкую функцию или данную, но в небольшом объеме (при нарушении выделительной функции обеих почек ее берет на себя кожные покровы и кишечник).

- за счет функциональной перестройки рядом или на отдалении расположенных структур. Такая перестройка возможна в ЦНС за счет ее высокой пластичности.

Компенсаторные реакции могут функционировать длительное время без явлений истощения. Для протекания активных процессов компенсации требуется наличие функциональных резервов и должное энергетическое обеспечение.

Иммунитет – комплекс, защитных реакций организма, обеспечивающий его невосприимчивость к инфекционным агентам или другим веществам, обладающим антигенными свойствами. Механизмы иммунитета исключительно многообразны. В их реализации участвуют клеточные системы (макрофаги, Т и В – лимфоциты, плазматические клетки и др.), гуморальные факторы (различные антитела), многие биологически активные вещества (цитокины, интерлейкины и др.). Иммунитет, безусловно, является саногенетическим механизмом. Но в определенных

условиях при ослаблении различных звеньев иммунитета или появлении избыточного количества аутоантигенов может возникать аутоагрессия, приводящая к развитию аутоиммунных заболеваний – тяжелой патологии соединительной ткани (диффузные болезни, ревматоидный артрит, васкулиды и др.), нервной системы (рассеянный склероз, хроническая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия, миастения и др.) и др. органов.

Целенаправленное воздействие на разные звенья иммунитета с учетом особенностей его состояния приобрело громадное значение в реабилитации. Выделяется новое направление МР – иммунореабилитации. И хотя вряд ли уместно признавать самостоятельность этого аспекта МР, как один из ее методов воздействия на иммунные системы организма она должна занять должное место при заболеваниях, связанных с нарушением иммунной реактивности.

14.4. Физическая работоспособность

Проведение мероприятий по МР требует должного энергетического обеспечения. Обеспечение энергией осуществляется за счет расхода гликогена. В присутствии кислорода гликоген разлагается до конечных продуктов – воды и углекислоты (аэробный гликолиз), при недостаточности кислорода гликоген разлагается неполностью (анаэробный гликолиз), образуются органические кислоты (молочная, пировиноградная), что вызывает сдвиг в сторону ацидоза. Работа в этих условиях сопровождается утомлением. Таким образом, активная деятельность зависит от доставки и потребления кислорода тканями, что лимитируется состоянием кислородтранспортной системы, главными элементами которой являются кардиореспираторная система и тканевый метаболизм (в легких и в тканях).

Для характеристики возможностей кардиореспираторной системы оценивается физическая работоспособность (ФРс) – потенциальная способность человека проявлять максимум физического усилия. Она является интегральным отражением возможностей организма в осуществлении активной деятельности. Количественной мерой ФРс является выполненная работа.

В медицинской практике ФРс оценивается не выполняемой работой, а индивидуальной толерантностью (переносимостью) физических нагрузок – PWC (physical – working capacity). Физиологической основой ФРс являются аэробные возможности человека.

Максимальная ФРс – способность в течение определенного отрезка времени выполнить такую работу, при которой достигается максимальное потребление кислорода (МПО₂) тканями. Существует прямая связь между МПО₂ и потребляемой энергией. При достижении максимального МПО₂ дальнейшая нагрузка не приводит к его увеличению, т.е. исчерпываются возможности поступления энергии аэробным путем. Чем выше значение (МПО₂), тем лучше ФРс. Целью МР является ее повышение.

В практической медицине для измерения ФРс используют упрощенные методы. Эмпирически установлено, что при нагрузке существует прямая связь между МПО₂ и частотой сердечных сокращений (ЧСС) (в диапазоне ЧСС от 120 до 170 в 1'), при этом величина ЧСС зависит от пола и возраста. Составлены расчетные таблицы, по которым, зная мощность нагрузки и ЧСС, можно определить значение МПО₂.

Реакция сердечно-сосудистой системы на нагрузку определяется не только ЧСС, но и уровнем систолического АД. Двойное произведение – ЧСС x САД – отражает МПО₂ и коронарный резерв.

Должную ЧСС при нагрузке можно определить и простой формулой: 220 – возраст = ЧСС макс. при нагрузке.

Величина нагрузок, которые используются в медицинской практике, лимитируется коронарным резервом. При проведении нагрузочных проб разработаны критерии прекращения нагрузок:

1. Резкие сдвиги ЧСС (более 75% от должного значения) или сдвиги АД (повышение или понижение) более чем на 30%.
2. Плохое самочувствие больного: бледность, цианоз, предобморочное состояние, общая слабость, потливость, одышка, дискомфорт.
3. Боли в области сердца
4. Сдвиги ЭКГ

Знание особенностей реакции больного на физические нагрузки является обязательным для реабилитолога, ибо в процессе МР широко используются физические тренировки. Они, во-первых,

повышают ФРС, во-вторых, оказывают общее адаптирующее действие: улучшают регуляторные функции ЦНС, эндокринной системы, повышают иммунитет, положительно влияют на состояние крови, костной ткани, мышц, улучшают обмен веществ, гемодинамику. Тренированный человек работает в оптимальном и наиболее экономичном режиме, процессы восстановления у него протекают более эффективно и быстрее. Это обосновывает универсальное значение физических тренировок в процессе реабилитации. В то же время физические тренировки в МР должны быть строго дозированными и соответствующими функциональному состоянию организма.

14.5. Общие показания, критерии отбора на медицинскую реабилитацию и противопоказания к ее проведению

14.5.1. Общие показания к проведению медицинской реабилитации представлены в докладе Комитета экспертов ВОЗ по предупреждению инвалидности и реабилитации (1983 г.). К ним относятся:

- значительное снижение функциональных способностей;
- снижение способности к обучению;
- особая подверженность воздействиям внешней среды;
- нарушение социальных отношений;
- нарушение трудовых отношений;

Показания к проведению медицинской реабилитации, учитывая ее многосторонность, весьма широкие, а цель и задачи реабилитации у разных контингентов существенно варьируют.

Реабилитация показана следующим категориям лиц:

1. П р а к т и ч е с к и з д о р о в ы м л и ц а м с повышенным риском возникновения инвалидизирующего заболевания, обусловленным условиями работы или проживания. К ним относятся:

- ликвидаторы катастрофы на ЧАЭС и проживающие в зонах воздействия радиации;
- работающие во вредных и опасных условиях труда;
- спортсмены после напряженных тренировок и ответственных соревнований;
- руководящие кадры, работающие с большим нервно-психическим напряжением.

Все указанные лица подлежат дисансерному наблюдению и не реже одного раза в год нуждаются в проведении оздоровительных мероприятий с целью восстановления и улучшения функциональных резервов (саногенетических возможностей организма) и предупреждения возникновения болезни, угрожающей инвалидности.

Реабилитация практически здоровых лиц проводится на санаторном этапе или амбулаторном (без отрыва от работы), а также в условиях профилактория, дома отдыха.

Программа их реабилитации включает:

- поведенческую профилактику: здоровый образ жизни, достаточную физическую активность, контроль массы тела, отказ от вредных привычек, полноценное питание, рациональный отдых и др.;
- физические тренировки с целью повышения функциональных резервов организма: спортивная ходьба, бег, плавание, велотренировки, спортивные игры, ЛФК в сочетании с дыхательной гимнастикой и др.;
- другие физические методы: климато-гидро-бальнотерапия, закаливание, физиопроцедуры, обладающие адаптогенным действием, (УФО, электромагнитные поля и др.);
- психотерапевтические воздействия с целью формирования мотивации к соблюдению здорового образа жизни, освоению приемов аутогенной тренировки и релаксации;
- использование медикаментозных средств, обладающих адаптогенным действием: поливитамины в комплексе с микроэлементами, аминокислотами или антиоксидантами, адаптгены (элеутерококк, женьшень и др.), иммуномодуляторы, фосфоросодержащие препараты, ноотропы, актопротекторы (беметил и др.);
- образовательные программы (школы) для освоения принципов поведения, рационального питания, методов физических тренировок и контроля состояния.

2. Ч а с т о б о л е ю щ и м л и ц а м (3-4 случая в течение 12 месяцев родственных заболеваний или 5-6 случаев разных болезней) и длительно болеющим (более 30 дней подряд, если такая продолжительность не характерна для данного заболевания) лицам, перенесшим тяжелые

острые заболевания, травму, оперативное вмешательство, которые не привели к стойкому функциональному дефекту, но сопряжены со снижением реактивности, ослаблением иммунитета, истощением функциональных резервов. Цель и задачи медицинской реабилитации совпадают с предшествующей группой – это «долечивание» для восстановления неспецифической резистентности организма. В дополнение к перечисленным в первой группе методам медицинской реабилитации здесь может потребоваться включение иммуно-реабилитации (препараты вилочковой железы, гама- или иммуноглобулин, дифлюкан и др.) наряду с поливитаминами и физическими упражнениями.

3. Больным с тяжелыми заболеваниями (острыми или обострениями хронических) и травмами, сопровождающиеся выраженными последствиями (функциональный дефект), которые носят обратимый характер.

Цель реабилитации – восстановление функционального дефекта и благодаря этому устранение ограничений жизнедеятельности и предотвращение социальной недостаточности (инвалидности).

Методы реабилитации – лечебно-восстановительные и оздоровительные.

Медицинская реабилитация должна начинаться в самом раннем (остром) периоде заболевания или его обострения и продолжаться вплоть до их завершения. Реабилитация проводится на нескольких этапах. Реабилитационный маршрут включает:

- лечебно-реабилитационный этап, на котором проводится интенсивное лечение в комплексе с отдельными методами реабилитации (ранняя физическая активность, психотерапия, физиолечение);

- ранний стационарный этап медицинской реабилитации (для лиц с ограниченной мобильностью), затем либо сразу амбулаторный, а по показаниям – санаторный этапы;

- домашний этап в перерывах между другими этапами или по их завершении.

В некоторых случаях обычно при сохранении небольшого дефекта могут возникать показания к медико-профессиональной реабилитации, решаемые посредством трудоустройства по ВКК.

4. Больным с выраженными стойкими или малообратимыми последствиями острых и (чаще) хронических заболеваний и травм, которые проявляются на первом (органном) или втором (организменном) уровне и создают потенциальную или реальную угрозу социальной недостаточности (инвалидности).

Цель реабилитации – возможное восстановление либо компенсация функционального дефекта, его стабилизация, замедление прогрессирования неблагоприятного течения болезни снижение частоты и длительности обострений, преодоление, уменьшение, стабилизация либо компенсация ограничений жизнедеятельности, преодоление или смягчение тяжести инвалидности.

Если несмотря на проведение медицинской реабилитации у больного сохранится функциональный дефект, то в зависимости от его выраженности и наличия последствий более высокого уровня (ограничения жизнедеятельности) цель реабилитации будет различной:

4.1. Полное восстановление социальных функций (трудоспособности и бытовой активности) или незначительное их ограничение;

4.2. Частичное восстановление социальных функций бытовой активности и трудоспособности, которое служит основанием для установления инвалидности. Проведение реабилитации этих больных (предынвалидов) до направления на МРЭК является обязательным.

Методы медицинской реабилитации – компенсаторно-восстановительные или социально-адаптивные путем трудоустройства по ВКК (в случае утраты профессиональной пригодности – подбор другой равноценной профессии и содействие в трудоустройстве, при показаниях – изменение условий труда в основной профессии) либо путем направления на МРЭК для установления инвалидности и составления ИПР инвалида.

В зависимости от характера заболевания, тяжести и выраженности последствий реабилитационные маршруты могут быть различными, а этапы сменяющимися друг друга.

5. Инвалидам с различной тяжестью социальной недостаточности и разным реабилитационным потенциалом.

Реабилитация инвалида начинается с момента определения инвалидности во МРЭК, врачи которой составляют ИПР инвалида. Медицинская ее часть направляется в ЛПУ, которое обязано проводить медицинскую реабилитацию инвалидов (медицинской услуги по реабилитации отнесены к гарантированным законодательством видам социальной помощи инвалидам – наряду с пенсией,

предоставлением технических средств и др.), инвалидам также гарантированы услуги по социальной и профессиональной реабилитации, что существенно расширяет, по сравнению с больными, возможности использования социально-адаптированных методов реабилитации, выходящих за рамки медицинской реабилитации.

Цель медицинской реабилитации инвалидов: преодоление инвалидности (полная реабилитация, смягчение инвалидности (частичная реабилитация), стабилизация тяжести инвалидности с частичной компенсацией ограничений жизнедеятельности с помощью индивидуальных технических средств, обустройства жилья), которые расширяют рамки физической независимости инвалида.

Индивидуальная программа реабилитации инвалида составляется МРЭК не менее чем на один год, при очередном освидетельствовании она (при показаниях) обновляется в соответствии с динамикой заболевания и социального статуса.

Методы и этапы медицинской реабилитации инвалидов такие же, как и предыдущей группы.

Однако, как справедливо указывают А.Н. Белова и О.Н. Щепетова (1998 г.), данных, позволяющих дать однозначный ответ, какие контингенты больных и инвалидов в первую очередь нуждаются в реабилитации, в литературе не существует. По мнению одних авторов медицинская реабилитация должна быть частью лечебного процесса для всех больных, которым угрожает длительная нетрудоспособность, другие считают, что учреждения реабилитации должны быть использованы лишь для лиц с очень тяжелыми повреждениями, т.е. только для инвалидов (Роговой М.А. и соавт., 1982 г.).

По нашему мнению **медицинская реабилитация показана больным и инвалидам, детям и взрослым, у которых нарушение здоровья создает потенциальную или реальную угрозу снижения качества жизни, нарушает социальный, семейный и профессиональный статус больного или делает невозможным нормальное воспитание, обучение и социальную интеграцию ребенка.** Это создает широкие показания к медицинской реабилитации, которые значительно превосходят материально-технические возможности лечебно-профилактических учреждений, поэтому необходимо определять приоритетные контингенты, подлежащие медицинской реабилитации.

14.5.2. Критерии отбора на медицинскую реабилитацию

Первым критерием отбора на МР является наличие заболевания, травмы или дефекта, которые вызвали последствия на органном или организменном уровне или есть высокий риск возникновения таких последствий.

Вторым критерием отбора на МР является высокая частота встречаемости патологии как причины заболеваемости и инвалидности детей и заболеваемости с временной утратой трудоспособности и инвалидности взрослых. Медицинская статистика легко позволяет очертить круг этой патологии.

По данным литературы и нашим собственным наблюдениям наиболее благоприятным контингентом для проведения медицинской реабилитации являются больные неврологического профиля (в частности с двигательными нарушениями), травматологического, терапевтического (кардиология, пульмонология) профиля. Хотя необходимо еще раз напомнить, что проведение реабилитационных мероприятий необходимо проводить всем нуждающимся. Э.П. Петренко (1990 г.) выделяет следующие непосредственные объекты медицинской реабилитации. К ним относятся: больные, травмированные и реконвалесценты после различных заболеваний с временной нетрудоспособностью (первичный контингент); больные хроническими заболеваниями; пострадавшие с последствиями травм и ранений со стойкой утратой трудоспособности и временной инвалидизацией, у которых возможна положительная коррекция (вторичный контингент); инвалиды с последствиями заболеваний, травм и ранений с различной степенью стойкой утраты трудоспособности (третичный или постоянный контингент, нуждающийся в реабилитации).

Третьим критерием отбора на МР служит "управляемость процессом", наличие технологии МР, позволяющей предупредить, смягчить или преодолеть последствия болезни.

Четвертым критерием отбора на МР служит возраст. В возрастном аспекте приоритетом является детский и подростковый возраст. Их отличает высокий реабилитационный потенциал, большая продолжительность предстоящей жизни, благоприятное соотношение показателя "затраты - эффективность". Демографическая ситуация в республике делает приоритетной МР лиц трудоспособного, особенно молодого и зрелого возраста. Первоочередные показания к МР

пенсионеров возникают в случаях угрожающей потери личной независимости и нуждаемости в посторонней помощи.

Пятый критерий отбора на МР – инвалиды с наличием реабилитационного потенциала для полного или частичного восстановления трудоспособности и инвалиды для проведения мероприятий как медицинской, так и социальной реабилитации.

14.5.3. «Экспертные показания» проведения реабилитации

Довольно условно можно также выделять так называемые «экспертные показания» для проведения реабилитации. В данную категорию следует включать те группы больных, у которых вследствие наличия определенных ограничений жизнедеятельности имеется высокая вероятность направления на МРЭК для определения инвалидности, либо, наоборот, у инвалидов имеется вероятность под влиянием реабилитационных мероприятий снизить тяжесть инвалидности или полностью ее отменить.

Таким образом, можно выделить следующие «экспертные показания» для проведения медицинской реабилитации:

1. Больные, выписанные из стационара с невосстановленной трудоспособностью.

Эти больные подлежат медицинской реабилитации хотя бы потому, что проведенное лечение не позволяет им вернуться к труду. Врач должен провести первичную медико-социальную экспертизу, оценить степень выраженности имеющихся ограничений жизнедеятельности и определиться с дальнейшей тактикой ведения больного.

2. Часто и длительно болеющие.

В данную группу входит много больных, у которых имеются различной степени выраженности ограничения жизнедеятельности. Поэтому этим больным должна составляться индивидуальная программа реабилитации, направленная на улучшение их качества жизни.

3. Преинвалиды.

В данную группу следует относить больных, у которых последствия заболевания, травмы или дефекта привели к инвалидизирующим последствиям и их необходимо направлять на МРЭК. При этом наряду с заполнением посылного листа должна прикладываться выполненная ИПР.

4. Инвалиды с наличием реабилитационного потенциала, возможно даже до полного или частичного восстановления трудоспособности.

Во всех случаях проведение МР показано больным, имеющим реабилитационный потенциал. Определение реабилитационного потенциала должно проводиться еще в процессе лечения.

14.5.4. Общими противопоказаниями к проведению медицинской реабилитации в стационарных и амбулаторных центрах следует считать следующие:

- выраженные психические нарушения;
- грубые нарушения интеллектуально-мнестической функции;
- высокая, не корригируемая артериальная гипертензия;
- выраженная коронарная недостаточность;
- тяжелая степень нарушения функции органов и систем: сердечно-сосудистой, дыхательной, почечной, печеночной и др.;
- лихорадочные состояния;
- острые тромбозы, эмболии в качестве сопутствующих заболеваний;
- инкурабельные злокачественные новообразования.

Кроме того, могут иметь место противопоказания к проведению отдельных методов реабилитации (физические тренировки, аппаратная физиотерапия, боротерапия, мануальная терапия, трудотерапия и др.) при проведении которых имеется опасность ухудшения общего состояния реабилитанта.

Помимо общих критериев отбора на МР - важен также индивидуальный благоприятный клинический и трудовой прогноз и реальные возможности осуществления МР в регионе.

14.5.5. Фазы реабилитации

Сегодня в теории реабилитации принято выделять несколько фаз оказания помощи больным или инвалидам.

Однако, следует помнить, что подобное разделение на фазы носит весьма условный характер и реабилитацию следует рассматривать как единый, непрерывный процесс, направленный на максимальную ликвидацию ограничений жизнедеятельности и улучшение качества жизни человека.

Выделяют следующие фазы реабилитации:

1. Ранняя реабилитация – это комплекс мероприятий медицинской реабилитации, предусматривающий дальнейшее устранение последствий заболевания или травмы во время пребывания больного в остром стационаре или следующий непосредственно за завершением курса активного лечения в стационаре.

Таким образом, ранняя медицинская реабилитация должна начинаться уже в острой фазе заболевания путем пассивной лечебной физкультуры, других лечебно-реабилитационных мероприятий. Если врач предполагает, что у пациента будут иметь место остаточные явления травмы или болезни, необходимо думать о самых ранних возможностях реабилитации. По мере улучшения состояния больного удельный вес реабилитационных мероприятий увеличивается. Если у больного после выписки из стационара остаются последствия в виде нарушений, приводящих к ограничениям жизнедеятельности, то такой больной нуждается в продолжении ранней медицинской реабилитации в специализированном стационарном реабилитационном отделении или в отделении реабилитации амбулаторно-поликлинического отделения. Реабилитация должна быть обширной и многоплановой: врач должен принимать во внимание все аспекты физического, психического и социального существования пациента.

2. Поздняя реабилитация – осуществляется тогда, когда болезнь вызвала последствия и реабилитация является основным методом ведения больного на амбулаторном этапе или последующих стационарных этапах.

Другими словами, поздняя медицинская реабилитация подразумевает комплекс реабилитационных мероприятий, который осуществляется больному после лечения и реабилитации в стационаре, проведения активной ранней медицинской реабилитации, лечения в домашних и амбулаторно-поликлинических условиях.

3. Реабилитация инвалида – когда болезнь проявляется уже на социальном уровне и параллельно проводятся мероприятия медицинской, социальной (возможно профессиональной) реабилитации.

В данном случае речь идет не только о медицинской реабилитации, а о реабилитации в целом. Имеется в виду, что болезнь, травма или дефект оставили столь выраженные последствия, что больному была определена та или иная группа инвалидности. Такой человек как правило нуждается не только в медицинской а и в других видах реабилитации: профессиональной, социальной. При этом мы говорим о реабилитации инвалида в целом, так как основным постулатом реабилитации является «реабилитация личности», предусматривающая отсутствие разграничений между медицинской, профессиональной и социальной реабилитацией.

Таким образом, медицинская реабилитация должна быть интегрирована в лечебную медицину и являться органической составной частью лечебного процесса (в фазе ранней медицинской реабилитации), реабилитация является основным видом оказания помощи больному с целью достижения максимального восстановления функциональной независимости пациента (на фоне лечебных мероприятий) – в фазе поздней реабилитации больного и в фазе реабилитации инвалида.

14.5.6. Длительность реабилитации

Реабилитация продолжается до ликвидации последствий болезни или до стабилизации процесса – при остром заболевании.

При хроническом заболевании – до окончания прогрессирования болезни или до полного исчерпания возможности ликвидации или максимального уменьшения имеющихся ограничений жизнедеятельности.

14.5.7. Методы медицинской реабилитации

Принцип комплексности медицинской реабилитации получил воплощение в использовании самых различных методов ее проведения. Не случайно медицинскую реабилитацию называют иногда «тотальным лечением». Часть методов медицинской реабилитации относится к

традиционным лечебным, другие являются специфическими для медицинской реабилитации, кроме того, медицинская реабилитация использует и немедицинские методы.

Психологическая реабилитация – среди всех методов медицинской реабилитации занимает ведущее место. Медицинская реабилитация – активный метод, широко использующий потенциал личности больного, требующий от него значительных повседневных усилий. Активное развитие и поддержание установки больного на реабилитацию – неперенное условие успешной ее реализации (Кабанов М.М., 1985, Кочан О.Г., Найдин В.Л., 1988, Юелова А.Н., Щепетова О.А., 1988 и др.). Психологическая реабилитация осуществляется лечащим врачом, психотерапевтом, медицинским психологом и включает психодиагностику и психокоррекцию. Непременное условие психологической реабилитации – выработка и поддержание мотивации на реабилитацию. Особое место в медицинской реабилитации отводится активизирующим психологическим методам, тренировке внимания, памяти, скорости реакции, повышению психической работоспособности.

Физическая реабилитация – второй важнейший метод медицинской реабилитации. Она включает широкий спектр методов, использующих различные физические факторы – ЛФК, массаж, аппаратную физиотерапию, бальнеотерапию, климатотерапию, талассотерапию, иглорефлексотерапию, мануальную терапию, спелеотерапию, гипербарическую оксигенацию и др.

Среди всех методов физической реабилитации первое место отводится кинезотерапии (ЛФК) как методу, требующему активного участия больного в процессе реабилитации. Условно, кинезотерапия подразделяется на местную, направленную на восстановление локального функционального дефекта, и общую, основанную на методе физических тренировок (ФТ). ФТ – один из ведущих методов медицинской реабилитации, применяемых при самых различных заболеваниях вне зависимости от их характера и особенностей функционального дефекта, так как она направлена на мобилизацию саногенетических реакций организма. Проведение ФТ требует обязательного функционального тестирования и подбора адекватной дозы (вредны и недостаточная и чрезмерная дозы), повышения нагрузок по мере вработывания. Метод ранней физической активности и адекватных ФТ – основа успешной медицинской реабилитации больных инфарктом миокарда (Николаева Л.Ф., 1988). Этот метод должен шире использоваться в медицинской реабилитации больных с различными заболеваниями.

Медикаментозная реабилитация включает два направления.

Первое направление медикаментозной реабилитации – сугубо реабилитационное – использование неспецифических активирующих препаратов, усиливающих саногенетические реакции организма. К препаратам этого типа относятся поливитамины с микроэлементами и аминокислотами, адаптогены, анаболические средства, иммуномодуляторы, средства, активирующие высшие мозговые функции (ноотропы), актопротекторы, антиоксиданты и др. Их адекватное применение в медицинской реабилитации не получило пока должного распространения, хотя фармакоиндустрия очень активно работает над созданием таких средств.

Второе направление – использование препаратов, специфических для каждого заболевания: сахаропонижающие средства при сахарном диабете, гипотензивные – при артериальной гипертензии, противосудорожные – при эпилепсии, психотропные – при психических заболеваниях и т.д. Использование этих препаратов традиционно относится к лечению. Однако, они не излечивают болезнь, а тормозят проявление ее последствий и с этих позиций могут рассматриваться как реабилитационные.

Реконструктивная хирургия – перспективный метод медицинской реабилитации. К реконструктивным операциям относятся органосохраняющие операции на желудке, органах слуха, зрения и др., хирургическое восстановление прямого или обходного кровотока при окклюзирующих заболеваниях сосудов, реимплантация пальцев и конечностей при травматических ампутациях и многие другие.

Общим эффектом реконструктивных операций является возможность полного или частичного восстановления функций – преодоление последствий первого уровня.

На современном этапе это направление хирургии постоянно расширяется, совершенствуется и обогащается новыми технологиями. Примерами высоких современных технологий является протезирование клапанов сердца, широко проводимые операции по эндопротезированию суставов, успешные имплантации органа слуха, сочетающие высокую хирургическую технику и использование сложнейших технических устройств, с помощью которых компенсируется функция пораженного органа. К реконструктивным операциям относятся и пересадки органов. Но реконструктивная операция – это только часть задачи. Не менее важным является проведение

комплексной реабилитации в послеоперационном периоде, которая должна начинаться как можно раньше и без которой успешное восстановление и компенсация функции не возможны.

Медико-технические средства – совокупность специальных устройств и приспособлений, позволяющих осуществлять замещение анатомического и функционального дефекта или компенсировать и улучшать способности организма (критерии жизнедеятельности), необходимые для приспособления к среде обитания. Использование медико-технических средств – специфический метод медицинской реабилитации, применяется для компенсации тех последствий болезни, которые не устраняются медицинскими методами, чаще они используются для компенсации нарушений со сторон опорно-двигательного аппарата, зрения, слуха, речи, нарушений ритма сердца. По мере научно-технического прогресса диапазон технических средств постоянно расширяется, а достигаемый эффект замещения и компенсации улучшается. Это привело к выделению новой отрасли – реабилитационной индустрии, которая быстро развивается. Изделия реабилитационной индустрии должны соответствовать государственным стандартам и подлежат сертификации.

За рубежом перечень технических средств, используемых в реабилитации включает несколько тысяч наименований.

Общим в дифференциации разных технических средств является проявление их эффекта на органном уровне (компенсация функций) или организменном (компенсация способностей организма, необходимых в повседневной жизни). Примерами компенсации функций являются очки и линзы, улучшающие зрение, слуховые препараты, улучшающие слух, биоуправляемые протезы конечностей, эндопротезирование суставов. Компенсация критериев жизнедеятельности направлена на восстановление возможности передвижения (коляски, автомашины, костыли, ходилки и т.д.), способности ориентации (световые сигналы для глухих, слуховые для слабослышащих), общения (азбука слепых глухих и т.д.).

В настоящее время разработано много простых и сложных технических средств, улучшающих способность к самообслуживанию, ориентации или обеспечивающих возможность трудовой деятельности больных и инвалидов. Промежуточное место занимают протезы и ортезы, которые частично компенсируют опорную функцию конечности, но, в основном улучшают способность к передвижению.

Технические средства, компенсирующие основные способности условно подразделяются на 5 групп:

1. Поротезно-ортопедические средства.
2. Специальные средства передвижения.
3. Средства, замещающие бытовые механизмы и облегчающие самообслуживание.
4. Сурдотехника (для слабослышащих) и тифлотехника (для слабовидящих).
5. Архитектурно-планировочные устройства и приспособления.

Технические средства предоставляются инвалидам бесплатно или на льготных основаниях по заключению МРЭК, внесенному в индивидуальную программу социальной реабилитации.

Некоторые технические средства (зубные протезы, глюкометры и др.) выдаются больным по заключению ВКК ЛПУ.

Диетотерапия – один из важных и обязательных методов медицинской реабилитации. Как и другие методы, она используется с разной целью.

Первая задача диетотерапии в медицинской реабилитации – обеспечение лечебно-оздоровительных рационов питания, обогащенных белками, витаминами, микроэлементами и др. Составные элементы пищи, необходимы для протекания саногенетических процессов, доставки материала, обеспечивающего улучшение биоэнергетического обеспечения и усиленного метаболизма восстанавливающихся тканей и органов, восстановления пониженных резервных возможностей организма.

Образовательные системы

На современном этапе МР в практическую жизнь вошли образовательные программы, которые являются возрождением санитарного просвещения, но на новом, более высоком уровне. Цель образовательной программы – направляемое врачом участие больного и/или его родственников в процессе МР, «Партнерство врача и больного» (Кабанов М.М., 1988).

МР зачастую представляет длительный, а при хронических заболеваниях – постоянный процесс. Программа МР включает – изменение образа жизни и др., соблюдение предписанных схем

медикаментозного лечения, требующее контроля за физиологическими параметрами, контроль за результатами лечения и возможными осложнениями. Учитывая длительность процесса МР, а иногда необходимость пожизненного использования лечебно-реабилитационных мероприятий, выполнить все это без участия больного невозможно. Для обеспечения полноценной МР больной должен получить полезные знания относительно заболевания, овладеть самокоррекцией и самопомощью, четко знать, что и как можно делать, когда возможна самокоррекция и в каких случаях необходимо немедленно обратиться за медицинской помощью.

В обучении пациента используется групповой метод, получивший воплощение в виде «школ», что позволяет сочетать экономическую целесообразность (индивидуальное обучение высоко затратное) и преимущества общения больных.

Школы создаются при массовых заболеваниях, если разработаны технологии реабилитации больных с этими заболеваниями. Школы дифференцируются по нозологическому принципу для больных с однородными заболеваниями. В настоящее время они получили широкое распространение. Лидерами являются школы для больных сахарным диабетом, артериальной гипертензией, «астма-школы», значительно отстают школы «движений позвоночника», школы для больных перенесших инфаркт миокарда, мозговой инсульт и др.

Каждая школа имеет соответствующую программу, касающуюся конкретного заболевания. Программа включает следующие вопросы:

- Знакомство с современными представлениями о заболевании, факторами риска его возникновения и прогрессирования;
- Характеристику основных параметров, требующих контроля, обучение методам контроля;
- Знакомство с принципами медикаментозной терапии;
- Обучение методам ЛФК, аутогенной тренировки, релаксации, показанным при данном заболевании.

Больной должен осознать личную ответственность за свое здоровье, получить необходимые знания и средства контроля, приобрести мотивацию к проведению реабилитации.

Школы чаще организуются на амбулаторном этапе МР, иногда и на стационарном (если есть необходимость госпитализации). К преподаванию в школе привлекаются разные врачи ЛПУ (кроме основных специалистов – психотерапевт, врач или методист ЛФК, диетолог и др. в зависимости от задач обучения). При впервые выявленном заболевании, если требуется госпитализация и серьезное обучение, школы работают и в стационаре (при сахарном диабете, астма-школа).

14.6. Группировка реабилитантов (клинико-реабилитационные группы)

Большая потребность в МР и многообразии контингентов реабилитируемых определяют необходимость их разделения на группы, объединенные общими признаками, или **клинико-реабилитационные группы (КРГ)**. В качестве критериев разделения реабилитантов на КРГ мы использовали признаки, универсальные для разных заболеваний и их последствий, как у детей, так и взрослых: период развития заболеваний, тип и уровень проявления инвалидизирующих последствий, реабилитационный потенциал инвалида.

В зависимости от фазы МР выделяются три основные КРГ, в каждой из которых по дополнительным критериям дифференцированы 2-3 подгруппы.

КРГ-I - группа ранней Р - включает больных в ранней фазе острого или хронического инвалидизирующего заболевания. Место проведения Р - лечебно-диагностические общие и специализированные службы. Р - больных КРГ-I входит в компетенцию и обязанности лечащих врачей, которые проводят ее в комплексе с лечебной работой. КРГ - I самая массовая группа с высокой потребностью Р. Если реабилитация осуществляется лечащими врачами в комплексе с лечением, **ИПР не заполняется**, а в медицинской карте амбулаторного или стационарного больного составляется план Р; если больной направляется в **отделение Р, то ИПР составляется**.

Больные КРГ-I дифференцируются на 2 подгруппы в зависимости от типа проявления инвалидизирующих последствий - острого или постепенного. Обе подгруппы принципиально отличаются друг от друга.

КРГ-1.1 - подгруппа больных с остро проявившимися инвалидизирующими последствиями травм, тяжелых острых или обострений хронических заболеваний, оперативных вмешательств. Сюда относятся больные с травмами, инфарктом миокарда, мозговым инсультом, абсцедирующими пневмониями, туберкулезом легких или костной системы и др. заболеваниями больные после радикальных и обширных операций при онкопатологии, патологии сердца, и сосудов, легких и др.

У больных КРГ-1.1 максимальная выраженность инвалидизирующих последствий проявляется в ранней фазе заболевания. Место проведения - стационарный этап медицинской помощи. Р интегрируется в программу интенсивной терапии больного и включает, главным образом, 2 метода (физическую и психологическую Р), которые должны назначаться как можно раньше. Таким образом, КРГ-1.1 является лечебно-реабилитационной. Раннее начало Р способствует более благоприятному течению заболевания и выработке установки на активную реабилитацию в последующем.

Цель Р - преодоление или смягчение инвалидизирующих последствий, интеграция больного в семью и общество, возвращение к труду.

Задачи МР - максимально возможное восстановление функций (последствий на органном уровне); предупреждение осложнений и хронизации патологии; восстановление жизнедеятельности (последствий на организменном уровне) - социально-бытовая адаптация и профессиональное восстановление.

Социальная эффективность: сокращение продолжительности временной нетрудоспособности и профилактика инвалидности (оптимальный эффект); предупреждение инвалидности за счет удлинения сроков лечения и временной нетрудоспособности (хороший эффект); снижение тяжести инвалидности (удовлетворительный эффект).

Реализация клинических задач и социального эффекта в ранней фазе Р у больных КРГ-1.1 достигается редко, чаще больные этой подгруппы переходят в КРГ-2 - фазу реабилитации больного с достижением оптимального и хорошего эффекта в этой фазе или (реже) переходом в КРГ-3 - при возникновении признаков инвалидности. **Продолжительность пребывания больного в КРГ- 1.1 варьирует от нескольких недель до 2-3 мес., продолжительность всего курса Р, включая пребывание в КРГ 2 и 3, - от нескольких месяцев до 2-х лет, после чего Р заканчивается. Вариант Р - одно - или повторно курсовая.**

КРГ -1.2 - вторая подгруппа ранней Р - включает больных с начальными проявлениями хронических инвалидизирующих заболеваний, еще не вызвавших последствий или проявившихся только легкими последствиями на органном уровне (артериальная гипертензия в начальной стадии, ИБС (ФК 1), латентная и начальная форма сахарного диабета, начальные проявления недостаточности кровоснабжения мозга, транзиторные ишемические атаки и др. хронические заболевания). Это самая многочисленная клинико-реабилитационная подгруппа. Решающим условием ее формирования является ранняя диагностика хронических заболеваний, позволяющая реализовать один из основных принципов МР - раннее начало Р. Как и в КРГ- 1.1 место проведения МР лечебно-диагностические службы. Этап организации медицинской помощи - амбулаторный, исполнители - лечащие врачи.

Цель Р у больных КРГ-1.2 - предупреждение инвалидности - первичная ее профилактика, которая начинается после возникновения инвалидизирующего заболевания, (т.е. на уровне вторичной профилактики заболеваний) и реализует часть задач диспансеризации больных, а именно, задачу профилактики инвалидности.

Задачи МР у больных КРГ-1.2 - профилактика возникновения последствий болезни на органном уровне (нарушений функций), предупреждение их прогрессирования, которое может привести к ограничению жизнедеятельности.

Социальная эффективность: отсутствие случаев временной утраты трудоспособности или уменьшение их числа и продолжительности, сохранение профессиональной пригодности.

Вариант Р - непрерывная или непрерывно курсовая. Непрерывность достигается продлением курса Р в домашних условиях, задания на дом рассчитываются на 3-6 мес. с последующим контролем в ЛПУ или проведением там повторного курса МР и коррекции домашнего задания.

Профилактика инвалидности в этой подгруппе наиболее эффективна как в клиническом, так и в социальном аспектах. При этом МР у больных КРГ-1.2 включает комплекс преимущественно немедикаментозных методов, так называемую "поведенческую" профилактику, основу которой составляет сбалансированное питание, контроль массы тела, достаточная

физическая активность, исключение вредных привычек. Программа МР также включает устранение вредных производственных факторов, широкий спектр физических методов (помимо рутинных, санаторно-курортное лечение, климатотерапию, нетрадиционные методы) и психотерапию. Опыт проведения профилактической работы показал, что использование перечисленного комплекса простых и доступных методов дает весомый и ощутимый эффект, а их низкая стоимость обуславливает высокую экономическую эффективность, что является существенным преимуществом раннего начала Р.

Немаловажное место в МР больных КРГ-1.2 занимают "образовательные" или "просветительные" программы, так называемые "**школы**", целью которых является привлечение больных к участию в лечебно-реабилитационном процессе. В школе больного знакомят с особенностями заболевания, факторами риска, методами диагностики, лечения возможными осложнениями и обучают "поведенческой" профилактике, методам ЛФК, активной кинезотерапии, аутогенной тренировки и др. реабилитационным воздействиям. Школы работают по групповому методу; в группу подбираются больные (10-12 чел.) с однородной патологией (школа гипертоника, больного диабетом, инфарктом миокарда, "астма-школа", школа движений позвоночника и др.). Обучение больного позволяет проводить профилактику возникновения и прогрессирования инвалидизирующих последствий заболевания по непрерывному варианту со значительным участием самого больного и снижением нагрузки ЛПУ. После обучения Р проводится по непрерывно-курсовому варианту (курсы Р в ЛПУ 1-4 раза в году и непрерывная Р в домашних условиях с выполнением заданной программы).

МР больных КРГ-1.2 проводится **без заполнения ИПР больного**, программа Р вносится в медицинскую карту. При проведении образовательной программы составляется коллективная программа обучения, а ИПР также не заполняется.

КРГ-2 - группа Р больных, у которых уже проявились явные инвалидизирующие последствия на органном или организменном уровне, и возникла потенциальная или реальная угроза инвалидности. Это могут быть затянувшиеся или стойкие последствия острых заболеваний или постепенно проявляющиеся последствия хронических болезней в выраженной их стадии. Вторая КРГ является чисто реабилитационной и обозначена как "**группа Р больного**", ибо собственно Р с использованием широкого спектра ее методов начинается после возникновения последствий болезни. **Место проведения МР - специализированные реабилитационные отделения или центры Р на амбулаторном, стационарном и санаторном этапах организации медицинской помощи.** Возможности других медицинских служб в проведении больных КРГ-2 недостаточны.

Ведущей целью Р здесь остается профилактика инвалидности в условиях ее угрозы и снижение тяжести возможной инвалидности.

Дифференциация больных КРГ-2 на 2 подгруппы проводится с учетом уровня проявления инвалидизирующих последствий и угрозы инвалидности.

КРГ-2.1 - подгруппа больных с последствиями на уровне органа (нарушением функций), которые еще не привели к ограничению жизнедеятельности или нарушают ее в незначительной степени (потенциальная угроза, инвалидности).

Цель Р - предупреждение инвалидности на уровне вторичной ее профилактики.

Задачи МР - функциональное восстановление (полное, частичное), стабилизация нарушенных функций или их компенсация с помощью медико-технических средств, предупреждение прогрессирования органических последствий и их перехода на организменный уровень (ограничение жизнедеятельности), сохранение трудоспособности.

Важным условием сохранения трудоспособности является вывод больного из производственной среды, способствующей неблагоприятному течению заболеваний. Поэтому, **наряду с МР у больных КРГ-2.1 при показаниях должна проводиться медико-профессиональная реабилитация** - подбор адекватной работы и трудоустройство по ВКК (социально-трудовая Р). Использование этих методов на этапе МР открывает возможность сохранения трудоспособности и предупреждения инвалидности в тех случаях, когда восстановление (компенсация) функций невозможна, выполняемая работа при данных нарушениях противопоказана, но возможно выполнение других видов труда.

Варианты МР у больных КРГ-2.1 могут быть различными. Курсовая Р показана больным с острыми заболеваниями (травмами), непрерывная (непрерывно-курсовая) Р проводится при хронических заболеваниях.

Исходы МР у больных КРГ-2.1 могут быть различными - от полного (частичного) функционального восстановления (компенсации), стабилизации дефекта при хронических заболеваниях до нарастания выраженности и уровня последствий с переходом в более тяжелые группы. Первые два исхода характеризуют медицинскую эффективность Р.

Социальная эффективность МР в КРГ-2.1 характеризуется сохранением трудоспособности или незначительным ее ограничением без инвалидности (трудоустройство по ВКК). Продолжительность ВН на период лечения и Р для достижения этой цели может быть различной - от оптимальной до длительной, если это необходимо для восстановления трудоспособности. В последующем периоде после возобновления трудовой деятельности критерием социальной эффективности Р будет являться отсутствие (редкая частота) новых случаев ВН и сокращение их сроков. Если эффект МР не достигается, больной переходит в более тяжелую подгруппу (КРГ-2.2).

КРГ-2.2 - подгруппа больных с выраженными последствиями болезни не только на органном, но и на организменном уровне, что создает реальную угрозу инвалидности. **ИПР - составляется.** Здесь Р - последняя мера профилактики (смягчения) инвалидности. Проведение Р в периоде, предшествующем инвалидности, является обязательным, т.к. согласно действующему "Положению о МРЭК" (1993), условием направления на освидетельствование в экспертно-реабилитационную комиссию служит проведение всего комплекса лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий.

Больным КРГ-2.2 в периоде преинвалидности Р проводится по курсовому варианту, причем продолжительность курса, ограничена временем, необходимым для уточнения трудового прогноза и реабилитационного потенциала (РП). Если выясняется невозможность возвращения больного к труду в обычных производственных условиях (низкий РП), курс Р проводится до уточнения этих вопросов и не может превышать срока, обязательного направления на МРЭК, составляя обычно 2-3 мес. После установления инвалидности больной переводится в КРГ-3. При благоприятном трудовом прогнозе и высоком РП (восстановление трудоспособности) или среднем РП (III группа инвалидности) продолжительность курса Р может быть удлинена. При необходимости удлинения курса Р свыше 4 мес. больной в обязательном порядке направляется на МРЭК для санкционирования продления лечения, после чего остается в КРГ 2.2 до полного или частичного восстановления трудоспособности.

Цель Р больных КРГ-2.2 - предупреждение инвалидности на уровне третичной ее профилактики (предупреждение перехода ограничений жизнедеятельности в последствия на социальном уровне - социальную недостаточность) или смягчение тяжести инвалидности. При этом причиной социальной дезадаптации может быть не только нарушение трудоспособности, но и ограничение других сторон жизнедеятельности (передвижения, самообслуживания, общения и др.).

Задачи МР: смягчение выраженности нарушенных функций, преодоление (смягчение, компенсация) ограничений жизнедеятельности, стабилизация последствий (предупреждение их прогрессирования).

Социальная эффективность: оптимальная - предотвращение инвалидности; хорошая - выход на III группу инвалидности (при угрозе II или I); удовлетворительная - выход на II группу инвалидности при существовавшей угрозе I группы, т.е. восстановление основных навыков самообслуживания.

Сроки ВН у больных этой подгруппы часто продолжительные, что оправдывается получением социального эффекта, поэтому они не рассматриваются в качестве критериев эффективности МР в этом случае. Затягивание сроков ВН при отсутствии социального эффекта необоснованно.

КРГ - 3 - группа Р в фазе инвалидности. Р этих больных начинается после установления инвалидности во МРЭК, где согласно "Закону о социальной защите инвалидов в РФ" составляется ИПР инвалида, выполнение которой в лечебных и др. учреждениях является обязательным. ИПР инвалида включает в себя не только МР, но и другие виды Р - социально-бытовую и профессиональную, что гарантировано предоставлением инвалиду ряда мер социальной помощи и защиты и развитием реабилитационных услуг в системе социальной защиты населения, образования, службе занятости и др. ведомствах, обязанных адаптировать среду обитания к нуждам инвалидов.

Однако, МР - первый и важнейший этап Р инвалидов, который начинается с момента признания больного инвалидом во МРЭК. Последняя составляет ИПР инвалида и контролирует ее

выполнение. МР инвалидов осуществляется там же, где и больных второй группы - в отделениях (центрах) реабилитации.

Дифференциация инвалидов на подгруппы проводится в зависимости от их РП.

Под РП понимают комплекс биологических и психофизических свойств человека, позволяющих в той или иной степени реализовать его потенциальные способности. Для оценки РП важно определить реабилитационный прогноз - предполагаемую вероятность реализации реабилитационного потенциала. Для формирования подгрупп инвалидов КРГ-3 наиболее значимым является потенциал восстановления трудоспособности и трудовой прогноз. **В зависимости от возможности восстановления трудоспособности инвалиды КРГ-3 подразделяются на 3 подгруппы.**

КРГ-3.1 - инвалиды с высоким РП, у которых возможно восстановление трудоспособности. Это может быть достигнуто как за счет восстановления функций и критериев жизнедеятельности, так и за счет медико-профессиональной Р - подбора профессии, равноценной утраченной вследствие заболевания и не содержащие медицинских противопоказаний к ее выполнению. Иногда при этом возникает потребность и в профессиональной Р - направления в службу занятости для обучения новой профессии и/или конкретного трудоустройства на рабочем месте. Высокий РП определяется у инвалидов III группы, особенно в тех случаях, в которых основной причиной инвалидности служит потеря квалифицированной профессии при невозможности равноценного трудоустройства, а последствия болезни выражены легко и проявляются только на уровне органа.

Критерием эффективности Р инвалидов КРГ-3.1 служит "полная Р инвалида", признание его трудоспособным и возвращение к труду.

КРГ - 3.2 включает инвалидов со средним РП, у которых возможно частичное восстановление трудоспособности в обычных производственных условиях. В эту подгруппу попадают, во-первых, инвалиды II группы с выраженными затянувшимися последствиями болезни (обычно при остром их проявлении), которые в результате Р могут быть уменьшены или компенсированы с помощью технических средств, что будет способствовать частичному восстановлению трудоспособности больных. Такие инвалиды нуждаются в активной МР, а нередко и в медико-профессиональной и профессиональной Р, во-вторых, сюда относятся и инвалиды III группы, которые в связи с утратой профпригодности прекратили трудовую деятельность, а подбор новой профессии без снижения уровня их профессиональной Р невозможен. Эти инвалиды нуждаются в профподборе (МПР) и профессиональной Р при содействии службы занятости.

Критериями эффективности Р больных КРГ-3.2 служит понижение тяжести инвалидности (до III группы) и возвращение к труду инвалидов III группы, которые прекратили работу после установления инвалидности.

КРГ - 3.3 - инвалиды с низким РП. Сюда относятся инвалиды I или II группы, которые могут быть адаптированы к труду в специально созданных условиях, или инвалиды, нуждающиеся в социально-бытовой Р. В этой подгруппе ведущее место занимают медицинская и социально-бытовая Р. Последняя включает материальное обеспечение, снабжение бытовыми техническими средствами и адаптацию к ним, средствами передвижения, услугами территориальных центров социальной защиты, адаптацию жилья. После частичного или полного восстановления социально-бытовой активности присоединяется профессиональная Р, направленная на создание возможности домашнего труда, работы на предприятиях для инвалидов (слепых, с поражением опорно-двигательного аппарата и др.) или трудоустройство инвалидов I и II группы на обычном предприятии.

Р больных КРГ-3.3 у инвалидов I группы может привести к социально-экономическому эффекту - понижению тяжести инвалидности до II группы, если Р приводит к достижению личной независимости больного от посторонней помощи. В большинстве случаев тяжесть инвалидности не изменяется. **Критерием эффективности Р** в подобных случаях является расширение рамок социально-бытовой активности с помощью технических средств и приемов компенсации и/или приспособление инвалидов I и II группы к труду в специально созданных условиях.

Приведенная группировка реабилитантов носит универсальный характер адекватна для любой инвалидизирующей патологии, что позволяет использовать ее в отделениях реабилитации широкого профиля. В специализированных отделениях и центрах базисная группировка может быть дифференцирована на большее число подгрупп с учетом особенностей объекта Р.

В то же время выделение КРГ позволяет выдвинуть конкретные цели, задачи и сроки Р и проводить дифференцированную оценку эффективности Р в каждой КРГ, что придаст отчетности службы Р более конкретный характер.

14.7. Основные отличия реабилитации от лечения

И лечение, и реабилитация решают во многом схожие задачи, направленные на ликвидацию последствий заболевания или травмы с целью возвращения больного к труду и в общество. Зачастую реабилитация рассматривается либо как продолжение лечения или как восстановительное лечение, либо как процесс, охватывающий все виды воздействий на больного в связи с чем, лечение, профилактика и диспансеризация трактуются как различные аспекты МР.

В то же время следует учитывать, **что реабилитация имеет некоторые только ей присущие особенности, которые и позволяют разграничить эти два понятия: лечение и реабилитация.**

1. Следует помнить, что лечение направлено на борьбу с болезнью, на этиотронные факторы, на устранение причины и сущности болезни. Реабилитация же, прежде всего, направлена на мобилизацию защитных механизмов организма.

2. Лечение всегда направлено на проявление болезни, в то время как реабилитация направлена на ее последствия и на их устранение.

3. Лечение – это то, что направлено на организм сегодня, направлено на настоящее, а реабилитация больше адресуется к личности и устремлена как бы в будущее

4. В реабилитации постоянно определяется прогнозирование, определение реабилитационного потенциала, трудового прогноза. Лечение же направлено на конкретную ликвидацию или компенсацию заболевания.

5. Лечение может проводиться без участия больного и является в определенной мере пассивным методом, в то время как реабилитация требует активного участия больного в реабилитационном процессе.

6. Лечение и реабилитация базируются на различных темах прогноза. Если лечение строится обычно на нозологическом и синдромологическом диагнозе, то реабилитация опирается на функциональный диагноз.

При определении численности больных, нуждающихся во всех видах реабилитации, ВОЗ предлагает исходить из показателя 20-25% от общего числа больных, нуждающихся в больницах общего профиля, а среди больных с нарушениями локомоторной (двигательной системы – до 75% (Ренкер К., 1980). В России по данным Всесоюзного научно-исследовательского института социальной гигиены и организации здравоохранения им. Н.А. Семашко (1980), из общего числа госпитализированных в отделения терапевтического профиля в восстановительном лечении нуждаются 8,37 на 10 000 всего населения, в отделения хирургического профиля – 20,91 на 10 000, неврологического – 21,56 на 10 000 всего населения; в целом долечиванию подлежат от 20 до 30% в зависимости от основного профиля отделения, что требует 6,16 койки на 10 000 населения. В амбулаторной реабилитации, согласно данным Н.А. Шестоковой и соавт. (1980), нуждаются 14-15% из числа обращающихся в поликлинику, причем около 80% из них составляют лица с последствиями повреждений опорно-двигательного аппарата. По данным К.А. Самушия (1998) в Республике Беларусь нуждаемость в медицинской реабилитации больных неврологического, терапевтического и ортопедо-травматологического профиля составляет 173,2 на 10 000 населения.

Для определения приоритетности отдельных форм заболеваний в плане обеспечения пациентов, страдающих этими заболеваниями, реабилитационной помощью. А.Н. Беловой (1998) предложена следующая формула расчета этой приоритетности, учитывающая как распространенность заболеваний, так и их «вклад» в снижение трудоспособности и инвалидизацию населения в конкретном регионе:

$$П = З \times И \times Вн,$$

где:

П – приоритетность заболевания в отношении необходимости реабилитации;

З – доля данной нозологической формы в структуре заболеваемости;

И – доля данной нозологической формы в структуре инвалидности;

Вн – средняя продолжительность временной нетрудоспособности одного случая заболевания.

Данные, необходимые для проведения расчетов, получают путем выборочного анализа медицинской документации и статистических отчетов региональных медучреждений и МРЭК.

Курс медицинской реабилитации не имеет каких-либо конкретных временных стандартов и может длиться от одной-двух недель до нескольких месяцев (реабилитационные программы) в зависимости от тяжести заболевания и выраженности его последствий. В то же время следует помнить, что реабилитация – очень дорогое, финансовое мероприятие и во многих странах осуществление реабилитационных мероприятий и их объем напрямую зависят от возможностей пациента либо государства компенсировать реабилитационному учреждению затраты на реабилитацию. Так, ежегодные затраты на реабилитацию одного больного в США (по финансовым отчетам государственной программы медицинского страхования Медикейд) составляют: инсульт - 1625\$, спинальная травма - 1132\$, перелом бедра - 1089\$, кардиолегочные заболевания - 681\$, ортопедо-хирургические заболевания - 648\$ болезни позвоночника - 605\$ (А.Н. Белова, О.Н. Шепетова, 1998). Высока стоимость реабилитационных мероприятий и в нашей стране.

Поэтому при безусловном бесплатном оказании медицинской помощи населению, объем которого предусмотрен в Постановлении Совета Министров Республики Беларусь № 963 от 18.07.2002 г. «О государственных минимальных социальных стандартах в области здравоохранения» необходимо предусмотреть и объем реабилитационных услуг, которые могут оказываться на платной основе в соответствии с Постановлением Совета Министров Республики Беларусь № 871 от 28.06.2002 г. «Об утверждении положения о порядке оказания платных медицинских услуг в государственных организациях здравоохранения».

14.8. Реабилитационный потенциал

Введение экспертно-реабилитационного процесса в практику медико-социальной экспертизы в Республике Беларусь, реализация на практике технологии медицинской реабилитации требует выработки и внедрения четких установок при определении целей реабилитации и планировании реабилитационных программ, а также оценке их эффективности. Поэтому для определения прогноза восстановления нарушенных функций и возможности возвращения больного к трудовой деятельности в каждом конкретном случае должен определяться так называемый реабилитационный потенциал.

Реабилитационный потенциал (РП) больного или инвалида - показатель, оценивающий на основе комплекса медицинских, психологических и социальных факторов реальные возможности восстановления нарушенных функций и способностей организма, в том числе участия в трудовой деятельности. Оценка РП должна учитывать возможности обратимости и (или) компенсируемости функциональных нарушений, психологическую готовность больного или инвалида к реабилитации, наличие и степень выраженности сопутствующих заболеваний, возможности компенсации патологии при помощи технических средств, а также возможность сохранения имеющегося уровня патологии при прогрессирующем течении процесса. Определение РП базируется на комплексной оценке 3-х групп факторов.

Медицинские факторы:

- клиническое течение заболевания (характер заболевания, степень выраженности последствий основного и сопутствующих заболеваний, частоту обострений, наличие синдрома взаимного отягощения, эффективность лечения и потребность в курсовом, поддерживающем лечении для стабилизации патологического процесса, возможности обратного развития заболевания);

- наличие функциональных резервов организма, определение способностей организма к развитию компенсаторных возможностей человека (определение показателей работоспособности в условиях физических и психоэмоциональных нагрузок и «цены» адаптации к ним);

- клинико-трудовой прогноз с определением возможности продолжения трудовой деятельности в своей специальности или определением доступной тяжести и напряженности трудового процесса.

Психологические факторы:

- психологические особенности личности реабилитанта;

- определение установки на продолжение трудовой деятельности или возможность ее коррекции;

- адекватное отношение к болезни и лечению;
- наличие пре- или постморбидных нервно-психических нарушений.

Социальные факторы включают:

- место жительства реабилитанта;
- уровень и разносторонность образования и профессиональной подготовки;
- профессиональная пригодность в основной профессии, наличие других квалифицированных специальностей;
- возможность приобретения другой, показанной по состоянию здоровья профессии (при профессиональной непригодности в основной профессии);
- наличие условий для рационального трудоустройства;
- экономическое положение реабилитанта и его семьи.

С учетом вышеизложенных медицинских, психологических и социальных факторов определяется РП: высокий, средний или низкий.

Высокий реабилитационный потенциал позволяет рассчитывать на полную обратимость или компенсируемость функциональных нарушений или возможности компенсации (в том числе техническими средствами) патологии на уровне ФК-1, (незначительные или легкие нарушения функций до 25%) без явного ограничения жизнедеятельности, в том числе полное восстановление трудоспособности или незначительное ее ограничение.

К реабилитантам с **высоким реабилитационным потенциалом** относятся лица:

- с незначительными или умеренными нарушениями функций вследствие основного заболевания;
- при благоприятном течении, с редкими, нетяжелыми обострениями, на фоне преимущественно немедикаментозной поддерживающей терапии.

Средний реабилитационный потенциал позволяет рассчитывать на частичную обратимость функциональных нарушений (до ФК12). Он также определяется при наличии сопутствующей патологии или низкой мотивации на труд. Эти нарушения приводят к значительному ограничению трудоспособности, другие критерии нарушаются в легкой степени (ФК1).

К реабилитантам **со средним реабилитационным потенциалом** относятся лица:

- с умеренными, но стойкими нарушениями функций вследствие основного и сопутствующего заболевания, с умеренно выраженным синдромом взаимного отягощения;
- при средней частоте обострений хронических заболеваний на фоне поддерживающего лечения;
- при умеренном снижении физической работоспособности (у лиц физического труда) и способности к психоэмоциональным нагрузкам, которая может быть в дальнейшем сохранена или повышена в результате медицинской реабилитации;
- с адекватной внутренней картиной болезни (при наличии анозогностического и эргопатического типов отношения к болезни и лечению);
- с благоприятным клиническим прогнозом по результатам клинико-эргометрического наблюдения;
- имеющие положительную трудовую установку или с возможностью ее коррекции при реализации некоторых условий;
- профпригодные к выполнению работы в своей профессии, но со снижением объема или имеющие возможности для переобучения в новой показанной профессии меньшего объема;

Низкий реабилитационный потенциал позволяет рассчитывать на сохранение имеющихся нарушений до уровня ФК-3 или компенсируемость патологии доступными средствами до этого. Это реабилитационный потенциал имеют лица со значительными стойкими ограничениями жизнедеятельности (от 50 до 75% и выше).

К реабилитантам с **низким реабилитационным потенциалом** относятся лица:

- со значительными нарушениями функций вследствие основного заболевания или с тяжелым синдромом взаимного отягощения при сочетании 2 и более заболеваний с выраженными нарушениями функций;
- при обострениях средней частоты или частоты, несмотря на постоянное комплексное курсовое и поддерживающее лечение;

- при низкой физической работоспособности с незначительной ее динамикой или без динамики в течение 1-2 и более лет;
- при незначительном эффекте медицинской реабилитации;
- при неадекватной внутренней картине болезни с преобладанием эгоцентрического типа отношения к болезни и лечению;
- профпригодные к труду со значительными ограничениями в своей профессии или иной, подобранной с учетом ранее приобретенных профессиональных навыков;
- при возможности рационального трудоустройства в специально (индивидуально) созданных условиях.

Реабилитационный потенциал отсутствует при невозможности адаптировать человека к труду, полном отсутствии мотивации на труд, а также при наличии сопутствующих заболеваний, степень выраженности которых полностью препятствует выполнению любой трудовой деятельности.

Соответственно величине реабилитационного потенциала определяются задачи программы реабилитации:

- **при высоком РП:** а) повысить до требований основной профессии физическую или умственную работоспособность; б) сформировать адекватное отношение к болезни и лечению; в) вернуть к основной профессии или обучить новой показанной профессии с последующим рациональным трудоустройством;

- **при среднем РП:** а) уменьшить патоморфологические изменения; б) стабилизировать клиническое течение хронических заболеваний и уменьшить тяжесть нарушений функций; в) повысить физическую или умственную работоспособность; г) сформировать адекватное отношение к болезни и лечению; д) оптимизировать методику лечения с проведением постоянно поддерживающего лечения в случае нестабильного течения (с обострениями средней частоты или частыми); е) работы в своей профессии или обеспечить ее продолжение, с уменьшением объема; ж) вернуть к работе после переобучения в новой показанной профессии; з) при необходимости провести эффективную коррекцию трудовой установки;

- **при низком РП** у лиц с положительной трудовой установкой: а) получить умеренный или даже незначительный клинический эффект со стабилизацией течения хронических заболеваний; б) повысить, хотя бы незначительно, работоспособность; в) выработать более адекватное отношение к болезни и лечению, которое должно быть при хронической патологии постоянно поддерживающим и комплексным, с проведением повторных курсов; г) обеспечить продолжение трудовой деятельности в специально созданных условиях и с использованием профессиональных навыков и знаний.

14.9. Технология медицинской реабилитации

Реабилитационная технология должна включать в себя следующие стадии:

- экспертно-реабилитационная диагностика;
- определение реабилитационного потенциала;
- определение клинико-реабилитационных групп;
- проведение медико-социальной экспертизы;
- составление индивидуальной программы реабилитации;
- проведение индивидуальной программы реабилитации;
- оценка эффективности проведенной реабилитации.

Первая стадия технологического процесса – **экспертно-реабилитационная диагностика** – включает оценку последствий заболевания или травмы, которые являются объектом реабилитации. Оценка выраженности нарушенных функций и способностей производится по ФК, описанным выше. При этом оцениваются имеющиеся у реабилитанта нарушения и ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной недостаточности.

Вторая стадия – **определение реабилитационного потенциала** описана выше и направлена на определение адекватных целей и задач реабилитации.

Третья стадия – **определение клинико-реабилитационных групп** является логическим продолжением предыдущей стадии и распределяет реабилитантов на группы в зависимости от степени выраженности: ограничений жизнедеятельности, типа и уровня инвалидизирующих последствий имеющегося реабилитационного потенциала.

Четвертая стадия – **проведение медико-социальной экспертизы** подразумевает оценку степени выраженности отдельных нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности имеющихся у реабилитанта как вследствие перенесенного заболевания, травмы или увечья; изучение динамики предыдущей инвалидности (если она имела место), изучение профессионального маршрута и определение основной профессии реабилитанта; изучение его социального и бытового статуса, предварительное предполагаемое экспертное решение на момент первичного проведения медико-социальной экспертизы.

Пятая стадия – **составление индивидуальной программы реабилитации**.

По результатам проведения первых четырех этапов врач-реабилитолог составляет индивидуальную программу реабилитации конкретного реабилитанта в которой отражаются исходное состояние нарушенных функций и имеющихся ограничений жизнедеятельности, ставится конкретная цель реабилитации и указывается планируемый объем реабилитационных мероприятий с точной их дозировкой и порядком осуществления.

Шестая стадия – **проведение индивидуальной программы реабилитации** предполагает выполнение тех реабилитационных мероприятий, которые были запланированы при ее составлении, включая психологические, физические, рефлекторные, медикаментозные методы, методы диетотерапии бытовой адаптации, трудотерапии, «школы больного» и др. В ходе выполнения индивидуальной программы реабилитации больной осматривается врачом-реабилитологом, представляется на заседания реабилитационной бригады для коррекции проводимой реабилитации, промежуточной оценки ее качества и эффекта.

Седьмая стадия – **оценка эффективности проведенной реабилитации** – подводит итог реабилитационным мероприятиям и определяет достигнутый эффект. При этом врач-реабилитолог должен оценить уровень достижения поставленной цели. Это достигается сравнением исходного состояния и достигнутого уровня трудоспособности реабилитанта, степени выраженности нарушений и ограничений жизнедеятельности до и после реабилитации, оценивается техническое исполнение индивидуальной программы реабилитации в зависимости от запланированного объема реабилитационной помощи. Полнота выполнения ИПР может быть полной, частичной или не выполненной, а цель не достигнута. В последнем случае указываются причины невыполнения ИПР. На этой же стадии реабилитационного процесса врачом-реабилитологом составляются рекомендации по дальнейшей медицинской или медико-профессиональной реабилитации (в случае угрозы потери профессиональной пригодности), профессиональной реабилитации (в случае необходимости приобретения новой профессии или адаптации рабочего места), мероприятиях социальной реабилитации.

Ниже приводится схема организации реабилитации, включающая вопросы медицинской и медико-профессиональной реабилитации на примере неврологических больных (рис.14.1).

Таким образом, соблюдение технологии медицинской реабилитации позволяет в каждом конкретном случае правильно ставить цель, составлять индивидуальную программу реабилитации и достигать запланированного результата, что и является положительным итогом работы не только врача-реабилитолога, но и всего коллектива реабилитационного учреждения.

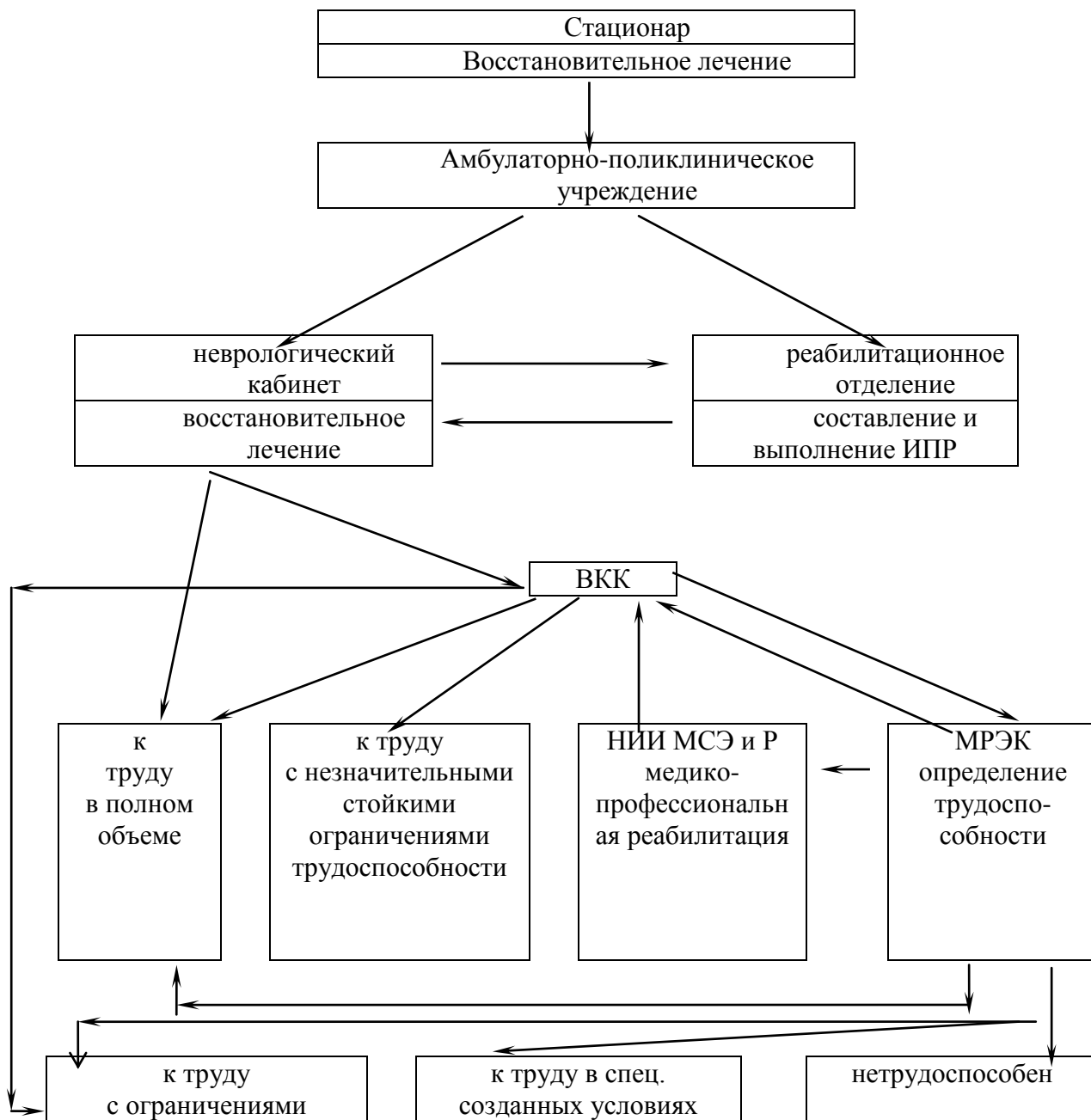


Рис. 14.1. Схема организации реабилитации на медицинском и медико-профессиональном этапах

ГЛАВА XV

ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И ПОДГОТОВКА КАДРОВ

Теоретической основой медицинской реабилитации служит концепция последствий болезни, разработанная экспертами ВОЗ в рамках «Номенклатуры нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности», в соответствии с которой термин «медицинская реабилитация» должен получить социальную направленность. Концепция последствий болезни существенно сужает круг объектов реабилитации, так как многие заболевания вызывают однородные последствия, что позволяет реабилитанту владеть методами медицинской реабилитации при самой разной патологии.

Основной задачей медицинской реабилитации является восстановление возникших ограничений жизнедеятельности, а не только восстановление и компенсация утраченных функций.

Реализация одного из основных принципов реабилитации – «раннее начало» требует интеграции медицинской реабилитации в лечебно-диагностический процесс на всех этапах организации медицинской помощи. Определенные конкретные методы и средства реабилитации необходимы больным с первого дня болезни, причем при любых формах лечения – хирургических, медикаментозных, психотерапевтических и др. Именно они позволяют у больных в остром периоде заболеваний и перенесенных травм преодолеть риск развития ограничений жизнедеятельности. Об этом свидетельствует имеющий опыт в организации восстановительного лечения и этапной реабилитации больных с инфарктом миокарда, мозговым инсультом, после коронарного шунтирования, операций на желудке.

Контингентом реабилитационных отделений различного уровня являются лица с возникшими в результате заболеваний и травм ограничениями жизнедеятельности и имеющие реабилитационный потенциал.

На разных этапах медицинской реабилитации целесообразно развитие различных организационных форм учреждений.

Ведущим принципом медицинской реабилитации является этапная ее организация предусматривающая проведение медицинской реабилитации на всех этапах организации медицинской помощи.

Общим показанием к направлению на этапы медицинской реабилитации является наличие у больных реабилитационного потенциала (РП), хотя бы низкого. Определение РП является задачей лечебно-диагностического (лечебно-реабилитационного) этапа, предшествующего медицинской реабилитации. При отсутствии РП направление на этапы реабилитации не проводится. Показания к направлению больных на различные этапы реабилитации определяется комплексом факторов, основными из которых являются:

- состояние основных критериев жизнедеятельности (передвижение, общение, самообслуживание и др.), определяющее возможности пребывания в реабилитационном стационаре, самостоятельного посещения амбулаторного ОР, нахождения в санатории;
- необходимость проведения специфических методов медицинской реабилитации, которые не представлены на всех этапах реабилитации;
- наличие в месте проживания амбулаторного отделения реабилитации, доступного для посещения больными.

Стационарный этап медицинской реабилитации показан больным, у которых нарушена мобильность (передвижение), коммуникабельность (общение), ориентация, что не позволяет им посещать амбулаторно-поликлиническое учреждение. У жителей сельской местности показания могут быть обусловлены отсутствием амбулаторного отделения реабилитации в месте их проживания (Э.А. Вальчук, 1982).

Оптимальной формой стационарной реабилитационной помощи признаны крупные многопрофильные реабилитационные центры или больницы восстановительного лечения, в состав которых входят специализированные отделения для восстановительного лечения больных с последствиями заболеваний разного профиля с общей численностью коечного фонда 500-6000 коек (В.З. Кучеренко, 1987). В Санкт-Петербургской больнице № 40, располагавшей большим опытом

организации реабилитационной помощи в стационаре функционировали 3 неврологических отделений на 200 коек: для больных инсультами (одно – на 60 коек) и заболеваниями ПНС (два – на 140 коек), по одному для нейрохирургических и спинальных больных (по 60 коек), 3 ортопедо-травматологических отделений (по 60 коек), одно пульмонологическое отделение (на 90 коек), одно кардиологическое отделение (на 60 коек). В состав таких больниц помимо клинических отделений входят отделения ЛФК с механотерапией, физиотерапией, бальнеотерапией, ИРТ), плавательный бассейн, отделение трудотерапии с блоком эрготерапии и бытовой реабилитации, кабинеты психотерапии, логопедии и др. (Т.Д.Демиденко, 1989).

Стационарные отделения реабилитации могут быть неспециализированными и специализированными.

Неспециализированные отделения реабилитации предназначены для больных разного профиля (травматологических, терапевтических, неврологических и др.), они должны организовываться на базе многопрофильных городских больниц, ЦРБ), материально техническая база, которых используется в работе отделений реабилитации (лаборатории функциональная диагностика, ЛФК, физиотерапия и др.).

Специализированные стационарные отделения реабилитации предназначены для больных одного профиля, а иногда и одной нозологической формы, например, для больных ДЦП, мозговым инсультом, или заболеваний одного органа, например, специальных, кардиологических больных и до. Штатные нормативы таких отделений реабилитации в зависимости от их профиля должны содержать специальные должностные единицы (врача – психотерапевта, специалиста по ИРТ, мануальной терапии или психолога), инструктора по эрго - и трудотерапии, логопеда. В них должно быть увеличено число специалистов по ЛФК (кинезотерапии, массаж). Только при этом условии можно обеспечить достаточно высокий уровень организации реабилитации (Т.Д. Демиденко, 1989) и др.).

Располагаться специализированные стационарные отделения реабилитации должны в областных и Республиканских больницах, НИИ различного профиля при наличии в больнице или НИИ лечебно-диагностических отделений, соответствующих профилю отделений реабилитации, что предопределяет наличие хорошо оснащенной материальной базы, в условиях которой можно развивать современные технологии медицинской реабилитации. Помимо оказания реабилитационной помощи больным, специализированные отделения должны являться базой для методического обеспечения отделений реабилитации более низкого уровня. В условиях Республики Беларусь целесообразно открытие **неспециализированных отделений медицинской реабилитации** в каждой ЦРБ и городской больницах с учетом местной ситуации (структура заболеваемости и инвалидности населения, сеть и мощность лечебно- профилактических учреждений и т.д.).

Врач стационарного реабилитационного отделения составляет индивидуальную программу реабилитации в соответствии с имеющимися у пациента ограничениями жизнедеятельности с учетом возможностей лечебной физкультуры, физиотерапии и других подразделений. Основными принципами работы стационарных реабилитационных отделений является своевременность, непрерывность и последовательность проводимых мероприятий.

В Республике Беларусь необходимо также развитие **сети специализированных отделений медицинской реабилитации**, контингентом которых являются больные и инвалиды определенного профиля: неврологического, кардиологического, офтальмологического, психоневрологического (детские) профиля и др. Указанные специализированные отделения организуются на базе областных или крупных городских больниц, в республиканских клиниках, в структуре которых функционирует несколько специализированных лечебных отделений. Целесообразно открытие подобных специализированных отделений также в диспансерах кардиологического, фтизиатрического, психиатрического профилей. В отделениях такой организационной структуры работают врачи-реабилитологи узкого профиля, прошедшие специальную подготовку.

Указанные специализированные реабилитационные отделения, особенно функционирующие на базе НИИ и республиканских центров, могут носить статус центров, обеспечивая функции базового реабилитационного профильного учреждения с выполнением учебно-методической и консультативной работы.

Амбулаторно-поликлинический этап реабилитации показан больным, нуждающимся в восстановительном лечении, у которых нет выраженного ограничения жизнедеятельности, сохранена коммуникабельность и мобильность и в месте их проживания имеется соответствующее отделение реабилитации, которое пациент может посещать самостоятельно. Это наиболее массовый вид реабилитационной помощи (Э. А. Вальчук, 1982, К.А. Самушия, 1998, З.И. Богат, 1982 и др.).

Амбулаторные отделения реабилитации располагаются на базе крупных поликлиник для детей и взрослых и являются их структурным и подразделениями. Амбулаторные отделения реабилитации чаще всего организуются путем их вживления в имеющиеся в ЛПУ структуры. Они создаются на базе отделений восстановительного лечения или физиотерапии и включают в себя кабинеты физиотерапии, ЛФК, массаж, ИРТ, психотерапии, мануальной терапии и др. В состав отделений реабилитации включен и дневной стационар, при наличии – бассейн, сауна, кабинет бытовой реабилитации. Все это позволяет проводить комплексную реабилитацию больных и инвалидов.

Амбулаторный этап реабилитации – не только самый массовый, но и экономически наиболее дешевый и, в то же время высоко эффективный этап медицинской реабилитации (К.А. Самушия, 1998). Его развитию в Беларуси способствовало издание приказа № 13 (1993 г.) и № 309 (1997 г.), регламентирующих штатные нормативы амбулаторного отделения реабилитации. К началу 2005 г. в республике функционировало 295 отделений медицинской реабилитации, которые оказывают реабилитационную помощь в большом объеме.

Большинство отделений реабилитации амбулаторно-поликлинического этапа – неспециализированные и оказывают реабилитационную помощь больным разного профиля. Среди них преобладают терапевтические, неврологические и ортопедотравматологические больные, причем удельный вес больных разного профиля довольно значительно варьирует, что зависит от активности специализированных служб в использовании медицинской реабилитации.

Специализированных амбулаторных отделений медицинской реабилитации мало, главным образом это детские центры – для детей с ДЦП, аллергическими заболеваниями и бронхиальной астмой, функционирует центр стомийных больных.

На амбулаторный этап реабилитации больные поступают с предшествующих этапов реабилитации (стационарного или санаторного), либо по направлению лечащих врачей или МРЭК. Медицинская реабилитация на амбулаторном этапе проводится в соответствии с ИПР больного либо инвалида. ИПР больного составляет лечащий врач, а если в отделениях реабилитации имеются реабилитологи с медицинской специализацией (невропатологи, кардиологи и др.), то ИПР составляет реабилитолог. Далее ИПР поступает на заседание реабилитационной комиссии, где программа корректируется, назначаются конкретные виды и объемы медицинской реабилитации, их очередность, оценивается совместимость. Здесь же формируется цель медицинской реабилитации и ожидаемый результат. Если в отделениях реабилитации нет комиссии, то коррекцию программы проводит заведующий отделением реабилитации, при необходимости консультируясь со специалистами отделения.

Важную роль в организации медицинской реабилитации на амбулаторном этапе играет заместитель главного врача по медицинской реабилитации и медико-социальной экспертизе. От него во многом зависит своевременность направления больного на медицинскую реабилитацию, количество больных охваченных медицинской реабилитацией решение вопросов экспертизы временной нетрудоспособности (ВН) и направления на МРЭК реабилитантов.

«Инструкция о порядке выдачи документов, удостоверяющих ВН» (2002), предусматривает контроль ВКК за тактикой ведения длительно болеющих – через 30, 60, 90, 105 дней от начала ВН и обязательное направление их на МРЭК не позднее 120 дней от начала ВН. Одной из задач контроля на ВКК является отбор длительно болеющих на медицинскую реабилитацию, при показаниях ВКК имеет возможность направить больного на медицинскую реабилитацию не позднее 1 месяца от начала ВН, если лечащий врач и заведующий отделением не сделали этого ранее. Широкое использование методов медицинской реабилитации на амбулаторном этапе призвано обеспечить как улучшение здоровья больных, так и уменьшение социальных потерь – сокращение ВН и предупреждение инвалидности.

Таким образом, **на поликлиническом этапе** дальнейшее развитие должна получить сеть отделений медицинской реабилитации районного и городского уровня: в территориальных городских поликлиниках, поликлиниках районных больниц, ведомственных поликлиниках, медико-санитарных частях и др. На данном уровне осуществляется учет контингента нуждающихся в реабилитации, определяется направление больных и инвалидов на этапы реабилитации. Врач-реабилитационного отделения поликлиники работает по тем же принципам, что и врач стационарного отделения реабилитации, тесно сотрудничая с участковыми врачами, врачами физиотерапевтических отделений и лечебной физкультуры, согласовывая и организуя их работу в соответствии с индивидуальной программой реабилитации конкретного больного.

Домашний этап медицинской реабилитации – пока еще только развивается и представлен слабо. Он осуществляется амбулаторными учреждениями. Показания к проведению домашнего этапа медицинской реабилитации различны. В проведении этого этапа реабилитации нуждаются две категории больных:

Больные, не имеющие реабилитационного потенциала. Главная задача реабилитации этих больных, проведение комплекса приспособительных мероприятий для адаптации больного к пребыванию в домашних условиях: обучение больного приемам адаптации, а его родственников – приемам ухода за больным, психологическая поддержка, освоение навыков самообслуживания, обеспечение техническими средствами и медикаментами для компенсации нарушенных функций и способностей, поддерживающие курсы лечения для предупреждения или замедления прогрессирования заболевания.

Как правило, это тяжелые больные и инвалиды с резким ограничением разных сторон жизнедеятельности (самообслуживания, передвижения и др.). Необходимая реабилитация этих больных может осуществляться путем организации «стационара на дому». Такая форма медицинской реабилитации является дорогостоящим, что создает трудности в ее организации: требуется выделение специального персонала для проведения реабилитации пациентов на дому и транспорта для доставки персонала и аппаратуры. В Республиканской больнице Управления делами Президента медицинская реабилитация на дому проводится, преимущественно силами среднего медицинского персонала (методистами ЛФК, массажистами, физиотерапевтическими сестрами). В их задачу входит не только осуществление реабилитационных мероприятий, но и обучение родственников приемами ЛФК, массажа, ухода за больным (И.П. Абельская, О.Н. Михайлов и др. 2002). В начале курса домашней реабилитации больного навещает врач-реабилитолог (зав.отделением медицинской реабилитации), в дальнейшем врачебное наблюдение осуществляет участковый врач. В задачи врачебного наблюдения входит не только составление программы реабилитации и контроля за состоянием больного и переносимостью процедур, но и проведение психотерапии, налаживание внутрисемейных отношений.

В связи со сложностью и дороговизной домашнего этапа медицинской реабилитации получает развитие ее проведение на платной основе. В условиях стационара на дому проводится нейрореабилитация больных с последствиями инсульта в Центре патологии речи и нейрореабилитации (г. Москва). В «стационар на дому» принимают больных, лишенных возможности самостоятельно выполнять гигиенические функции и самообслуживание, что не позволяет госпитализировать их в реабилитационный стационар. К реабилитационному процессу привлекаются родственники. В течение одного года проходят нейрореабилитацию на дому 300-350 человек. Нейрореабилитация на дому решает проблемы психологической адаптации больных и родственников, корректирует поведение больного и изменения психологической структуры его личности, улучшает качество жизни больного и его окружения (В.М. Тиблюкова и соавт., 2001).

Вторая категория – реабилитанты, нуждающиеся в непрерывной либо длительной реабилитации с чередованием ее курсов в ЛПУ и на дому. В отличие от первой группы здесь реабилитация на домашнем этапе проводится самим больным. Домашнее задание вырабатывается на предшествующем этапе реабилитации и осваивается больным в период наблюдения его в ЛПУ. Программа домашнего этапа включает такие методы как ЛФК, физические тренировки, медикаментозную реабилитацию, аутогенные тренировки, релаксацию и др.

Больные этой группы не нуждаются в посещении их на дому медперсоналом, при необходимости контроля за состоянием больного и правильностью выполнения программы,

реабилитант сам посещает ЛПУ. Это снимает финансовые затраты, необходимые для больных первой категории, и обеспечивает непрерывность реабилитации и повышает ее эффективность.

Обширные задачи в области реабилитации больных и инвалидов требуют постоянного повышения уровня подготовки персонала, работающего в этом направлении. Ведь успешная и эффективная реабилитация больных и инвалидов возможна только в содружестве с хорошо подготовленными работниками, участвующими в процессе реабилитации: врачей, среднего медицинского персонала, психологов, физиологов труда, трудотерапевтов, эрготерапевтов, специалистов по лечебной физкультуре, социальных работников, юристов и др.

До настоящего времени узловой проблемой развития реабилитации в нашей республике является кадровое обеспечение службы реабилитации и медицинских служб, осуществляющих раннюю реабилитацию больных. Базовая подготовка врачей-лечебников должна включать такую дисциплину как медицинская реабилитация. Основы медицинской реабилитации должны быть также включены в цикл усовершенствования врачей клинического профиля.

Эффективность функционирования сети реабилитационных структур возможна только при наличии подготовленных специалистов.

В настоящее время в системе здравоохранения Республики Беларусь подготовка реабилитологов осуществляется на кафедре медико-социальной экспертизы и реабилитации Белорусской медицинской академии последипломного образования. Кафедра готовит реабилитологов широкого профиля (заведующих многопрофильными отделениями реабилитации, врачей этих отделений), экспертов-реабилитологов (заместителей главного врача ЛПУ по медицинской реабилитации и экспертизе, врачей МРЭК), а также заведующих отделениями (терапевтическими, неврологическими, травматологическими и хирургическими) по актуальным вопросам МСЭ и реабилитации в специализированных службах. В БелМАПО решены вопросы подготовки по рефлексотерапии, физиотерапии, мануальной терапии, психотерапии, Гродненский медицинский институт проводит базисную подготовку медицинских психологов.

Однако существующая 2-х месячная, тем более 2-х недельная, подготовка врачей-реабилитологов явно недостаточна по срокам и объему, необходимых для усвоения знаний. Зарубежный опыт показывает, что полноценная последипломная подготовка врача-реабилитолога возможна только как минимум в течение 2-х годовичного срока. Для эффективной работы врача-реабилитолога общего профиля необходимо обучить неврологии, травматологии, кардиологии, функциональной диагностике, физиотерапии, эрготерапии. Подготовку врачей-реабилитологов для неспециализированных отделений медицинской реабилитации необходимо осуществлять путем последипломной 2-х годовичной стажировки или обучения в течение 2-х лет в клинической ординатуре, сохранив существующую систему усовершенствования этих врачей.

Врач-реабилитолог узкопрофильного (специализированного) отделения должен иметь специализацию по соответствующему профилю. Подготовка специалистов-реабилитологов для указанных специализированных отделений реабилитации может проводиться в рамках клинической ординатуры или аспирантуры при соответствующих кафедрах медицинских университетов, БелМАПО и НИИ как по общим вопросам медицинской реабилитации, так и по ее узким направлениям (травматология, ортопедия, неврология, кардиология, хирургия и т.д.).

Ключевой фигурой в медицинской реабилитации являются средние медработники - инструктора-методисты по реабилитации (кинезотерапевты, физикотерапевты). Их подготовка должна быть идентичной 4-х годовичной подготовки физикотерапевтов в Германии, США, Польше, Швеции. К такой форме обучения этих специалистов стремится Академия спорта, но количество их выпускников не позволяет в ближайшее время обеспечить потребность в специалистах для системы здравоохранения. Потребность в инструкторах-методистах по реабилитации (необходимых для работы во всех типах реабилитационных учреждений) значительно возрастает при организации их работы по индивидуальному принципу: работа один на один с пациентом или работа в небольших группах. Имеющийся зарубежный и отечественный опыт диктует необходимость признания индивидуальной работы кинезотерапевтов приоритетной. Для подготовки указанных специалистов необходима реорганизация системы подготовки средних медработников: перепрофилизация одного из медицинских училищ либо подготовка инструкторов-методистов по реабилитации на отдельном факультете по отдельной программе. Учитывая

необходимость большого числа указанных специалистов для реабилитационных учреждений республики в ближайшие годы целесообразны обе указанные формы подготовки.

Специфика проведения мероприятий медицинской реабилитации требует также привлечения таких специалистов как психолог, психотерапевт, логопед, эрготерапевт, профконсультант и др. основой проведения реабилитации является кинезотерапия, т.е. лечение посредством движения, использования с лечебной целью различной форм движения, двигательной активности и естественных моторных функций человека. Составной частью кинезотерапии является эрготерапия, цель которой – восстановление и дальнейшее улучшение отсутствующих или утраченных функций у больных и инвалидов для достижения ими максимально высокого уровня независимости и самостоятельности на бытовом и профессиональном уровне.

Для достижения максимального реабилитационного эффекта необходимо в обязательном порядке определять психологические особенности больного, его установку на выздоровление и труд, на возвращение в общество. Не менее важным в процессе реабилитации является определение дефектных и профессионально значимых функций, позволяющих определить профессиональную пригодность больного или правильно решить вопрос о рациональном подборе новой профессии и адаптации к ней. Многие заболевания протекают с тяжелыми комбинированными нарушениями как двигательных, так и речевых функций. Поэтому в процессе реабилитации должны использоваться индивидуальные и групповые занятия с логопедом. Таким образом, в процессе проведения медицинской реабилитации необходима консолидация врачей-реабилитологов, психологов, психотерапевтов, профконсультантов, логопедов, кинезотерапевтов и др.

Успешное решение поставленных задач для реабилитационных отделений всех уровней возможно при формировании оптимальной для их работы штатной структуры.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Завершающим этапом медицинской реабилитации является оценка ее эффективности. Однако единых подходов к оценке эффективности на сегодняшний день не существует. Одни авторы (К.А. Самушия, 1998) полагают, что для оценки эффективности медицинской реабилитации в поликлинике необходимо рассматривать тип течения заболевания, число обострений до и после реабилитации; другие (В.С. Киливник, 1987) – оценивать эффективность медицинской реабилитации на стационарном этапе посредством динамики обращаемости в поликлинику, госпитализированной заболеваемости и временной нетрудоспособности; третьи (Т.Ф. Кляйн, 1982) – предлагают оценку медицинской реабилитации инвалидов по показателям динамики и утяжеления группы инвалидности. Отдельные авторы оценивают результаты медицинской реабилитации постинсультных больных по двум группам показателей: медицинским и социально-трудовым (В.Ф. Минаков и др., 1987).

Стратегической целью реабилитации являются повышение качества жизни больного и инвалида, их социальная интеграция в семью, в трудовой коллектив, в общество. Поэтому в 80-е годы в реабилитацию было введено понятие «качество жизни, связанное со здоровьем» (healthrelated quality of life, англ.). Впервые это понятие появилось в 1977 г. и именно качество жизни стали рассматривать как интегральную характеристику, на которую надо ориентироваться при оценке эффективности реабилитации больных и инвалидов. Согласно «Study protocol for the World Health Organization (1993)» качество жизни, связанное со здоровьем, определяют как «индивидуальное восприятие своей позиции в жизни в контексте с культурной средой и системой ценностей, в которой проживает инвалид, и в соотношении с его целями, ожиданиями, стандартами и воззрениями». Таким образом, качество жизни – это состояние здоровья, условия жизни, профессиональные возможности, удовлетворенность человека своим физическим состоянием, психическим состоянием, социальным статусом.

Само понятие «качество жизни» основывается на группе критериев, которые в полной мере характеризуют здоровье. В эту группу входят физические, психологические и социальные критерии здоровья, каждый из которых включает набор показателей, которые можно оценить как объективно, так и субъективно. Оценка качества жизни соотносится с современной концепцией последствий болезни.

Нам представляется, что в свете изложенного наиболее рациональным с точки зрения оценки степени выраженности нарушенных функций, а также для оценки качества проведенной реабилитации является оценка эффекта реабилитации в **функциональных классах**, предложенная Л.С. Гиткиной и др. (1995) и описанная выше. Функциональные классы позволяют оценить состояние каждого параметра в градациях от нормального его состояния до полного нарушения.

Эффективность проводимой реабилитации (в первую очередь медицинской) должна определяться соблюдением основных принципов реабилитации: своевременным началом, непрерывностью, преемственностью, комплексностью, последовательностью в организации и проведении. При этом очень важным является отношение больного к реабилитации, его здоровый образ жизни, вера в достижение положительных результатов. Безусловно, эффективность медицинской реабилитации зависит от характера и тяжести дезадаптирующей патологии, длительности заболевания, стажа работы в той или иной профессии и т.д.

А.Н. Ильницкий (2000) предлагает для оценки эффективности медицинской реабилитации признак, на основе которого возможно определить изменения медико-социального показателя течения хронического заболевания. При этом предлагается рассматривать пять основных показателей течения хронических заболеваний, которые могут быть классифицированы следующим образом:

1. По характеристике **обострений** заболевания (число обострений с ВН; без ВН; общее число обострений; число обострений у лиц, лечившихся стационарно; число обострений у лиц, лечившихся амбулаторно).
2. По характеристике **временной нетрудоспособности**.
3. По числу **обращений** в поликлинику в период между обострениями заболевания.

4. По характеристике **последствий** заболевания (по функциональным классам).
5. По формированию инвалидности.

То есть автором предлагаются критерии реабилитации, касающиеся не только медицинского аспекта, но и затрагивающие социальный и экономический аспект.

К.А. Самушия (1998) предлагает использовать в качестве оценки эффективности медицинской реабилитации следующие методы:

- метод оценки по динамике функционального класса основного нарушения или дефекта, бытовых возможностей и трудоспособности;
- метод оценки динамики частоты обострений и приступов;
- метод оценки субъективной удовлетворенности больных и инвалидов курсом реабилитации.

Все предлагаемые критерии эффективности отражают те или иные аспекты течения заболевания, его динамики, оценки тех или иных отдельных аспектов реабилитации.

Кроме того, в медицинской реабилитации для оценки исходного состояния больного и эффективности реабилитационных мероприятий требуется проведение исследований и количественных изменений функционального состояния различных систем организма человека.

Обобщая вышеизложенное, нам представляется, что наиболее полной и рациональной будет выглядеть следующая оценка медицинской реабилитации.

По клиническим критериям

1. выздоровление;
2. значительное улучшение - улучшение на 2 ФК и более;
3. улучшение - улучшение на 1 ФК;
4. незначительное улучшение - улучшение внутри ФК;
5. ухудшение - нарастание тяжести ФК.

По шкалам, тестам и опросникам

По социальным критериям

1. Показатели временной нетрудоспособности:
 - а) средняя продолжительность одного случая временной нетрудоспособности;
 - б) соответствие временной нетрудоспособности при определенных заболеваниях оптимальным срокам;
 - в) число случаев и длительность временной нетрудоспособности за последние 12 месяцев при хронических заболеваниях за 1 год до реабилитации и 1 год в периоде реабилитации;
2. Показатели инвалидности:
 - а) показатель полной реабилитации инвалидов
$$\frac{\text{число лиц, которым при переосвидетельствовании снята группа инвалидности}}{\text{число инвалидов, явившихся на переосвидетельствование}} \times 100$$
 - б) показатель частичной реабилитации инвалидов
$$\frac{\text{число инвалидов I и II групп, которым снижена группа инвалидности}}{\text{число инвалидов I и II групп, явившихся на переосвидетельствование}} \times 100$$
 - в) показатель утяжеления инвалидности
$$\frac{\text{число инвалидов II и III групп, у которых уменьшилась тяжесть инвалидности}}{\text{число инвалидов II и III групп, явившихся на переосвидетельствование}} \times 100$$
3. Показатели состояния трудоспособности:
 - а) Число лиц, у которых трудоспособность восстановлена полностью;
 - б) Число лиц, нуждающихся во временном трудоустройстве;
 - в) Число лиц, нуждающихся в профессиональном переобучении.

По экономическим критериям

Определение экономической эффективности как в каждом конкретном случае, так и в деятельности лечебных учреждений представляет определенные трудности, так как медицина не принадлежит к сфере производственной деятельности. Поэтому помимо чисто экономического эффекта в реабилитологии следует учитывать специфический вариант эффекта, складывающегося из сокращения продолжительности лечения и реабилитации больных, меньшего объема материальных затрат на содержание койки в реабилитационном отделении по сравнению с обычной; большее число больных, возвращающихся к общественно полезному труду; меньшая степень остаточной инвалидности и, следовательно, уменьшение затрат на пенсионное обеспечение.

Экономический эффект является следствием достигнутого положительного медицинского эффекта и состоит в уменьшении потерь в связи с заболеваемостью, инвалидностью, преждевременной смертностью. Существуют различные методики определения экономической эффективности в здравоохранении. Например, при определении убытков от заболеваемости с временной утратой трудоспособности необходимо учитывать потери от недопроизводства национального дохода, выплаты пособий по временной утрате трудоспособности за счет средств социального страхования и затраты на лечение. Эффект от сокращения заболеваемости можно рассчитать как уменьшение потерь в расчетном периоде по сравнению с базисным с учетом всех трех указанных слагаемых. Ниже приводятся экономические критерии, которые могут быть использованы в работе лечебно-профилактических учреждений при определении эффекта от проведенного лечения и реабилитации.

1. Число обострений заболевания у лиц, лечение которых проводится амбулаторно.
2. Число обострений заболевания у лиц, лечение которых проводится стационарно.
3. Сокращение числа дней временной нетрудоспособности в течение года и после реабилитации.
4. Экономический эффект от проведенной реабилитации.

Экономический эффект можно просчитать используя формулу:

$$\text{Э} = \text{HD 1 работ} : x (\text{n б.} + \text{n инв.}) \times \text{d инв.} \times \text{K},$$

где

Э – экономический эффект

HD 1 работ – национальный доход, произведенный 1 работающим за 1 год

n б. – число больных с предотвращенной инвалидностью

n инв. – число реабилитированных инвалидов

d инв. – разница между долей выхода на инвалидность в исследуемой группе до и после реабилитации

K – коэффициент, равный 0,8

По критериям количественной оценки организации и качества мер реабилитации

Для качественной и количественной оценки работы по выполнению комплекса реабилитационных мероприятий, предусмотренных индивидуальной программой реабилитации, необходимо использовать следующие критерии:

1. Полное осуществление всего комплекса реабилитационных мероприятий (все назначенные больному (инвалиду) меры реабилитации осуществлены полностью).
2. Неполное осуществление комплекса мер по реабилитации (назначенные меры реабилитации выполнены неполностью).
3. Некачественное выполнение комплекса мер реабилитации (назначенные меры выполнены, но некачественно по содержанию, по методике, времени их осуществления и др.).

На основе анализа полученных данных по указанным выше критериям врачи-реабилитологи должны получить информацию и достаточное представление о полноте и качестве осуществления реабилитационных мероприятий реабилитационными отделениями, лечебно-профилактическими учреждениями, реабилитационными центрами, а также о полученном социально-экономическом эффекте.

ГЛАВА XVII

ОЦЕНКА ЭФФЕКТА РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПРИ ПОМОЩИ ШКАЛ, ТЕСТОВ И ОПРОСНИКОВ

Оценка эффективности медицинской реабилитации является ее завершающим этапом, подводящим итог работы по ликвидации или уменьшению инвалидизирующих последствий заболевания, травмы или увечья, по максимальной ликвидации имеющихся ограничений жизнедеятельности, приводящих к социальной недостаточности.

Одним из основных методов оценки эффекта реабилитации является применение шкал, тестов и опросников для изучения первичного состояния реабилитанта до применения реабилитационных мероприятий и после окончания курса реабилитации. На сегодняшний день в мире широкую известность приобрели много шкал, позволяющих оценить основные виды повседневной активности пациента, принадлежащие к сферам самообслуживания, общения и др. В последнее время все более широкое распространение получает интегральная субъективная оценка больным и инвалидом различных сфер жизни – так называемая «удовлетворенность». В настоящее время имеет место тенденция к более широкому применению опросников в медицинской реабилитации для определения восприятия больным его функционального статуса и качества жизни.

При этом внимание исследователей акцентируется не на количественные показатели повседневной жизни больного, а на их удовлетворенность основными сферами жизни. При этом полагают, что реабилитационная помощь должна ориентироваться не на краткосрочные критерии, а на долговременные результаты.

На сегодняшний день в литературе нет однозначных данных по всем критериям эффективности, которые удовлетворяли бы всех ученых и практических врачей и объективного отражения состояния больного при любой патологии. Поэтому ниже мы приводим некоторые самые известные шкалы, тесты и опросники, которые рекомендуется применять при оценке исходного состояния и полученного эффекта от медицинской реабилитации у больных и инвалидов с двигательными нарушениями (после перенесенного мозгового инсульта, черепно-мозговой травмы, позвоночно-спинномозговой травмы, дистрофических поражений позвоночника, ревматоидного полиартрита, травм и ортопедической патологии верхней и нижней конечности) как одним из основных инвалидизирующих последствий многих заболеваний, травм, увечий. Данные приводятся согласно книге А.Н.Беловой, О.Н.Щепетовой «Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации» (2002 г.) по согласованию с авторами.

Для оценки состояния больного и оценки медицинской реабилитации у лиц, перенесших **мозговой инсульт** рекомендуется следующий минимальный перечень методик: шестибальная шкала оценки мышечной силы (для оценки элементарных нарушений в двигательной сфере и комплексной оценки методики), индекс активности повседневной жизни Бартела (для оценки независимости в повседневной жизни); шкала « Мера функциональной независимости (FIM)» (интегрированная оценка нарушения жизнедеятельности и ролевых ограничений); шкала активностей повседневной жизни Ривермед (для оценки бытовой активности); классификация социально-бытовой и трудовой реабилитации постинсультных больных Е.В. Шмидта и Т.А. Макинского. Указанные шкалы приводятся ниже.

Шестибальная шкала оценки мышечной силы

<i>Балл</i>	<i>Характеристика силы мышцы</i>	<i>Соотношение силы пораженной и здоровой мышцы, %</i>	<i>Степень пареза</i>
5	Движение в полном объеме при действии силы тяжести с максимальным внешним противодействием	100	нет

4	Движение в полном объеме при действии силы тяжести и при небольшом внешнем противодействии	75	легкий
3	Движение в полном объеме при действии силы тяжести	50	умеренный
2	Движение в полном объеме в условиях разгрузки*	25	выраженный
1	Ощущение напряжения при попытке произвольного движения	10	грубый
0	Отсутствие признаков напряжения при попытке произвольного движения	0	паралич

**Под разгрузкой понимается исключение гравитационных воздействий на конечность, а также исключение давления на работающие группы мышц тела. Это достигается выполнением движения в плоскости, параллельной по отношению к земле, удобным расположением исследуемой конечности на руке обследуемого либо на скользящей поверхности или площадке с роликовыми колесами*

Индекс активной повседневной жизни Бартела Barthel adl index (по F.Mahoney, D.Barthel, 1965; C.Grandger и соавт., 1979; D.Wade, 1992)

Индекс Бартела охватывает 10 пунктов, относящихся к сфере самообслуживания и мобильности. Оценка уровня повседневной активности производится по сумме баллов, определенных у больного по каждому из разделов теста. Большинство пунктов имеют оценочные ранги «0» (невозможность выполнить задание), «5» (требуется помощь в выполнении задания); два пункта имеют ранги «0» (выполнение задания невозможно либо требуется помощь) и «5» (полная независимость); и, наконец, два пункта имеют оценочные ранги «0» (полная зависимость), «5» или «10» для случаев. Когда необходима помощь, и «15» (полная зависимость); суммарная оценка варьирует от 0 до 100. При такой системе оценки суммарный балл от 0 до 20 соответствует полной зависимости больного, от 21 до 60 – выраженной зависимости, от 61 до 90 и от 91 до 99 – соответственно умеренной и легкой зависимости. Предлагаются, однако, и иные варианты оценочной шкалы – например, такой, когда суммарный балл варьирует от 0 до 20 баллов.

Инструкция

(1) Индекс должен отражать реальные действия больного, а не предполагаемые (не то, как бы больной мог выполнять те или иные функции).

(2) Основная цель тестирования – установить степень независимости от любой помощи, физической или вербальной, как бы ни была эта помощь незначительна и какими бы причинами не вызывалась.

(3) Необходимость присмотра означает, что больной не относится к категории тех, кто не нуждается в помощи (больной не зависим).

(4) Уровень функционирования должен определяться наиболее оптимальным для конкретной ситуации путем из числа тех, которые возможны: чаще всего – путем расспроса больного, его друзей/родственников или ухаживающего персонала, однако важны также непосредственное наблюдение и здравый смысл. Прямое тестирование не требуется.

(5) Обычно оценивается функционирование больного в период предшествовавших 24-48 часов, однако обоснован и более продолжительный период оценки.

(6) Средние категории означают, что больной осуществляет более 50% необходимых для выполнения той или иной функции усилий.

(7) Категория «независим» допускает использование вспомогательных средств.

Контролирование дефекации

0 – недержание (или нуждается в применении клизмы, которую ставит ухаживающее лицо)

5 – случайные инциденты (не чаще одного раза в неделю) либо требуется помощь при использовании клизмы, свеч

10 – полное контролирование дефекации, при необходимости может использовать клизму или свечи, не нуждается в помощи

Контролирование мочеиспускания

0 - недержание, или используется катетер, управлять которым самостоятельно больной не может

5 - случайные инциденты (максимум один раз за 24 часа)

10 - полное контролирование мочеиспускания (в том числе те случаи катетеризации мочевого пузыря, когда больной самостоятельно управляется с катетером)

Персональная гигиена (чистка зубов, манипуляция с зубными протезами, причесывание, бритье, умывание лица)

0 – нуждается в помощи при выполнении процедур личной гигиены

5 – независим при умывании лица, причесывании, чистке зубов, бритье (орудия для этого обеспечиваются)

Посещение туалета (перемещение в туалете, раздевание, очищение кожных покровов, одевание, выход из туалета)

0 – полностью зависим от помощи окружающих

5 – нуждается в некоторой помощи, однако часть действий, в том числе гигиенические процедуры, может выполнять самостоятельно

10 – не нуждается в помощи (при перемещениях, снятии и одевании одежды, выполнении гигиенических процедур)

Прием пищи

0 – полностью зависим от помощи окружающих (необходимо кормление с посторонней помощью)

5 – частично нуждается в помощи, например, при разрезании пищи, намазывании масла на хлеб и т.д., при этом принимает пищу самостоятельно

10 – не нуждается в помощи (способен есть любую нормальную пищу, не только мягкую; самостоятельно пользуется всеми необходимыми столовыми приборами; пища готовится и сервируется другими лицами, но не разрезается).

Перемещение (с кровати на стул и обратно)

0 – перемещение невозможно, не способен сидеть (удерживать равновесие), для поднятия с постели требуется помощь двух человек

5 – при вставании с постели требуется значительная физическая помощь (одного сильного/обученного лица или двух обычных лиц), может самостоятельно сидеть в постели

10 – при вставании с постели требуется незначительная помощь (физическая, одного лица), или требуется присмотр, вербальная помощь

15 - не нуждается в помощи

Мобильность (перемещение в пределах дома/палаты и вне дома; могут использоваться вспомогательные средства)

0 – не способен к передвижению

5 – может передвигаться с помощью инвалидной коляски, в том числе огибать углы и пользоваться дверями

10 – может ходить с помощью одного лица (физическая поддержка либо присмотр и моральная поддержка)

15 - не нуждается в помощи (но может использовать вспомогательные средства, например, трость)

Одевание

0 – полностью зависим от помощи окружающих

5 – частично нуждается в помощи (например, при застегивании пуговиц, кнопок и т.д.), но более половины действий выполняет самостоятельно, некоторые виды одежды может одевать полностью самостоятельно, затрачивая на это разумное количество времени

10 – не нуждается в помощи, в том числе при застегивании пуговиц, кнопок, завязывании шнурков, и т.д., может выбрать и надевать любую одежду

Подъем по лестнице

0 – не способен подниматься по лестнице, даже с поддержкой

5 – нуждается в присмотре или физической поддержке

10 – не нуждается в помощи (может использовать вспомогательные средства)

Прием ванны

0 – принимает ванну (входит и выходит из нее, моется) без посторонней помощи и присмотра, или моется под душем, не требуя присмотра и помощи

5 – нуждается в помощи

Мера функциональной независимости FUNCTIONAL INDEPENDENCE MEASURE (FIM) (по C.Grandger и соавт., 1979; Cook L. и соавт., 1994)

7-балльная шкала оценки пунктов

7 – полная независимость в выполнении соответствующей функции (все действия выполняются самостоятельно, в общепринятой манере и с разумными затратами времени)

6 – ограниченная независимость (больной выполняет все действия самостоятельно, не медленнее, чем обычно, либо нуждается в постороннем совете)

5 – минимальная зависимость (при выполнении действий требуется наблюдение персонала либо помощь при надевании протеза/ортеза)

4 – незначительная зависимость (при выполнении действий нуждается в посторонней помощи, однако более 75% задания выполняет самостоятельно)

3 – умеренная зависимость (самостоятельно выполняет 50-75% необходимых для исполнения задания действий)

2 – значительная зависимость (самостоятельно выполняет 25-50% действий)

1 – полная зависимость от окружающих (самостоятельно может выполнить менее 25% необходимых действий)

Бланк для ответов

Шкала FIM состоит из 18 пунктов, отражающих состояние двигательных (п. 1-13) и интеллектуальных (п.14-18) функций. Пункты оцениваются ухаживающим за больным медперсоналом либо по 4-х балльной (в первоначальных вариантах шкалы), либо по 7-ми балльной шкале, затем подсчитывается сумма баллов по всем пунктам опросника (пропуск пунктов не допускается; если какую-либо функцию невозможно оценить, соответствующий пункт оценивается баллом «1»). Суммарная оценка может составлять от 18 до 126 баллов; чем выше суммарная оценка, тем полнее независимость больного в повседневной жизни.

<i>Самообслуживание</i>	<i>Баллы</i>
1. Прием пищи (пользование столовыми приборами, поднесение пищи ко рту, жевание, глотание)	_____
2. Личная гигиена (чистка зубов, причесывание, умывание лица и рук, бритье либо макияж)	_____

3. Принятие ванны/душа (мытьё и вытирание тела, за исключением области спины)	_____
4. Одевание (включая надевание протезов/ортезов), верхняя часть тела (выше пояса)	_____
5. Одевание (включая надевание протезов/ортезов), нижняя часть туловища (ниже пояса)	_____
6. Туалет (использование туалетной бумаги после посещения туалета, гигиенических пакетов)	_____
Контроль функций тазовых органов	
7. Мочевой пузырь (контроль мочеиспускания и, при необходимости, использование приспособлений для мочеиспускания – катетера, и т.д.)	_____
8. Прямая кишка (контроль акта дефекации и, при необходимости, использование специальных приспособлений – клизмы, калоприемника и т.д.)	_____
Перемещение	
9. Кровать, стул, инвалидное кресло (способность вставать с кровати и ложиться на кровать, садиться на стул или инвалидное кресло и вставать с них)	_____
10. Туалет (способность пользоваться унитазом – садиться, вставать)	_____
11. Ванна, душ (способность пользоваться кабиной для душа либо ванной)	_____
Подвижность	
12. Ходьба/передвижение с помощью инвалидного кресла (баллу «7» соответствует возможность ходьбы без посторонней помощи на расстояние не менее 50 метров, баллу «1» - невозможность преодолеть расстояние более 17 метров)	_____
13. Подъем по лестнице (баллу «7» - соответствует возможность подъема без посторонней помощи на 12, 14 ступеней, баллу «1» невозможность преодолеть более 4 ступеней)	_____
ДВИГАТЕЛЬНЫЕ ФУНКЦИИ: СУММАРНЫЙ БАЛЛ	
Общение	
14. Восприятие внешней информации (понимание речи и /или письма)	_____
15. Изложение собственных желаний и мыслей (устным или письменным способом)	_____
Социальная активность	
16. Социальная интеграция (взаимодействие с членами семьи, медперсоналом и прочими окружающими)	_____
17. Принятие решений (умение решать проблемы, связанные с финансами, социальными личными потребностями)	_____
18. Память (способность к запоминанию и воспроизведению, полученной зрительной и слуховой информации, обучению, узнаванию окружающих)	_____
ИНТЕЛЛЕКТ: СУММАРНЫЙ БАЛЛ	

Тест **Шкалы Активностей Повседневной Жизни Ривермид (Rivermeab Activities of Daily Living, или ADL Scales)** был разработан для оценки состояния больных, перенесших церебральный инсульт [Whiting S., Lincoln N., 1980], подтверждена его валидность и надежность в отношении этого контингента пациентов. Апробирован также для пациентов, перенесших черепно-мозговую травму. Тест включает три раздела заданий: первый раздел касается телесного самообслуживания, второй – самообслуживания в более широком понимании этого слова и третий

– бытовой активности. По замыслу авторов, разделы и пункты в данном тесте расположены согласно определенной иерархии, в порядке трудности их выполнения и динамики восстановления после инсульта. Поэтому первоначальная версия теста включала инструкцию, которая рекомендовала начинать тестирование по каждому из разделов с любого пункта, по решению того, кто проводит тестирование. Если больной был в состоянии выполнить выбранный пункт, то необходимо было сделать три «шага» назад, чтобы удостовериться в способности пациента выполнить и три предшествующих задания, а затем делать «шаги» вперед от выбранного пункта до тех пор, пока три задания подряд окажутся для больного невыполнимыми; на этом тестирование завершалось. Все использовавшиеся или рекомендуемые вспомогательные средства обязательно должны были указываться в соответствующем столбце теста.

В последующем тест был видоизменен [Wade D, 1992]: введены две градации ответов («зависим» и «независим») вместо трех, изменен порядок расположения пунктов. Ниже приводится версия теста в некоторой модификации А.Н.Беловой и О.Н.Щепетовой (2002 г.)

Для оценки исходного состояния и результатов реабилитации больных, **перенесших черепно-мозговую травму** могут быть использованы все вышеуказанные методики, применяемые у больных с последствиями мозгового инсульта. Кроме того, для оценки состояния больного, перенесшего ЧМТ дополнительно могут использоваться следующие методики: шкала исходов реабилитации ЧМТ НИИ им. Н.Н. Бурденко, набор оценок Глазго и шкала социальных исходов реабилитации после черепно-мозговой травмы (приводятся ниже).

Шкалы активностей повседневной жизни Ривермид
RIVERMEAD ACTIVITIES OF DAILY LIVING (ADL) SCALES
 (по S. Whiting, N. Lincoln, 1980; D Wade, 1992)

<i>Пункт</i>	<i>Балл</i>	<i>Вспомогательные приспособления</i>
	3 – независим (может использовать вспомогательные приспособления) 2- требуется присмотр (вербальная помощь) 1- зависим от посторонней помощи (т.е. самостоятельное выполнение действия невозможно, или небезопасно, или требует неразумных затрат времени).	(используемые, рекомендуемые)
Самообслуживание		
Питье (полная чашка горячей жидкости, пролить допускается не более 1/8 части содержимого чашки)		
Чистка зубов (выдавливание зубной пасты, нанесение ее на щетку, включение водопроводного крана)		
Причесывание (достижение ухоженного вида)		
Мытье лица/рук (открывание крана, пользование мылом, вытирание)		
Бритье/макияж (бритье осуществляется тем способом, к которому привык больной)		
Прием пищи (умение пользоваться ножом, вилок и пр.)		

Раздевание (снятие платья, пижамы, носков и ботинок)		
Передвижение по квартире (перемещение из одной комнаты в другую с преодолением расстояния не менее 10 м, повороты)		
Перемещение с кровати на стул (из положения лежа, будучи укрытым одеялом, переместиться на кресло, которое находится поблизости)		
Посещение туалета (дойти до туалета, управиться с одеждой, выполнить необходимые гигиенические процедуры, привести в порядок одежду)		
Перемещение за пределами квартиры (преодоление расстояния 50 м, включая наклонные поверхности, перемещение через дверные проемы)		
Одевание (не имеются ввиду праздничные наряды; одежда должна находиться поблизости, сложенная в стопку, но не в определенном порядке; умение застегивать пуговицы, кнопки, завязывать шнурки)		
Мытье в ванне (умение вымыть все тело; пользоваться краном, затычкой в ванне)		
Вхождение в ванну и выходение из ванны (ванна не наполнена водой)		
Мытье всего тела не в ванне, а пользуясь тазом с водой (в том числе достать из положения сидя стопы и вымыть их, вымыть здоровую руку)		
Перемещение с пола на стул (из положения лежа сесть на обычный стул без подлокотников с высотой сиденья 45 см)		
Домашнее хозяйство I		
Приготовление горячего напитка (заполнение водой электрического чайника, приготовление чая)		
Приготовление легкой закуски (приготовление бутерброда с сыром при условии, что все		

необходимое находится вблизи, мытье посуды и вытирание стола)		
Умение производить денежные расчеты (подсчет денег, необходимых для уплаты, например, за батон хлеба, упаковку масла и коробку сахара; получение сдачи, например, 34 копейки с 50 копеек, 72 коп. с 1 рубля, 3 руб.21 коп. с 5 руб.)		
Посадка в легковой автомобиль и высадка из машины (переднее сиденье машины любой марки, за исключением спортивной модели)		
Приготовление пищи (очистить одну картофелину, поджарить кусок колбасы, разморозить замороженные в морозильнике овощи, открыть банку консервов)		
Доставка покупок из магазина домой (принести 250 г масла, банку весом 500 г, сдачу)		
Умение перейти дорогу (переход улицы на сигнал светофора, перешагивание бордюра тротуара)		
Посещение магазина (дойти до магазина и обратно, преодолев расстояние 1 км)		
Пользование общественным транспортом (поездка на автобусе на расстояние не менее 2 км и не менее трех автобусных остановок)		
Домашнее хозяйство II		
Стирка (ручная стирка нижнего белья в тазу)		
Глажение белья (утюгом без пара, с приготовлением места для глажения на столе или гладильной доски)		
Легкая уборка (протираание поверхностей, находящихся на высоте 30-90 см)		
Вывешивание выстиранного белья (на перекладине или веревке,		

расположенной в пределах квартиры, не использовать крючки)		
Приготовление постели (застилание постели высотой около 50 см простыней и одеялом, расправление складок)		
Более тщательная уборка (уборка комнаты площадью 3 кв. м с использованием пылесоса, подметание с применением щетки и совка для мусора, с передвижением только стульев)		

Классификация социально-бытовой и трудовой реабилитации постинсультных больных, Е.В. Шмидт и Т.А. Макинский

Классификация включает 5 классов, характеризующих независимость больного от окружающих и его трудоспособность.

Класс 1. Выполнение основных занятий в полном объеме. Возвращение работавших до инсульта к прежней работе; выполнение прежних домашних обязанностей теми, кто занимался этим до инсульта; полная независимость от окружающих в повседневной жизни.

Класс 2. Возвращение к прежней работе с ограничениями или с понижением в должности либо переход работавших до инсульта на менее квалифицированную работу (или возвращение к работе с указанными изменениями); для занимавшихся до инсульта домашним хозяйством – ограничение в выполнении прежних домашних обязанностей. Независимость по шкале АДЛ. Ходьба по квартире и по улице без посторонней помощи.

Класс 3. Невозвращение работавших до инсульта к работе; у занимавшихся до инсульта домашним хозяйством – ограничение в выполнении прежних домашних обязанностей. Частичная зависимость по шкале АДЛ. Ходьба по квартире без посторонней помощи, по улице – с посторонней помощью.

Класс 4. Невозвращение работавших до инсульта к работе; у занимавшихся до инсульта домашним хозяйством – значительное ограничение в выполнении прежних домашних обязанностей или полная неспособность к нему. Значительная зависимость по шкале АДЛ. Ходьба по квартире с посторонней помощью, по улице больной не ходит или ходит очень редко и с посторонней помощью.

Класс 5. Полная утрата производственных навыков. Полная зависимость от окружающих в повседневной жизни.

Шкала исходов ЧМТ НИИ им. Н.Н. Бурденко

Шкалу целесообразно использовать как метод скрининг-оценки уровня реабилитационной помощи больным, перенесшим ЧМТ, в различных реабилитационных учреждениях. Кроме того, в отдаленном периоде ЧМТ (иногда через много месяцев или лет после острого периода ЧМТ) могут формироваться так называемые не прямые (опосредованные) последствия; они встречаются, как правило, после закрытой ЧМТ и имеют прогрессирующее течение. К числу таких последствий относят симптоматическую артериальную гипертензию, ранний атеросклероз сосудов головного мозга, посттравматический церебральный арахноидит. Выбор инструмента оценки состояния таких пациентов производится в зависимости от целей, которые ставит перед собой реабилитолог, и от ведущего клинического синдрома.

- 1) Выздоровление: отсутствие жалоб, хорошее самочувствие, полное восстановление трудоспособности;
- 2) Легкая астения: повышена утомляемость, но нет снижения памяти и затруднений концентрации внимания; работает с полной нагрузкой на прежнем месте;
- 3) Умеренная астения со снижением памяти; трудится на прежней работе, но менее продуктивно, чем до ЧМТ;
- 4) Грубая астения: быстро устает психически и физически, снижена память, истощаемо внимание, частые головные боли и другие проявления дискомфорта; трудится на менее квалифицированной работе, имеет 3-ю группу инвалидности;
- 5) Выраженное нарушение психики и/или двигательных функций, но способность к самообслуживанию сохранена; 2-я группа инвалидности;
- 6) Грубые нарушения психики, двигательных функций или зрения; нуждается в уходе (1-я группа инвалидности);
- 7) Вегетативное состояние;
- 8) Смерть

Набор оценок Глазго
GLASGOW ASSESSMENT SCNEDULE
(по M.G. Livingstone, N.M. Livingstone, 1985)

Набор Оценок Глазго (Glasgow Assessment Schedule) была задумана как экспресс-тест для оценки самых различных последствий ЧМТ – от жалоб и личностных изменений до нарушения бытовой активности и трудоспособности [Livingstone M.G., Livingstone H.M., 1985].

<i>Оцениваемая область</i>	<i>Система оценки</i>	<i>Балл</i>
<i>Личностные изменения (расспросите больного и его родственников)</i> Эмоциональная лабильность	Н,У,В*	-
Раздражительность	Н,У,В	-
Агрессивность	Н,У,В	-
Любые другие поведенческие нарушения	Н,У,В	-
<i>Субъективные жалобы (расспросите больного и его родственников)</i> Расстройства сна	Н,У,В	-
Недержание мочи	Н,У,В	-
Стресс в семье	Н,У,В	-
Финансовые проблемы	Н,У,В	-
Сексуальные проблемы	Н,У,В	-
Злоупотребление алкоголем или низкая толерантность к алкоголю	Н,У,В	-
Ограничение возможностей отдыхать или заниматься спортом	Н,У,В	-
Головная боль	Н,У,В	-
Головокружение, нарушения равновесия	Н,У,В	-
Парестезии	Н,У,В	-
Снижение обоняния	Н,У,В	-
Снижение слуха	Н,У,В	-
Снижение зрения	Н,У,В	-
<i>Трудоспособность</i> Работает на прежней (или подобной) работе	0	
Работает, но на менее квалифицированной работе	1	
Не работает, но трудоспособность сохранена	2	
Нетрудоспособен	3	
<i>Когнитивные функции</i>		

Память, немедленное воспроизведение: имя, адрес, номер телефона	Н,У,В	-
Память, воспроизведение через 2 минуты: имя, адрес, номер телефона	Н,У,В	-
Внимание и концентрация: серийное вычитание 7 из 100, или серийное вычитание 3 из 20	Н,У,В	-
Ориентация: время, место, персона	Н,У,В	-
Интеллект: простая арифметическая задача, общая информированность	Н,У,В	-
<i>Физическое состояние</i>		
Дисфазия (афазия)	Н,У,В	-
Дизартрия	Н,У,В	-
Нарушение мышечного тонуса		
правая нога	Н,У,В	-
левая нога	Н,У,В	-
руки	Н,У,В	-
Ходьба	Н,У,В	-
Дефицит со стороны черепных нервов	Н,У,В	-
Припадки	Н,У,В	-
<i>Повседневная активность</i>		
Приготовление пищи	С,П,Н*	-
Другие домашние обязанности	С,П,Н	-
Покупки	С,П,Н	-
Поездки	С,П,Н	-
Личная гигиена	С,П,Н	-
Прием пищи	С,П,Н	-
Одевание	С,П,Н	-
Мобильность	С,П,Н	-

Н,У,В* = Норма, Умеренные нарушения, Выраженные нарушения

С,П,Н* = Самостоятельное выполнение, выполнение с Помощью, Невозможно выполнить

Подсчет баллов

Все пункты оцениваются по трехбалльной шкале:

0 = норма или самостоятельное выполнение

1 = умеренные нарушения или выполнение с помощью

2 = выраженные нарушения или невозможно выполнить

Для оценки итоговых результатов реабилитации с позиций качества жизни пациентов, перенесших ЧМТ, применяются многоаспектные самоопросники, учитывающие мнение самого больного об уровне его восстановления в различных сферах жизнедеятельности.

Примером такого самоопросника, разработанного специально для пациентов, перенесших ЧМТ, является **опросник Шкалы Социальных Исходов Реабилитации после Черепно-Мозговой Травмы (Brain Injury Community Rehabilitation Outcome Scales, или BICROS-39)**.

**Шкалы социальных исходов реабилитации
после черепно-мозговой травмы
BRAIN INJURY COMMUNITY RENABIKITATION
OUTCOME SCALES (по J. H. Powell и соавт., 1998)**

Опросник охватывает 7 сфер жизнедеятельности: самообслуживание (вопросы 1, 2, 3, 4, 5, 8), психологические проблемы (6 вопросов), социальная роль (вопросы 22, 29, 30, 31, 32, 33), решение личных организационных вопросов (вопросы 12, 13, 14, 15, 16, 17), мобильность (вопросы 6, 7, 9, 10, 11, 23), контакты в семье (вопросы 24, 25, 26, 27, 28), трудоспособность (вопросы 18, 19,

20, 21); оценка каждого ответа производится по 6-балльной системе, от 0 до 5 баллов, для каждой субшкалы подсчитывается свой суммарный балл.

При наличии у больного **позвоночно-спинномозговой травмы** для оценки состояния больного и эффекта проведенной реабилитации могут применяться методики, применяемые для оценки состояния больных перенесших мозговой инсульт. Кроме того, рекомендуется использование следующих методик: шкала повреждения спинного мозга, разработанная американской ассоциацией спинальной травмы и шкала Рэнкин.

№	Вопросы	Варианты ответов
<i>Нужна ли Вам помощь со стороны окружающих при выполнении следующих действий:</i>		0 = помощь или подсказка не требуется
1.	Перемещение с постели и в постель	0 = требуется подсказка 1 = требуется некоторая помощь 2 = требуется значительная помощь 3 = требуется постоянная помощь 4 = я не могу выполнить это совсем, даже с помощью
2	Передвижение из комнаты в комнату	
3	Посещение туалета (имеется в виду возможность добраться до туалета)	
4	Пользование телефоном	
5	Пользование телевизором или радио	
6	Пользование общественным транспортом	
7	Посещение магазинов вблизи дома	
8	Пользование туалетом (имеется в виду отправление естественных потребностей)	
9	Стирка	
10	Уборка в квартире/доме	
11	Покупка еды	
12	Денежные расчеты с помощью наличных	
13	Использование банковских счетов	
14	Осуществление платы по счетам (за квартиру и т.д.)	
15	Написание официальных писем	
16	Написание частных писем	
17	Соблюдение назначенных встреч, договоренностей	
<i>Как часто Вы проводите свое время</i>		0 = несколько часов в день 1 = один час в день 2 = несколько раз в неделю 3 = один раз в неделю 4 = реже, чем раз в неделю 5 = я этого вообще не делаю
18	Выполняя оплачиваемую работу	
19	Выполняя неоплачиваемую работу	
20	Обучаясь, проходя курсы подготовки	
21	Присматривая за детьми	
22	Встречаясь с друзьями или родственниками у себя дома	
23	Выходя на прогулки	
<i>Как часто Вы проводите время, встречаетесь или видите со следующими людьми:</i>		0 = раз в день 1 = раз в неделю 2 = раз в месяц 3 = раз в два месяца 4 = каждые полгода 5 = никогда/не нуждаюсь в этом
24	Вашим партнером/супругом	
25	Вашими детьми	
26	Вашей матерью	
27	Вашим отцом	
28	Вашими сестрами или братьями	
<i>Как часто Вы проводите время, встречаетесь или видите со следующими людьми:</i>		0 = раз в день 1 = раз в неделю 2 = раз в месяц 3 = раз в два месяца
29	Другими вашими родственниками	
30	Вашими близкими друзьями	
31	Другими друзьями	

32	Коллегами по работе	4 = каждые полгода
33	Новыми знакомыми	5 = никогда/не нуждаюсь в этом
<i>Как часто Вы:</i>		
34	Недовольны собой	0 = никогда
35	Злитесь на других людей	1 = редко
36	Думая о своей будущей жизни, испытываете чувство безнадежности	2 = иногда
37	Чувствуете себя одиноким	3 = часто
38	Чувствуете себя изможденным, сокрушенным	4 = очень часто
39	Скучаете	5 = почти всегда

**Шкала повреждения спинного мозга, разработанная Американской Ассоциацией спинальной травмы ASIA IMPAIRMENT SCALE
(по G.Yarkony, D.Chen, 1996)**

Шкала описывает 5 степеней нарушения проводимости спинного мозга, обозначаемых латинскими буквами от А. до Е. Рангу «А» соответствует полное нарушение проводимости спинного мозга, о котором судят по отсутствию сенсорных и моторных функций в сегментах S4-S5; рангу «В» (неполное нарушение) – наличие ниже неврологического уровня поражения (в том числе в сегментах S4-S5) чувствительности при отсутствии движений; рангу «С» (неполное нарушение) – наличие ниже уровня поражения движений при силе большинства ключевых мышц менее 3-х баллов; рангу «D» (неполное нарушение) – наличие ниже уровня поражения движений при силе большинства ключевых мышц 3 балла и более; рангу «Е» (норма) – полная сохранность чувствительных и двигательных функций.

<i>Степень нарушения проводимости спинного мозга*</i>	<i>Описание</i>
А	Полное: нет сохранных движений и чувствительности в сегментах S4-S5
В	Неполное: чувствительность (но не движения) сохранена ниже неврологического уровня поражения (в том числе в сегментах S4-S5)
С	Неполное: двигательные функции ниже неврологического ** уровня поражения сохранены, мышечная сила большинства ключевых мышц ниже уровня поражения – менее 3 баллов
D	Неполное: двигательные функции ниже неврологического уровня поражения сохранены, мышечная сила большинства ключевых мышц ниже уровня поражения равна или более 3 баллов
Е	Норма: двигательные функции и чувствительность в норме

* сохранено обозначение оценочных уровней латинскими буквами, как в оригинале

** под неврологическим уровнем поражения понимают наиболее каудальный сегмент спинного мозга, который еще обеспечивает нормальную двигательную и чувствительную иннервацию обеих сторон тела

**Шкала Рэнкин
RANKIN SCALE (по J.Rankin, 1957; D.Wade, 1992)**

Шкала Рэнкин (RANKIN SCALE) относится к наиболее простым и коротким тестам, оценивающим как степень нарушения функций, так и выраженность нарушений жизнедеятельности. Была разработана еще в 1957 г. для постинсультных больных (Rankin J., 1957), с тех пор использовалась большое число различных версий этой шкалы. Надежна, но имеет низкую чувствительность. Полезна в качестве метода скрининг-оценки исходов реабилитации при проведении больших мультицентровых исследований.

- 0 Нет симптомов.
- 1 Отсутствие существенных нарушений жизнедеятельности, несмотря на наличие некоторых симптомов болезни; способен выполнять все обычные повседневные обязанности.
- 2 Легкое нарушение жизнедеятельности; неспособен выполнять некоторые прежние обязанности, но справляется с собственными делами без посторонней помощи.
- 3 Умеренное нарушение жизнедеятельности; потребность в некоторой помощи, но ходит без посторонней помощи.
- 4 Выраженное нарушение жизнедеятельности; неспособен ходить без посторонней помощи, неспособен справляться со своими телесными (физическими) потребностями без посторонней помощи.
- 5 Грубое нарушение жизнедеятельности; прикован к постели, недержание кала и мочи, потребность в постоянной помощи медицинского персонала.

При оценке степени выраженности **дистрофических поражений позвоночника** могут применяться методики, используемые у больных с позвоночно-спинномозговой травмой, а также опросник Роланда-Морриса «Боль в нижней части спины и нарушение жизнедеятельности».

Опросник Роланда-Морриса «Боль в нижней части спины и нарушение жизнедеятельности»

Опросник, измеряющий боль в поясничном отделе позвоночника и связанные с этим нарушения жизнедеятельности. Даны 18 утверждений, описывающих ограничения в связи с болями в спине. Больной должен отметить те из них, которые соответствуют его состоянию на момент заполнения опросника. Затем подсчитывается общее число отмеченных больным пунктов (максимально – 18). Нарушения жизнедеятельности считаются выраженными, если пациент отмечает более 7 пунктов. Тест может быть использован не только для оценки исходной выраженности нарушений, но и для контроля за динамикой восстановления функций. Тест весьма чувствителен при острых и подострых (но не при хронических) болях в спине; рекомендуется использовать его при поступлении пациента на реабилитацию, а затем с интервалом в 2-4 недели.

Инструкция

Когда у вас болит спина, Вам может быть трудно выполнять некоторые из тех дел или действий, которые Вы обычно выполняете. Подчеркните только те утверждения, которые характеризуют Ваше состояние на сегодня.

- 1. Я остаюсь дома большую часть времени из-за спины
- 2. Я хожу медленнее, чем обычно из-за моей спины
- 3. Из-за моей спины я не могу делать обычную работу по дому
- 4. Из-за моей спины мне приходится пользоваться палкой, чтобы ходить по лестнице.
- 5. Из-за моей спины мне достаточно часто приходится лежать и отдыхать
- 6. Из-за моей спины мне приходится держаться за что-либо, чтобы подняться со стула (кресла)
- 7. Из-за моей спины мне приходится просить других людей что-то делать для меня
- 8. Я одеваюсь медленнее, чем обычно из-за моей спины
- 9. Я стою только короткое время из-за моей спины
- 10. Из-за моей спины я не пытаюсь нагибаться или вставать на колени
- 11. Мне очень трудно вставать со стула (кресла) из-за моей спины
- 12. Моя спина или нога болит почти все время
- 13. Мне трудно поворачиваться в постели из-за моей спины
- 14. У меня есть проблемы с надеванием носков из-за моей спины
- 15. Я сплю меньше из-за моей спины
- 16. Я избегаю тяжелой работы по дому из-за моей спины
- 17. Из-за болей в спине я более раздражен и резок с другими людьми, чем обычно
- 18. Из-за болей в спине я хожу по лестнице медленнее, чем обычно

Для оценки состояния и эффекта медицинской реабилитации больных с **ревматоидным артритом** рекомендуется использовать следующий набор оценочных методик: суставной индекс Д.М.Rifchi; количество воспаленных суставов (с экссудативными проявлениями) и индекс припухлости (в баллах).

Наличие **травм и ортопедической патологии верхней конечности** обуславливает применение следующих шкал и методик для оценки состояния больного: шестибальная шкала оценки мышечной силы (описанная выше), балл Константа (оценка силы) «шкала балл Свансона для плеча».

Балл Константа CONSTANT SCORE (по С.Р.Constant, А.Н.G.Murley, 1987)

Шкала используется преимущественно для оценки эффективности лечения заболеваний плечевого сустава, а также при разрывах вращательной манжеты плеча после оперативного лечения. Предлагается простой способ клинической оценки функции путем использования 100-балльной шкалы. Шкала включает оценку боли, повседневной активности, объема движений и силы. Максимальная суммарная оценка по шкале составляет 100 баллов, что соответствует полной сохранности функции плеча. Субъективная оценка пациента боли и своей жизненной активности составляет лишь 15% и 20% от общих 100 баллов этой шкалы.

<i>Оцениваемые категории</i>	<i>градация</i>	<i>Балл</i>
Оценка боли (максимум – 15 баллов)	Невыносимая	0
	Сильная	5
	Умеренная	10
	Нет	15
Оценка повседневной активности (максимальное число баллов – 20)		
А. Уровень активности (максимум – 10 баллов)	Не влияет на сон	2
	Не влияет на отдых и спорт	4
	Выполняю свою обычную работу	4
Б. Возможные движения (максимум – 10 баллов)	Рука поднимается до талии	2
	Рука поднимается до мечевидного отростка	4
	Рука поднимается до шеи	6
	Рука достает до макушки	8
	Рука поднимается выше головы	10
Оценка движений (максимум – 40 баллов)		
СГИБАНИЕ	31-60°	2
	61-90°	4
	91-120°	6
	121-150°	8
	151-180°	10
ОТВЕДЕНИЕ	31-60°	2
	61-90°	4
	91-120°	6
	121-150°	8
	151-180°	10
НАРУЖНАЯ РОТАЦИЯ	Кисть позади головы, локоть вперед	2
	Кисть позади головы, локоть назад	2
	Кисть на макушке, локоть вперед	2
	Кисть на макушке, локоть назад	2
	Кисть на макушке, полное движение локтя вперед и назад	2

ВНУТРЕННЯЯ РОТАЦИЯ	Тыл кисти прикасается к латеральной поверхности бедра	0
	Тыл кисти прикасается к ягодицам	2
	Тыл кисти прикасается к крестцу	4
	Тыл кисти прикасается к талии	6
	Тыл кисти прикасается к 12 грудному позвонку	8
	Тыл кисти прикасается к межлопаточной области (достает до 7 грудного позвонка)	10
Оценка силы (максимум - 25 баллов)		
Оценивается величина груза, который пациент может поднять при отведении руки в плечевом суставе	1 балл = 0,5 кг	
Оценка силы (максимум - 25 баллов)		
Оценивается величина груза, который пациент может поднять при отведении руки в плечевом суставе	1 балл = 0,5 кг	

Балл Свансона для плеча
SWANSON SHOULDER SCORE (по А.В.Swanson и соавт., 1989)

Шкала дает возможность оценить выраженность болевого синдрома, амплитуду движений в плечевом суставе, активности повседневной жизни. Введение в шкалу системы оценки объема движений в плечевом суставе делает ее достаточно чувствительной. Максимальное число баллов (30) по этой шкале соответствует нормальному состоянию плечевого сустава.

<i>Оцениваемые категории</i>	<i>Градации</i>	<i>Баллы</i>
ОЦЕНКА БОЛИ (10 баллов максимум)	Боль в покое	2
	Боль при движениях в плече	4
	Боль при выполнении повседневных обязанностей	6
	Минимальная боль после тяжелой работы	8
	Нет боли	10
АКТИВНОСТЬ ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНИ (10 баллов максимум)	Невозможно использовать руку	2
	Выполняю только легкую работу, с помощью других людей	4
	Выполняю большую часть своих повседневных обязанностей	6
	Легкое ограничение при выполнении тяжелой работы	8
	Нормальная активность	10
	ОТВЕДЕНИЕ	
	< 20°	0,4
	21 - 40°	0,8
	41-60°	1,2
	61-80°	1,6

ОБЪЕМ ДВИЖЕНИЙ (максимум 10 баллов)	> 80°	2,0
	ПРИВЕДЕНИЕ	
	< 10°	0,2
	11 - 20°	0,4
	21 - 30°	0,6
	31 - 40°	0,8
	>40°	1,0
	РАЗГИБАНИЕ	
	0°	0,2
	1-10°	0,4
	11-20°	0,6
	21-30°	0,8
	>30°	1,0
	СГИБАНИЕ	
	< 20°	0,8
	21 - 40°	1,6
	41-60°	2,4
61-80°	3,2	
> 80°	4,0	
ОБЪЕМ ДВИЖЕНИЙ (максимум 10 баллов)	ВНУТРЕННЯЯ РОТАЦИЯ	
	< 20°	0,2
	21 - 40°	0,4
	41-60°	0,6
	61-80°	0,8
	> 80°	1,0
	НАРУЖНАЯ РОТАЦИЯ	
	0°	0,2
	1-10°	0,4
	11-20°	0,6
	21-30°	0,8
>30°	1,0	

При наличии **травм и ортопедической патологии нижней конечности** наряду с шестибальной шкалой оценки мышечной силы, описанной выше рекомендуется применять метод оценки тазобедренных суставов по M.G. Laransky и количественную классификацию клинического состояния пораженных тазобедренных суставов по Z Charnley. Для больных с заболеваниями и травмами коленного сустава, повреждением связочного аппарата может применяться функциональная шкала для Нижней конечности по M.Benkley и соавт.

Ларански: метод оценки тазобедренных суставов LARANSKY: METHOD FOR GRADING HIPS (по M.G.Laransky, 1967)

Оценочная система Ларански предполагает оценку 16 признаков, разделенных на три категории: боль, функция, мобильность. Оценка результатов производится отдельно по каждой из категорий (по боли, по функции и по мобильности). Для категории «боль» рассчитывается средний для двух суставов показатель (т.е. сумма баллов по двум суставам делится на 2). При оценке категории «функция» сумма баллов, полученных по всем признакам, относящимся к данной категории, делится на 4. При оценке категории «мобильность» сумма баллов, полученных по всем признакам, относящимся к данной категории делится на 12. Итоговое значение каждой категории оценивается следующим образом:

6-----	отличный результат
5,5-----	очень хороший
4,5-----	хороший
3,5-----	посредственный
2,5-----	плохой
1,5-----	очень плохой
1-----	

БОЛЬ (отдельно для каждого сустава)	Балл
сильная, спонтанная боль	1
сильная боль при попытке ходьбы, исключая любую нагрузку	2
терпимая боль, допускающая ограниченную нагрузку	3
боль только после некоторой нагрузке, быстро исчезающая во время отдыха	4
незначительная или периодическая, «стартовая» боль, уменьшающаяся при нормальной, обычной нагрузке	5
нет боли	6
ФУНКЦИЯ	
Использование дополнительных средств опоры	
прикован к кровати	1
прикован к стулу, коляске	2
два костыля	3
две трости	4
одна трость всегда	5
одна трость вне дома	6
без трости	7
Способность к ходьбе	
около кровати или несколько яров	1
время и дистанция ходьбы очень ограничены, с помощью или без тростей	2
ограничена одной тростью (менее часа), трудно без трости, может стоять длительное время	3
длинные дистанции с одной тростью; без трости, ходьба ограничена;	4
ходьба без трости, но хромяя; нет ограничений (или очень небольшое) в дистанции передвижения	5
нормальная ходьба (для соответствующего возраста и общего состояния больного)	6
Походка без дополнительных средств опоры	1
не может ходить	2
шаркающая походка, маленькими шажками или «семенящая» походка	3
сильная хромота	4
умеренная хромота	5
легкая хромота	6
нормальная походка	
Туфли, чулки	
надевает с помощью или с использованием дополнительных средств	1
без помощи и дополнительных средств	2
Стрижка ногтей на ногах	
не может	1
может	2
МОБИЛЬНОСТЬ	

Индекс мобильности Гейда*					
индекс	баллы		индекс	баллы	
	справа	слева		справа	слева
1-10	1	2	51-60	6	6
11-20	2	2	61-70	7	7
21-30	3	3	71-80	8	8
31-40	4	4	81-90	9	9
41-50	5	5	91 и >	10	10
Отведение ноги против силы тяжести			баллы		
			справа	слева	
не может (до нейтрального положения)			1	1	
до 15 град.			2	2	
15-30 град.			3	3	
более 30 град.			4	4	
Подъем прямой ноги			баллы		
			справа	слева	
не может			1	1	1
менее 30 град.			2	2	2
30-60 град.			3	3	3
более 60 град.			4	4	3
Укорочение (в дюймах) правой или левой конечности					
Более 1					
Менее 1					
0 или менее ¼					
Расстояние между стопами (между внутренними лодыжками) прямых ног (в дюймах)					
10 и менее					1
11-15					2
16-20					3
21-25					4
26-30					5
более 30					6
Контрактура			баллы		
			справа	слева	
приводящая или сгибательная более 30 град.			1	1	
сгибательная контрактура менее 30 град.			2	2	
нет контрактуры или сгибательная менее 5 град			3	3	

* при расчете индекса Гейда учитываются пассивные (а НЕ активные) движения в тазобедренном суставе.

Чанли: количественная классификация клинического состояния пораженных тазобедренных суставов (CHARNLEY: NUMERICAL CLASSIFICATION OF THE CLINICAL STATE OF AFFECTED HIP JOINTS (по J.Charnely, 1972))

Шкала предполагает определение послеоперационных результатов на основании оценки трех категорий: боли, функции сустава и ходьбы. При оценке каждого признака градация 6 соответствует отличному результату, а градация 5 – хорошему или удовлетворительному. Функция сустава рассчитывается по сумме амплитуд движений в суставе в трех стандартных плоскостях.

При оценке способности ходьбы целесообразно разделить больных на три подгруппы («А», «В», «С»). «А» - это больные с односторонним поражением тазобедренного сустава. «В» - это пациенты, у которых нарушение локомоции связано с двусторонним поражением тазобедренных суставов. «С» - больные, у которых ограничение возможностей передвижения обусловлено такими дополнительными факторами как полиартрит или ревматоидный полиартрит, гемиплегия, старость, сердечно-сосудистая или дыхательная недостаточность. Пациент с патологией тазобедренного сустава получает оценку в баллах по каждому из названных категорий. При оценке результатов в разных группах больных высчитываются средние значения по каждой категории.

<i>Боль (в баллах)</i>	<i>Функция</i>	<i>Ходьба</i>
1. Выраженная и спонтанная	1. 0-30 градусов	1. Несколько ярдов или прикован к постели. Две трости или костыли.
2. Выраженная при попытке ходьбы. Ограничение всех видов активности	2. 60 градусов	2. Время и дистанция передвижения очень ограничены с помощью или без использования трости
3. Умеренная, периодически ограничивающая активность	3. 100 градусов	3. Ограничение ходьбы с одной тростью (менее одного часа). С трудом – ходьба без трости. Способность стоять длительное время.
4. Только после некоторых видов активности, быстро исчезает во время отдыха	4. 160 градусов	4. Длинные дистанции с помощью одной трости; ограниченные – без использования трости.
5. Легкая или периодическая «стартовая» боль, но уменьшающаяся при нормальной активности	5. 210 градусов	5. Без трости, но есть хромота.
6. Нет боли	6. 260 градусов	6. Норма

Функциональная Шкала для Нижней Конечности (Lower Extremity Funnctionall Scale, или LEFS) [Binkley M. И соавт., 1999] состоит из 20 утверждений, оцениваемых по 4-х балльной системе от «нет трудностей» (4 балла) до «выраженные трудности или невозможность выполнения» (0 баллов). Опросник предназначен для больных с заболеваниями и травмами коленного сустава, повреждением связочного аппарата и протезированием суставов нижней конечности и может применяться для оценки динамики восстановительного лечения. Заполняется самим пациентом. Подсчет производится суммированием баллов по всем пунктам (максимальное число баллов равно 80, минимальное-9). Возможна оценка функционального состояния пациентов в процентах.

**Функциональная шкала для нижней конечности
LOWER EXTREMITY FUNCTIONAL SCALE, ИЛИ LEFS
(по M.Binkley и соавт., 1999)**

Таблица состоит 20 утверждений, оцениваемых по 4-х балльной системе от «нет трудностей» (4 балла) до «выраженные трудности или невозможность выполнения» (0 баллов). Опросник предназначен для больных с заболеваниями и травмами коленного сустава, повреждением связочного аппарата и протезированием суставов нижней конечности и может применяться для оценки динамики восстановительного лечения. Заполняется самим пациентом. Подсчет производится суммированием баллов по всем пунктам (максимальное число баллов равно 80, минимальное – 0). Возможна оценка функционального состояния пациентов в процентах.

Инструкция

Нас интересует, имеете ли вы какие-либо трудности, связанные с состоянием нижней конечности. Эти трудности, на которые вы недавно обращали свое внимание, касаются нижеперечисленных видов деятельности. Пожалуйста, ответьте на каждый вопрос. Обведите кружочком цифру с правильным ответом.

Вид деятельности	Выраженные трудности или невозможность	Значительные трудности	Умеренные трудности	Небольшие трудности	Нет трудностей
1. Какие-либо трудности с работой, домашней работой, школой	0	1	2	3	
2. Ваше обычное хобби, отдых, спортивные занятия	0	1	2	3	
3. Пользование ванной	0	1	2	3	
4. Передвижение по квартире	0	1	2	3	
5. Надевание обуви, носков	0	1	2	3	
6. Сидение на корточках	0	1	2	3	
7. Поднимание предметов, например сумки с продуктами, с пола	0	1	2	3	
8. Тяжелая работа по дому	0	1	2	3	
9. Тяжелая работа во дворе	0	1	2	3	
10. Посадка и высадка из автомобиля	0	1	2	3	
11. Прогулка (два квартала)	0	1	2	3	
12. Прогулка (два километра)	0	1	2	3	
13. Спуск или подъем по лестнице на 10 ступенек	0	1	2	3	
14. Стояние в течение одного часа	0	1	2	3	
15. Сидение в течение одного часа	0	1	2	3	
16. Бег по ровной местности	0	1	2	3	
17. Бег по неровной местности	0	1	2	3	
18. Резкие повороты во время быстрого бега	0	1	2	3	
19. Прыжки	0	1	2	3	
20. Повороты в кровати	0	1	2	3	

Оценка _____ /максимальный балл = 80/

ГЛАВА XVIII МЕДИКО-ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Одной из основных причин определения третьей группы инвалидности является профессиональная непригодность к выполнению работы в имеющейся у больного квалифицированной профессии. Профнепригодность служит основанием для определения третьей группы инвалидности даже при легком нарушении функции, если больной не имеет возможности выполнять другую квалифицированную работу. В этой ситуации единственный путь для реабилитации больного - приобретение другой квалифицированной профессии на основе грамотно проведенного профессионального подбора. Профподбор с продолжением восстановительного лечения начатого еще в периоде медицинской реабилитации является важнейшим компонентом медико-профессиональной реабилитации (МПП).

Основными задачами, решаемыми на этапе МПП являются:

1. Проведение экспертизы профессиональной пригодности, а при отсутствии профессии - профессиональная ориентация;

2. У профнепригодных - подбор новой профессии, с учетом имеющихся профессиональных навыков;

3. Тренировка профессионально значимых функций (ПЗФ) пациента с помощью различных физических средств, в том числе, с использованием целенаправленной трудотерапии или стендовых моделей трудовых процессов;

4. Выдача рекомендаций по трудоустройству на конкретном рабочем месте с указанием режима объема и условий труда (сменность, продолжительность, темп, нуждаемость в дополнительных перерывах, требования к организации рабочего места и его основным характеристикам: освещенность, шум, температура, вибрация, воздействие химических факторов, условия питания, возможность выполнения общепринятых или специальных гигиенических процедур);

5. Выдача рекомендаций и оказание помощи в медико-социальных, бытовых, психологических аспектах, связанных с приобщением больного или инвалида к труду, созданию специальных условий, необходимых для его участия в трудовой деятельности, и для обеспечения его нормального функционирования при ограниченных возможностях.

Основные этапы проведения медико-профессиональной реабилитации представлены на схеме 18.1.



Схема 18.1. Этапы проведения медико-профессиональной реабилитации

В каждом конкретном случае рекомендации выносятся с учетом индивидуальных особенностей пациента, связанных с его дефектом или болезнью, профессией, возрастом, психологическими и физическими качествами, индивидуальными устремлениями и установками.

С целью адаптации к труду и тренировкам профессионально-значимых функций в программу медицинской реабилитации вводятся лечебные мероприятия, направленные на восстановление и компенсацию сниженных профессионально значимых функций посредством психотерапии, физической тренировки, механотерапии, кинезотерапии, медикаментозного лечения.

Сложность и многоплановость задач, выполняемых на этапе МПР отсутствие разработанной технологии побудили нас совместно с сотрудниками НИИ МСЭ и Р разработать единую технологическую документацию проведения данного этапа реабилитации. Документация включает: перечень видов деятельности в технологическом процессе МПР, список документов, сопровождающих процесс МПР и отражающий информацию о результатах выполнения видов деятельности, список методических документов, обеспечивающих процесс МПР данной категории лиц, в которых отражены подходы к различным аспектам реабилитации и технологические карты МПР на 29 видов деятельности.

Технологические документы определяют порядок, содержание и метод исполнения видов деятельности. Они определяют руководящие и методические документы, оборудование и инструментарий, применяемые при реализации того или иного вида деятельности. Важную информацию в технологических картах занимает ожидаемый результат и оценка качества выполнения вида деятельности. Последние две графы открывают поле деятельности для экономических расчетов с последующим анализом уровня экономической эффективности технологии. Наполнение технологических карт содержанием на каждый вид деятельности зависит от реальных условий: от оснащенности рабочих мест, от постоянного совершенствования методов реализации того или другого вида деятельности, от соответствующих требований к качеству выполнения работ, от экономической эффективности и др.

С целью постоянного соблюдения технологической дисциплины, с одной стороны, и постоянного совершенствования уровня выполнения видов деятельности, с другой, в содержание видов деятельности могут и должны вноситься установленным порядком изменения и дополнения, если они вызываются производственной необходимостью.

Реабилитант с направлением на МПР является в регистратуру клиники, где предъявляет медресистратору паспорт или другой документ, удостоверяющий личность, а также направление на МПР. Регистратор направляет больного в кабинет МПР консультативно-поликлинического отделения клиники. Специалист-реабилитолог знакомится с документами реабилитанта и производит его осмотр. На данном этапе происходит формирование трех потоков:

1 поток – лица, не подлежащие госпитализации в реабилитационное отделение ввиду наличия противопоказаний к госпитализации (согласно Положения о госпитализации) или необходимости завершения медицинского этапа реабилитации (в лечебно-профилактическом учреждении), либо проведении профессиональной реабилитации (в службе занятости). Выдается консультативное заключение о нецелесообразности проведения МПР.

2 поток - лица с уточненным диагнозом, законченным курсом восстановительного лечения, имеющие возможность амбулаторно пройти экспертизу профессиональной пригодности, направляются на амбулаторный этап МПР.

3 поток - больные и инвалиды, нуждающиеся в госпитализации для проведения медико-профессионального этапа реабилитации, имеющие при себе необходимые документы, направляются в приемное отделение клиники с отметкой в направлении о дате госпитализации.

В приемном отделении медсестра проводит доврачебный осмотр реабилитанта, измерение его антропометрических данных, знакомит с внутренним распорядком клиники и направляет к врачу приемного отделения, который проводит первичный врачебный осмотр, после чего реабилитант поступает в одно из реабилитационных отделений, основными функциями которого, согласно Положения о реабилитационном отделении, являются:

- определение показаний для проведения МПР;
- проведение экспертизы профпригодности по медицинским показаниям и противопоказаниям согласно нормативно-распорядительным документам;
- составление ИПР на медико-профессиональном этапе реабилитации;
- проведение восстановительного лечения;

- тренировка профессионально значимых функций;
- контроль за ходом выполнения и результатами МПР, предусмотренных программой;
- вынесение заключения о профпригодности и необходимости проведения дальнейших реабилитационных мероприятий.

В реабилитационном отделении медсестра принимает вновь прибывшего реабилитанта, помещает его в соответствующую палату, оказывает при необходимости помощь, а в последующем сопровождает больного, согласно назначениям врача, на обследование, консультации специалистов, следит за внесением результатов в историю болезни.

В первый день пребывания больного или инвалида в отделении с ним знакомится врач-реабилитолог. Он осматривает реабилитанта, изучает его медицинские документы, профессиональный статус, выявляет индивидуальные задачи МПР, производит назначение необходимого восстановительного лечения, назначает консультацию необходимых специалистов, которые обследуют реабилитанта с целью выявления сопутствующей патологии и определения степени ее выраженности.

Для определения личностных особенностей реабилитанта, его отношения к трудовой деятельности, возможности психокоррекции назначаются консультации психолога.

Ведь довольно часто в процессе медико-профессиональной реабилитации выявляется невозможность дальнейшего продолжения работы человеком в прежней профессии. Поэтому трудность перехода к новой профессии, время, затраченное на ее поиск будут тем меньше, а конечная эффективность переориентации тем выше, чем лучше человек сумеет собрать и грамотно проанализировать всю необходимую в этом случае информацию, правильно определить, что ему целесообразно искать на рынке труда, умело построит процедуру подбора подходящей работы. В этой связи для современного работника одной из важнейших становится проблема психологической готовности к смене профессии.

Психологическая готовность к смене профессии – это состояние человека, характеризующееся уровнем сформированности ряда личностных качеств, влияющих на эффективность профессиональной переориентации, а также наличием определенных знаний и умений, которые необходимы для ее грамотного осуществления. Речь идет не о готовности к самому процессу как специфической деятельности, связанной со сбором и анализом информации о рынке труда, изучением собственных возможностей, поиском оптимального для себя рабочего места, оформлением трудового соглашения, вхождением в новую должность.

Психологическая готовность к профессиональной переориентации – это длительное состояние человека. В условиях рыночных отношений его целесообразно поддерживать, совершенствуя необходимые личностные качества, обновляя информацию о рынке труда, постоянно, на протяжении всего профессионального пути.

Далее по разработанной нами технологии следует блок исследований, выполняемый физиологом труда и направленный на проведение экспертизы профессиональной пригодности реабилитанта. На данном этапе происходит выявление профессионально-значимых функций (ПЗФ) на основании сбора сведений о профессиональной принадлежности, уровне квалификации, профессиональном статусе, уровне образования, содержании трудовой деятельности, характере и условиях труда, имеющихся профессиональных навыках. На этом же этапе происходит составление профессиограммы. Проведение профессионального анализа отражает сведения о кратком содержании трудовой деятельности, характере и условиях труда, показателях тяжести и напряженности труда, профессионально значимых функциях, требованиях, предъявляемых профессией организму. Физиологами труда производится исследование возможностей реабилитанта к выполнению профессиональной деятельности, включающее: оценку тяжести и напряженности труда (по показателям характера и условий труда); оценку состояния дефектной функции (ДФ); оценку состояния профессионально значимых функций (ПЗФ); оценку физических возможностей к выполнению трудовой деятельности в условиях моделирования труда; оценку профессиональной работоспособности по физиологическому статусу (физиологической стоимости труда) в условиях моделирования труда.

С целью оценки резервных возможностей реабилитанта назначается консультация врача функциональной диагностики и проводится комплекс функциональных методов обследования с учетом перечня выявленных ПЗФ и ДФ реабилитанта.

На основании полученных заключений об условиях труда, состоянии ДФ и ПЗФ, данных о личностных особенностях реабилитанта, оценки основной и сопутствующей патологии врач-реабилитолог производит первичную оценку профессиональной пригодности реабилитанта и представляет больного на заседание реабилитационной бригады, в состав которой входят заведующий отделением, врач-реабилитолог, представляющий больного, психолог, голосо-речевой терапевт, эрготерапевт (трудотерапевт), консультант по выбору профессии, реабилитационная сестра.

Основной целью представления больного на реабилитационную бригаду является определение цели реабилитации, профессиональной пригодности реабилитанта, уточнения прогноза восстановления трудоспособности. На основании имеющихся заключений о характере, течении и стадии заболевания, его прогнозе, состоянии дефектных функций (ДФ), ПЗФ, медицинских показаниях и противопоказаниях к труду, профессиональной направленности принимается решение о профпригодности реабилитанта и составляется его ИПР.

Состояние профессионально значимых показателей дефектной функции (ПЗПДФ) позволяет выполнять работу в полном объеме, выносится заключение о соответствии ПЗПДФ требованиям профессии и профессиональной пригодности реабилитанта.

Если состояние ПЗПДФ не в полном объеме соответствует требованиям профессии, затрудняет выполнение профессиональных действий, реабилитанта относят к группе «риска» снижения или утраты профпригодности. Если же состояние ПЗПДФ не позволяет реабилитанту выполнять работу, предусмотренную профессией, выносится решение о несоответствии ПЗПДФ требованиям профессии и невозможности для данного реабилитанта продолжать трудовую деятельность в этой профессии на момент экспертизы (схема 18.2).

В двух последних случаях прогнозируется возможный уровень реабилитации:

- возможна полная реабилитация, полное или частичное восстановление нарушенных функций;
- возможна частичная реабилитация или частичное восстановление нарушенных функций (медико-социальная экспертиза по показаниям);
- трудно ожидать восстановления нарушенных функций в объеме, необходимом для выполнения трудовой деятельности (показана медико-социальная экспертиза).

В зависимости от предполагаемого уровня реабилитации составляется программа реабилитации с целью восстановления нарушенных функций и профессиональной трудоспособности, планируется проведение (при необходимости) медикаментозного лечения с рациональным сочетанием препаратов, психотерапия (индивидуальная, групповая, аутотренинг), физические методы реабилитации, физические тренировки.

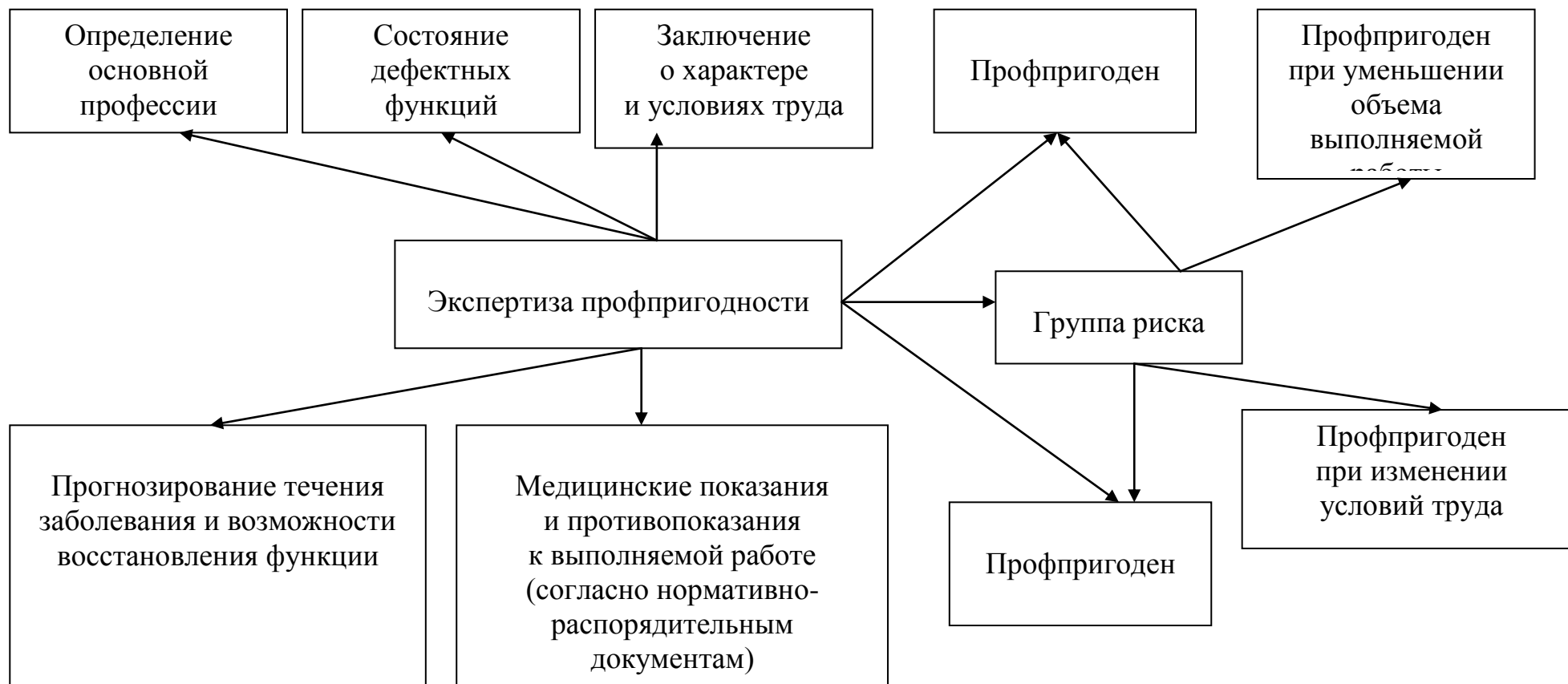
В случае признания реабилитанта профессионально непригодным, назначается консультация специалистов лаборатории профподбора и профадаптации для проведения профподбора с последующей апробацией подобранной профессии на рабочем месте. Стратегия проведения профконсультации в работе с инвалидами заключается в том, что профконсультант помогает инвалиду найти себя в профессиональном поле, осуществить правильный адекватный выбор профессии или ее изменение, соответствующий профиль профессионального обучения.

Кроме хорошей ориентированности в мире профессий и содержательной стороны профессиональной деятельности, для адекватного выбора профессии инвалиду необходимо уметь разбираться в себе, правильно оценивать свои слабые и сильные стороны. Важно знать не просто уровень, но и качественное своеобразие способностей, весь комплекс индивидуально-психологических особенностей. Профподбор следует рассматривать как составную часть общей системы профориентационных мероприятий в рамках медико-профессиональной реабилитации, а специфика анализа данных, полученных при обследовании инвалида и разработка практических рекомендаций должна основываться на следующих положениях (Е.М. Стаборина и др., 2000):

1. Критерии профессиональной пригодности должны быть несколько смягчены с учетом возможного восстановления или компенсации нарушенных качеств, высокого уровня мотивации, формирования индивидуального стиля деятельности.

2. Профотбор целесообразно совмещать с элементами профконсультации, с помощью которой не удовлетворяющему критерия профессиональной пригодности инвалиду даются рекомендации по овладению другими профессиями.

Схема 18.2. Схема проведения экспертизы профпригодности



3. Процедура профотбора должна предполагать разработку рекомендаций в соответствии с индивидуальной программой реабилитации (ИПР), включающую индивидуализацию обучения, социально-психологическую адаптацию в учебном заведении и на производстве, раскрытие психофизиологических и личностных возможностей в целях переобучения, успешной реализации потенциальных возможностей и профессионального становления.

Таким образом, профподбор проводится с учетом состояния дефектных и профессионально значимых функций, профессиональных интересов реабилитанта, возможностей трудовой занятости, обучения и переобучения в регионах проживания, состояния дефектной функции, физиологической стоимости работ, предусмотренных к выполнению, условий и характера труда.

На этапе МПР большинство реабилитантов нуждаются в психотерапии, психокоррекции на протяжении практически всего пребывания в стационаре, проведении функциональных и нейрофизиологических методов обследования с целью уточнения диагноза и контроля за восстановлением ДФ. На данном этапе назначается восстановительное лечение средствами кинезотерапии, физиотерапии, нетрадиционных методов лечения, трудотерапии на фоне поддерживающей медикаментозной терапии. Параллельно должно проводиться восстановление профессиональной пригодности и трудоспособности при помощи профадаптации в моделированных условиях, т.е. профессиональная адаптация на рабочих местах в отделении трудотерапии.

С целью контроля за динамикой восстановления нарушенных функций реабилитанта, а также коррекции ИПР на 9-10 день реабилитант представляется на повторное заседание реабилитационной бригады.

Многим реабилитантам на этапе МПР, помимо восстановительных, проводятся мероприятия социально-бытовой реабилитации, направленные на улучшение или компенсаторное замещение навыков самообслуживания: личной гигиены, питания, передвижения и др.

По окончании курса реабилитации врачом-реабилитологом проводится оценка проведенной МПР с повторным определением профессиональной пригодности реабилитанта. При необходимости социальный работник производит подготовку документов к переобучению и трудоустройству реабилитанта через службу занятости.

За 1-2 дня до выписки из стационара проводится заключительное заседание реабилитационной бригады, на котором дается оценка результатов проведенной реабилитации:

- заключение о степени восстановления функции;
- заключение о степени сформированности позитивного отношения к показанным видам труда;
- заключение по подбору профессии, видов и режимов труда, профобучения;
- заключение по показанным условиям труда, а также даются рекомендации по интеграции в производственную среду: низкий уровень (надомный труд), средний уровень (спеццех, спецпредприятие), высший уровень (обычные условия производства). Врач-реабилитолог оформляет должным образом историю болезни, выписной эпикриз и реабилитационно-экспертное заключение, в котором высказывается мнение о:
 - необходимости продления МР и МПР с указанием сроков, форм и места проведения планируемых реабилитационных воздействий;
 - рекомендации по трудоустройству с указанием профессии (видов работ), режимов труда, условий труда; организации, ответственной за трудоустройство (служба занятости, общество инвалидов и пр.);
 - рекомендации по обучению (переобучению) с указанием профессии, формы обучения, места обучения;
 - рекомендации о необходимости обеспечения техническими средствами (для обеспечения трудового процесса, бытовыми техническими средствами и др.) с указанием места возможного их приобретения.
 - необходимости направления больного на МРЭК для определения группы инвалидности;

В среднем курс МПР для лиц с умеренными или выраженными дефицитарными нарушениями составляет 25-30 дней.

ГЛАВА XIX

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ

Важнейшей составной частью единого реабилитационного процесса является профессиональная реабилитация - система мер, обеспечивающих инвалиду возможность получить подходящую работу или сохранить прежнюю и продвигаться по службе (работе), способствуя, тем самым, его социальной интеграции или реинтеграции.

Значимость профессиональной реабилитации определяется целым рядом экономических и психологических факторов. В первую очередь, необходимо учитывать, что наличие в семье инвалида требует повышения расходов, так как возникает необходимость в таких видах обслуживания как транспорт, специальное оборудование и др. И, несмотря на то, что государство помогает в решении многих проблем, полностью решить нужды семьи в расходах оно не может.

Общество, и государство дают высокую оценку труда каждого индивидуума. Если же инвалид не работает, он воспринимается как неадекватная личность и таким же становится его отношение к себе. Поэтому профессиональная реабилитация способствует интеграции инвалидов в общество, в нормальное течение жизни. Как указывает В.А. Сидоров (1998), семья, школа и рабочее место – вот та арена, на которой формируются социальные отношения, развиваются социальные связи и утверждается социальный статус. Без возможности принимать участие в таких процессах лицо являющееся инвалидом, встречает огромные трудности в вопросах интеграции его в общество. Очень важным в процессе профессиональной реабилитации является и психологический фактор, так как соответствующее трудоустройство создает человеку условия для регулирования. Все жизненные процессы в этом случае приобретают устойчивый и позитивный характер.

По мнению многих зарубежных специалистов, профессиональная реабилитация инвалидов с их последующим трудоустройством экономически выгодна для государства. Так, согласно оценкам экспертов, в США на каждый доллар, вложенный в реабилитацию инвалидов, возвращается 9 долларов в виде налоговых поступлений, являющихся следствием трудоустройства инвалидов или их продвижения по службе. Во многих странах ведется значительная работа в плане организации профессиональной реабилитации инвалидов и их последующего трудоустройства, (частичное или полное, в зависимости от возможностей инвалида и состояния этой работы в стране).

Используются следующие варианты профессиональной реабилитации:

- адаптация реабилитанта на прежнем рабочем месте;
- реадаптация - работа на новом рабочем месте с измененными условиями труда, но на том же предприятии;
- работа на новом месте в соответствии с приобретенной новой специальностью, близкой к прежней, но отличающейся пониженной нагрузкой;
- полная переквалификация с последующим трудоустройством на том же предприятии;
- переквалификация в реабилитационном центре с подысканием работы по новой специальности.

Созданная в настоящее время в нашем государстве правовая база профессиональной реабилитации инвалидов обеспечивает социальную защиту в области получения специальности и занятости, адаптации и полноценной интеграции инвалидов в общество.

Для обеспечения возможностей профессиональной реабилитации инвалидов законодательством устанавливается:

- равенство возможностей инвалидов во всех сферах жизни общества;
- льготная финансово-кредитная политика в отношении специализированных предприятий, применяющих труд инвалидов, а также предприятий, учреждений, организаций, общественных объединений инвалидов;
- квоты для приема на работу инвалидов с предоставлением специализированных рабочих мест;

- резервирование рабочих мест по профессиям, наиболее подходящим для трудоустройства инвалидов;
- стимулирование предприятий к созданию дополнительных рабочих мест (в том числе специальных) для трудоустройства инвалидов;
- создание для инвалидов условий труда в соответствии с индивидуальными программами реабилитации инвалидов;
- создание условий предпринимательской деятельности инвалидов;
- организация обучения инвалидов новым профессиям;
- ответственность работодателей за обеспечение занятости инвалидов;
- порядок и условия признания инвалидов безработными;
- государственное стимулирование участия предприятий и организаций в обеспечении жизнедеятельности инвалидов и другое.

Развитие законодательно-нормативной базы по проблемам реабилитации инвалидов, в том числе профессиональной, существенно изменило тенденции в данной области. Особенно значительным явилось принятие Закона “О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов”, который определил дальнейшие пути развития системы профессиональной реабилитации не только взрослых, но и детей.

Профессиональная ориентация детей-инвалидов включает:

- профессиональное образование и просвещение;
- профессиональную диагностику;
- профессиональное воспитание;
- профессиональную консультацию; «профессиональный подбор».

Профессиональная ориентация детей-инвалидов осуществляется в общеобразовательных, специальных общеобразовательных школах-интернатах при участии центров профессиональной ориентации молодежи и педагогических работников учебных заведений профессионального образования. Профессиональное просвещение должно осуществляться общеобразовательными школами в процессе изучения гуманитарных и естественно-математических предметов, предмета "Основы выбора профессии". В профессиональном просвещении принимают участие государственные службы занятости, медицинские реабилитационные экспертные комиссии, а также учебные заведения профессионального образования.

Профессиональная диагностика и профессиональный подбор обеспечивают выбор профессии ребенка-инвалида, соответствующей его интересам, склонностям, задаткам профессиональных способностей, состоянию здоровья, а также конъюнктуре рынка труда. Профессиональная диагностика осуществляется лечебно-профилактическими учреждениями Министерства здравоохранения Республики Беларусь и МРЭК и центрами профессиональной ориентации молодежи. Профессиональный подбор осуществляется центрами профессиональной ориентации молодежи.

Профессиональное воспитание предусматривает формирование профессиональных интересов, склонностей, профессиональной пригодности и осуществляется поэтапно дошкольными учреждениями, общеобразовательными школами, учебными заведениями профессионального образования, а **профессиональная консультация** осуществляется штатным психологом, медицинским работником учебного заведения с привлечением специалистов медико-реабилитационной экспертной комиссии, центров профессиональной ориентации молодежи и педагогических работников учебных заведений профессионального образования.

В системе профессиональной реабилитации важнейшее место занимают вопросы профессиональной подготовки, обучения для вхождения во взрослую жизнь детей, подростков, которые являются или стали инвалидами с детства, имеют существенные физиологические ограничения некоторых функциональных и сенсорных систем, в результате чего, при неадекватной профессиональной деятельности, они могут стать инвалидами. Если для взрослых инвалидов профессиональная реабилитация теснейшим образом связана с проблемой максимального использования имеющегося багажа профессиональных знаний, навыков и умений, то для детей и подростков особенно остро стоит вопрос совмещения получения общеобразовательных знаний на доступном для них уровне и приобретения профессии (специальности, профессиональной

подготовки), которая не является противопоказанной из-за состояния здоровья и не приведет к утяжелению инвалидности.

В условиях рыночной экономики профессиональное образование инвалидов должно предусматривать обучение конкурентоспособным и престижным профессиям, основам предпринимательской деятельности, что обеспечивает равенство возможностей инвалидов в плане занятости. В настоящее время значительно расширены медицинские показания для профессионального обучения инвалидов, что позволяет проводить их обучение более широкому спектру профессий, в том числе и новым профессиям, появившимся на рынке труда.

Безусловно, профессиональное образование не гарантирует занятости инвалида, и лишь высокий профессиональный уровень делает инвалида конкурентоспособным на рынке труда и предоставляет ему равные шансы с неинвалидами.

Система профессиональной реабилитации инвалидов строится на основе многоэтапного процесса получения инвалидом как общего, так и профессионального образования. Это обусловлено тем, что профессиональное образование может быть освоено инвалидом только при наличии у него того или иного уровня общего образования.

Одной из важнейших задач любого общества является создание условий для обучения, воспитания, социальной адаптации детей-инвалидов. Ведь только на такой базе можно говорить об их профессиональной реабилитации в дальнейшем.

Согласно статьи 31 Закона «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» в Республике Беларусь создается система органов профессиональной реабилитации, которая включает организацию обучения и профессионально-техническое образование детей-инвалидов и детей с недостаточным умственным и физическим развитием, осуществляемую органами образования, профессиональную ориентацию, осуществляемую ими совместно с центром профессиональной ориентации молодежи.

Возможность получения среднего, среднего специального и высшего образования, подготовку научных и научно-педагогических кадров, переподготовку и повышение квалификации инвалидов обеспечивают Министерство образования и науки Республики Беларусь, а также иные учебные заведения. Оказание профессионально-ориентационных услуг, профессиональную подготовку и трудоустройство инвалидов в трудоспособном возрасте, детей-инвалидов в возрасте от 16 до 18 лет, зарегистрированных в качестве безработных, организует Государственная служба занятости.

В то же время для детей и подростков, имеющих существенные отклонения в состоянии психики, зрения и слуха, значимые недостатки в физическом развитии, перенесших полиомиелит или детский церебральный паралич, действуют специальные образовательные учреждения, в которых обучают детей определенному кругу специальностей.

Исходя из вышеизложенного профессиональная реабилитация осуществляется посредством тесной взаимосвязи между учреждениями здравоохранения, региональными отделениями занятости населения, центрами профессиональной подготовки и переподготовки службы занятости, учреждениями Министерства образования, предприятиями общественных организаций (см. рис. 19.1).

С целью реализации программы получения профессионального образования в нашей республике используются различные формы учебных заведений, основными из которых являются профессиональные (профессионально-технические) и специализированные училища, колледжи и лицеи, техникумы, институты, академии и др. Сеть государственных образовательных заведений дополняется системой ведомственных учреждений, которые осуществляют профессиональное обучение населения на коммерческой основе. В зависимости от показаний и противопоказаний по состоянию здоровья к приобретению той или иной профессии обучаются в различных учебных заведениях и дети-инвалиды.

Следует, однако, отметить, что до настоящего времени в стране не создана четкая система профессиональной реабилитации. В частности:

- не в полной мере созданы условия для ранней профориентации;
- отсутствует концепция образования инвалидов;
- требуется адаптация по применению образовательных стандартов по отношению к инвалидам;

- отсутствует нормативная база, регламентирующая заочную, надомную и др. формы профессионального образования для инвалидов;
- отсутствует система повышения квалификации или переподготовки взрослых инвалидов;
- требует коррекции спектр профессий, по которым проводится профессиональное обучение инвалидов, в плане их конкурентоспособности на открытом рынке труда.

Требует существенного улучшения система профессиональной ориентации и профподбора у детей-инвалидов, определения профессиональной пригодности инвалидов, имеющих квалифицированную профессию, на этапе медико-социальной экспертизы. В составе МРЭК нет специалистов по гигиене труда, не открыты кабинеты профессиональной диагностики на базе областных больниц, хотя вопрос этот неоднократно обсуждался и имеется ряд распоряжений Минздрава по этому поводу. Единственное учреждение, имеющие такую службу, - НИИ МСЭ и Р, на базе которого можно подготовить соответствующих специалистов, если такая должность появится в штатно-нормативных документах.



Рисунок 19.1. Схема взаимодействия на профессиональном этапе реабилитации

Для проведения мероприятий профессиональной реабилитации следует помнить, что различные категории инвалидов в зависимости от возраста (дети-инвалиды, инвалиды в возрасте старше 18 лет), полученного ранее образования, профессии нуждаются в различных аспектах профессиональной реабилитации, которая включает в себя экспертизу профессиональной пригодности, профессиональную информацию, профессиональное консультирование, профессиональную ориентацию, профессиональное образование, профессиональный отбор, психологическую поддержку, профессиональное обучение, профессионально-производственную адаптацию, рационально трудовое устройство, содействие трудоустройству инвалидов.

Экспертиза профессиональной пригодности в Белорусском научно-исследовательском институте медико-социальной экспертизы и реабилитации проводится следующим образом.

В случае потери профессии и (или) подбора профессии, которую может выполнять инвалид по состоянию своего здоровья и в соответствии с имеющимся образованием проводится **профинформация** - информационное обеспечение процесса выбора профессии, позволяющее клиенту получить максимум сведений о мире профессий, их рынке в регионе, предоставление информации, формирующей представление о содержании профессий и специальностей, о требованиях, предъявляемых ими к человеку, путях и условиях профессиональной подготовки с учетом реальных возможностей трудоустройства, в результате чего создаются предпосылки для сознательного выбора клиентом сферы деятельности, профессии и образа жизни. Таким образом, для организации целенаправленного, осознанного поиска новой профессии человеку необходимо знать:

- основные особенности текущего состояния рынка труда в целом, тенденции его изменения в ближайшее время;
- источники информации о вакантных рабочих местах и организации, занимающиеся трудоустройством и переподготовкой безработных;
- основные требования профессий, по которым имеются вакансии, к индивидуальным качествам человека, содержание и особенности работы по ним; профессии, являющиеся аналогичными или смежными для его основной, базовой специальности;
- методы и критерии оценки собственных профессиональных возможностей;
- общие закономерности процесса профессиональной переориентации и порядок действий на различных ее этапах.

Кроме того, готовясь к переориентации на новую профессию, человек должен уметь:

- адекватно оценивать свои интересы, способности, знания и опыт, правильно соотносить их с содержанием и особенностями деятельности по различным профессиям;
- готовить объявления о поиске работы, письменные запросы на предприятия, профессиональную характеристику (резюме);
- правильно вести переговоры с работодателем при поиске вакансий, приеме на работу, оформлении трудового соглашения;
- систематически накапливать и анализировать данные о специальностях, по которым есть вакансии, работать со справочниками и другими источниками информации о профессиях;
- целенаправленно формировать у себя личностные качества, необходимые для успешного перехода к новой деятельности, расширять диапазон своих профессиональных возможностей;
- налаживать и поддерживать доброжелательные отношения с членами нового коллектива.

Далее проводится **профессиональное консультирование** инвалидов, благодаря которому осуществляется содействие в выборе или перемене профессии с учетом пожеланий, склонностей и возможностей, имеющихся вакансий, перспектив трудоустройства реабилитанта. Программа профориентационного обследования должна строиться индивидуально, применительно к каждому инвалиду. При планировании обследования принимаются в расчет результаты медицинского обследования и заключение врача-реабилитолога, данные о возрасте, образовании (в том числе профессиональном), профессиональном опыте и маршруте инвалида, а также психологические особенности, отраженные в индивидуальной программе реабилитации инвалида, и характерные для инвалидов с данным видом инвалидизирующей патологии.

Согласно Д.И. Лавровой и др. (1998) основной задачей профконсультанта в зависимости от ситуации обратившегося к нему инвалида является определение поля выбора профессии с учетом медицинских рекомендаций и ограничений, интересов и склонностей инвалида, уровня образования, имевшейся ранее профессии. Необходимо также раскрыть человеку реальные варианты выхода из сложившегося положения, актуализировать поиск новых путей профессионального самоопределения.

Консультант в процессе работы с клиентом исследует:

- профессиональные интересы;
- профессиональные склонности;
- мотивацию профессионального самоопределения;
- психологическую профпригодность к определенным видам деятельности.

В результате совместной работы с клиентом-инвалидом расширяется его информированность о содержании различных профессий, открываются новые, доступные ему сферы деятельности, приводятся в соответствие его самооценка и уровень профессиональных притязаний с возможностями, корректируются профессиональные планы и намерения.

Профессиональное консультирование следует проводить с учетом структуры региональной потребности в кадрах.

Окончательное решение о выборе профессии, учебного заведения, места работы принимает инвалид. Не допускаются какие-либо формы воздействия на его мотивацию и решение в сфере самоопределения. Однако необходимо подчеркивать обязательность учета инвалидом в своем профессиональном выборе медицинских рекомендаций, так как эти рекомендации довольно жестко определяют типы труда, показанные инвалиду.

Существуют два типа профконсультирования: **информационное** и **профориентационное**.

Первое, информационное профконсультирование направлено на ознакомление ищущего работу инвалида с перечнем профессий и имеющихся в регионе вакансий, сопоставление их с его ограничениями и запросами, выбор конкретных профессий.

Профориентационная консультация предполагает прогнозирование степени эффективности деятельности человека и структуры психических и психофизиологических особенностей человека, необходимых для достижения общественно приемлемой эффективности в профессиональном труде. При проведении профориентационного консультирования широко используются психодиагностические методики, с помощью которых выявляются профессиональные склонности и интересы инвалида, характер общей и трудовой мотивации, особенности обучаемости, способности инвалида, его личностные характеристики, существенные для профессиональной адаптации.

Профессиональная ориентация - система и процесс определения структуры наиболее развитых способностей инвалида с целью последующего подбора на этой основе вида профессиональной деятельности.

Основная цель профессиональной ориентации – оказать содействие человеку в получении в оптимально короткие сроки подходящего места работы в соответствии с потребностями работодателей, рынка труда, личными интересами, способностями и возможностями путем профессионального консультирования, информации инвалидов важнейшую роль играет также учет трудовых рекомендаций, входящих составной частью в индивидуальную программу реабилитации.

Работа по профориентации инвалидов включает три традиционно выделяемых направления: профинформация, профконсультирование (информационное и профориентационное), а также профотбор (профподбор).

Основная цель профессиональной ориентации – оказать содействие человеку в получении в оптимально короткие сроки подходящего места работы в соответствии с потребностями работодателей, рынка труда, личными интересами, способностями и возможностями путем профессионального консультирования, информации и психологической поддержки.

Профориентация - комплекс социально-экономических, психолого-педагогических и медико-физиологических задач, результатом решения которых будет выбор, оптимальное профессиональное самоопределение человека, соответствующее индивидуальным особенностям каждой личности и запросам общества в кадрах.

При профессиональной ориентации должны решаться следующие задачи:

- информирование и консультирование инвалидов с целью выбора работы, режима труда, возможности обучения;
- ориентирование инвалидов в мире профессий (профессиональная информация, профессиональная консультация, профессиональная диагностика, психологическая поддержка);
- предоставление услуги по профессиональной информации инвалидам, включая инвалидов из числа учащейся молодежи, по психологической поддержке инвалидов, занятых трудовой деятельностью в период профессиональной адаптации.

Необходимой составляющей профориентационной работы, как уже указывалось выше, является обеспечение выбора работы инвалидом в соответствии с его собственными интересами, склонностями и способностями. В случае такой работы с инвалидами поле профессионального выбора, как уже подчеркивалось, ограничено медицинскими рекомендациями. Это обуславливает особое значение такого компонента профессиональной работы, как выявление индивидуальных особенностей инвалида (интересов, склонностей, способностей, развития и уровня сохранности высших психических функций), а также, что очень важно, мотивационных характеристик, поскольку при профессиональной реабилитации устойчивая трудовая мотивация, желание обрести материальную самостоятельность, соответствующий социальный статус и т.п. крайне существенны. Повышенный уровень социальной незащищенности инвалидов, во многих случаях неблагоприятные психологические особенности данного контингента клиентов службы занятости обуславливают, с одной стороны, усиление значения этических принципов проведения профконсультационной работы, а с другой стороны, специфические требования к такой работе.

Принцип конфиденциальности приобретает особое значение, поскольку в процессе работы с клиентом-инвалидом используется не только информация, необходимая и другим клиентам, не являющимся инвалидами, но еще и сведения о состоянии его здоровья.

Профессиональная ориентация инвалидов предусматривает комплексный подход с учетом медицинского, психологического и социального аспектов.

Медицинский аспект включает изучение и клиническую оценку состояния инвалида (диагноз и степень выраженности функциональных нарушений, компенсаторные возможности, клинический и трудовой прогноз; учет медицинских противопоказаний для различных видов работ).

Психологический аспект включает определение установки инвалида на труд, профессиональных интересов, склонностей, оценку трудовой мотивации, оценку свойств нервной системы и темперамента, определение уровня развития психомоторики эмоционально-волевых, интеллектуально-мнестических особенностей, определение индивидуальных свойств личности, проведение психической коррекции.

Социальный аспект предполагает учет пола, возраста, образования, основной профессии и профессионального маршрута, семейного положения, жилищно-бытовых условий.

Проведение профессиональной ориентации предусматривает: предоставление консультаций и информации по вопросам выбора профессии, включая возможности для смены профессии; проведение консультации, включающей подробный рассказ о профессии; ознакомление с возможностями содействия профессиональному образованию в каждом конкретном случае; оказание посредничества по подысканию места обучения. В компетенцию профессиональной ориентации входит определение с помощью медицинских и психологических методов личностных интересов инвалида и проведение профотбора. Профессиональная ориентация молодых инвалидов осуществляется на основе систематической и целенаправленной подготовки к выбору будущей профессии, в которой участвует школа, органы профессиональной ориентации, родители и сами инвалиды.

Профессиональное образование - это система и процесс овладения знаниями, навыками и умением в области рекомендуемой профессиональной деятельности. Профессиональное образование не гарантирует занятости инвалида, но лишь высокий уровень профессионального образования делает инвалида конкурентоспособным на рынке труда и предоставляет ему равные шансы с неинвалидами.

Профессиональный отбор (подбор) проводится при необходимости отбора на определенные профессии, исходя из интересов, возможностей, способностей реабилитанта и

ситуации на рынке труда, с использованием специальным методов, как правило, это методики исследования профессионально важных качеств.

При профотборе(профподборе) с использованием психодиагностических средств необходимо помнить, что психодиагностика инвалидов для профориентации направлена на выявление сохранных высших психических функций, возможностей компенсации имеющихся нарушений, на определение условий и режимов деятельности, в которых возможна оптимальная работоспособность.

Одно из ключевых мест в системе профессиональной реабилитации занимает **психологическая поддержка**, так как процесс профориентации инвалидов затрудняет неблагоприятная самооценка, неуверенность в себе, ожидание неудачи, что может отрицательно сказаться на выборе профессии. Поэтому в работе с инвалидами особую важность приобретает установление с ними благоприятных, партнерских отношений, открытости в общении.

У них должно сниматься напряжение в ситуации собеседования, а тем более при тестировании профессионально важных качеств, корректироваться неблагоприятные установки в отношении профессиональной реабилитации, трудовой деятельности. Специалисты, работающие с инвалидами, могут использовать приемы бесконфликтного общения, такие как техники активного слушания, Я-высказываний, а также элементы психотерапевтической работы в виде проявления полного принятия инвалида. Все это ведет к тому, что инвалиды, склонные к хроническому переживанию отрицательных эмоций, к внутренней напряженности и тревожности, будут получать возможность почувствовать заинтересованность и расположение ведущего с ними работу психолога, а потому испытывать спокойствие, быть контактным при опросе, проявлять живые эмоциональные реакции, уравновешенность. У них будет создаваться положительная установка на исследование.

Составной частью работы по профессиональной реабилитации является и **профессиональное обучение**. При выборе того или иного способа профессиональной подготовки необходимо учитывать особенности обучаемости инвалида. Это ставит вопрос о необходимости в процессе профориентации анализировать и психолого-педагогические аспекты. Реальные попытки переобучения инвалидов показывают, что нередко на этом пути профессиональной реабилитации встают свои трудности. Инвалидам, оказывается, трудно осваивать программу профессиональной подготовки в том же темпе, что и остальным учащимся, при обучении лиц со значительным интеллектуальным снижением могут возникать трудности в понимании материала и его усвоении. Все эти нюансы должны учитываться при проведении профессионального обучения инвалида.

Профессионально-производственная адаптация - это система и процесс определения оптимального уровня производственных нагрузок, связанных с исполнением требований рекомендуемой профессиональной деятельности в условиях конкретного производства, с приспособлением к ним инвалидов.

Рациональное трудовое устройство - это система и процесс организации и правовой регламентации трудовой деятельности инвалидов, направленные на обеспечение условий для эффективной реализации их профессиональных способностей.

Трудоустройство является завершающим этапом профессиональной реабилитации инвалидов. Успешное решение этой проблемы во многом зависит от системы взаимодействия основных звеньев профессиональной реабилитации инвалидов: медико-реабилитационных экспертных комиссий (МРЭК), службы занятости, предприятия, учреждения профессионального образования. Цель взаимодействия – совместная организационная работа по трудоустройству и профессиональному обучению инвалидов.

Рациональное трудоустройство инвалида, согласно одного из определений, - это трудовое устройство на рабочее место, потенциально пригодное для инвалида по состоянию его здоровья, соответствующее мотивам личности, профессиональной подготовке в общественно необходимой профессии. Рациональное трудовое устройство означает адекватность условий и содержания труда психофизиологическим особенностям инвалида и социально-экономическую равноценность рекомендуемой ему профессиональной деятельности ранее исполняемой (в случае ее смены), либо исполняемой здоровым работником аналогичной работы (в случае первоначального выхода на рынок труда). Поэтому, при определении показаний к рациональному трудовому устройству необходимо соблюдать главный принцип – соответствие клинического статуса и функциональных

возможностей инвалида требованиям, предъявляемым к нему характером и условиями труда. Ведущими критериями здесь служат тяжесть, особенности течения и прогноз заболевания. При этом следует учитывать также и социальные факторы: уровень образования, профессиональные знания и навыки, рудовую установку и индивидуальные особенности личности больного, возможность получения новой квалификации или профессии путем обучения и переобучения.

Рациональное трудовое устройство означает адекватность условий и содержания труда психофизиологическим особенностям инвалида и социально-экономическую равноценность рекомендуемой ему профессиональной деятельности ранее исполняемой (в случае ее смены).

Содействие трудоустройству инвалидов на современном этапе встречает большие сложности. Подчас службе занятости не удается трудоустроить даже здоровых безработных. Поэтому одним из реальных приемов, содействующих трудоустройству инвалидов, является овладение им навыков активного поведения на рынке труда. Специалисты службы занятости должны этому способствовать.

Инвалид должен осознать, что активные действия на рынке труда предполагают прямое непосредственное обращение его на различные предприятия по вопросу имеющихся вакансий и предложение себя в качестве рабочей силы. Во время трудоустройства инвалиду не рекомендуется отрицательно отзываться о своей прежней работе, профессии, руководителе. Следует больше говорить о своих профессиональных возможностях и достижениях.

К сожалению, изложенные выше аспекты профессиональной реабилитации больных и инвалидов на практике соблюдаются далеко не всегда. Это связано в первую очередь с тем, что система профессиональной реабилитации в нашей республике находится в стадии становления. Другой причиной не полной реализации системы профессиональной реабилитации является низкая заинтересованность работодателей в привлечении к труду инвалидов.

В этой программе содержаться десять правил, которым работодатели должны следовать в своей деятельности по созданию, использованию и сохранению рабочих мест для инвалидов. В частности им следует:

- обращать особое внимание на трудоустройство инвалидов, используя в этих целях свою кадровую службу и ставя перед нею в этом плане специальные задачи;
 - создавать благоприятные условия на специальных рабочих местах с тем, чтобы инвалиды могли беспрепятственно ими пользоваться;
 - совершенствовать практику приема на работу инвалидов, упрощая при этом саму процедуру их трудоустройства;
 - принимать специальные меры, гарантирующие инвалидам те же возможности, что и другим (здоровым) работникам в целях полного использования их потенциала и обеспечения им возможности продвижения по службе;
 - обеспечить для работника, ставшего инвалидом в результате несчастного случая на производстве, сохранение прежней работы, либо оказание помощи в переквалификации, либо в предоставлении другого места работы;
 - содействовать в обучении и переобучении инвалидов совместно с органами занятости
- т.д.

соблюдение нашими работодателями вышеизложенного мирового опыта в значительной степени способствовало бы решению проблемы трудоустройства инвалидов.

Таким образом, эффективное решение проблемы инвалидности, обеспечивающее снижение негативных тенденций в динамике общественного здоровья населения и инвалидности, повышение уровня социальной защищенности инвалидов требует создания целенаправленных систем профилактики инвалидности, реабилитации и интеграции инвалидов в общество, возвращения многих из них к общественно-полезному труду и восстановления, производительных сил общества.

СОЦИАЛЬНЫЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ

Одним из основных аспектов реабилитации является социальный, так как именно на этом этапе осуществляется комплекс мероприятий, направленный на максимально возможную интеграцию инвалида в семью, в коллектив, в общество, ведь каждый человек, имеющий физические, умственные или психические недостатки, приводящие к различной степени выраженности ограничений жизнедеятельности имеет «социальное право» на получение помощи, которая необходима: для предотвращения, устранения, исправления, предупреждения осложнения или смягчения последствий инвалидности, а также для обеспечения этому лицу места в обществе, в частности в трудовой сфере, соответствующего его индивидуальным наклонностям и способностям.

Среди основных положений, вытекающих из упомянутого «социального права», необходимо выделить следующие:

- задача интеграции инвалидов в общество;
- принцип внепричинности, в соответствии с которым все виды необходимой помощи любому инвалиду или лицу, которому угрожает инвалидность, должны быть оказаны вне зависимости от причины инвалидности;
- принцип вмешательства на возможно ранней стадии, когда в зависимости от возможности и необходимости должны быть приняты все меры для уменьшения масштаба и последствий инвалидности до минимума, а неизбежные последствия компенсированы наиболее эффективным образом.

Формирование нового социального статуса – статуса инвалида происходит во времени, с годами выявляются новые потребности (в общении, обучении, приобретении профессии, выборе места работы и др.). Спонтанное формирование нового социального статуса не всегда адекватно окружающим условиям, социальной среды, которая нередко ставит жесткие условия и предъявляет повышенные требования.

Однако, следует помнить, что даже тяжелые повреждения дисфункции в большинстве случаев неодинаково сказываются на всех сферах жизни: у человека с поврежденным здоровьем нарушены лишь определенные функции и поэтому он является «инвалидом» также только по отношению к определенным видам деятельности, а в остальных сферах жизни его функциональные способности сохраняются в полной мере. Поэтому и потребности инвалидов в помощи могут иметь очень большие индивидуальные различия даже при одинаковых дисфункциях организма.

Особые, в зависимости от вида и тяжести инвалидности весьма и весьма различные виды помощи, в которой инвалиды нуждаются для включения в трудовую и социальную сферу жизни общества в целом, как правило, не зависят от предварительного формально установленной инвалидности. Наличие инвалидности как таковой является скорее одним из условий для предоставления помощи. Нередко такая помощь в соответствии с индивидуальными потребностями предоставляется и лицам, которым угрожает инвалидность и которые – например при оказании содействия в медицинской и профессиональной реабилитации – приравниваются к инвалидам.

Поэтому на любом этапе формирования социального статуса – инвалида необходима социальная поддержка, помощь в социальной реабилитации, адекватном вхождении инвалида в жизнь, включение в социальную реальность через обретение нового статуса, включение в социальную реальность через обретение нового статуса, более приспособленного к проблемам общества. Социальная реабилитация инвалидов имеет широкий круг возможностей воздействия, используя и технические средства реабилитации, и создание специальных условий для овладения социальными навыками с помощью вспомогательных устройств, и вовлечение семьи в реабилитационную деятельность.

В связи с наличием (появлением) в семье инвалида претерпевает изменения и сама семья как реабилитационная среда. Помимо межличностных отношений внутри самой семьи, страдают и внешние связи семьи, распадается «социальная сеть» (реже осуществляются контакты с родственниками, друзьями), становится ущербным социальное функционирование семьи. Семья

как бы делает крен в социальных связях в сторону контактов с лицами, осуществляющими медико-социальную помощь (медицинское и социальные работники, педагоги).

Инвалидность является одним из важнейших показателей социального неблагополучия населения, отражает социальную зрелость, экономическую состоятельность, нравственную полноценность общества и характеризует нарушение взаимосвязей человека-инвалида и общества. На протяжении многих лет политика в отношении инвалидов менялась: она прошла путь от обычного ухода за инвалидами в соответствующих учреждениях до получения образования и профессии детьми-инвалидами и реабилитации лиц, ставших инвалидами уже в зрелом возрасте. Благодаря образованию и реабилитации инвалиды стали более активно выступать за дальнейшее развитие современной политики в отношении инвалидов.

Цель социальной реабилитации - восстановление способностей к бытовой, профессиональной, общественной деятельности и устранение препятствий к независимому существованию в быту (семье, жилище), производственной сфере (на рабочем месте, в трудовом коллективе), в условиях окружающей среды (самостоятельность в общественной деятельности, доступность транспорта, информации, общественных инфраструктур).

Социальная независимость инвалида в семье, жилище, на рабочем месте, в коллективе, транспорте, учреждениях, получении необходимой информации, участия в общественной жизни и др. достигается не только сохранностью способностей к общению, ориентации, передвижению, контролю за своим поведением, уходу за собой и др., но в значительной степени возможностями окружающей реабилитанта среды.

Уровень социальной независимости человека с ограниченными возможностями жизнедеятельности является показателем его интеграции в общество и во многом зависит от реабилитационного потенциала социальной среды, т.е. возможности общества предоставить человеку с риском инвалидности или инвалиду максимально равные, по сравнению со здоровыми людьми, возможности во всех социальных сферах: общественной, профессиональной, бытовой.

Социальный аспект ИПР подразумевает перечень мероприятий, направленных на предоставление всей полноты социальной помощи и услуг для адаптации к социальной среде и социально-бытовой реабилитации. Это предполагает развитие следующих **видов социальной помощи и социальных услуг**:

1. Обеспечение нуждающихся вспомогательными бытовыми техническими средствами:

- а) Средства передвижения (спецавтотранспорт (коляска)
- б) Вспомогательные средства для ходьбы (костыли, трости, опоры, складные роляторы);
- в) Средства, замещающие и улучшающие функцию конечностей (протезы, ортезы);
- г) Средства для удержания вертикального положения и осанки;
- д) Средства для слабослышащих, слабовидящих;
- ж) Специальные бытовые приспособления для приготовления и приема пищи, выполнение домашних работ (различные универсальные кухонные приспособления);
- з) Вспомогательные приспособления для ухода за телом (специальные ножницы для ногтей, банные щетки, мочалки);
- и) Вспомогательные приспособления для надевания и снятия обуви, застегивания пуговиц, надевания чулок;
- к) вспомогательные приспособления для отдыха и работы (мешки-грелки, матрасы, кресла).

2. Обустройство жилья - адаптация квартиры к возможностям инвалида:

- а) расширение дверных проемов, приспособление специальных поручней для пользования ванной и туалетом, устройство пандусов, приспособление для кровати и др.

3. Предоставление услуг территориальных центров социального обслуживания.

- а) надомное обслуживание (приготовление пищи, уборка квартиры, доставка продуктов, горячей пищи);
- б) услуги по ремонту, доставке почты, организации досуга;
- в) услуги прачечной, парикмахера и др.;
- г) услуги по социально-бытовому устройству (направление в дома-интернаты, центры социального обслуживания, пансионаты);
- д) обучение пользованию предоставленными техническими средствами.

4. Воспитание и общеобразовательное обучение в специализированных учреждениях.
5. Предоставление консультативно-информационной помощи, юридических консультаций.
6. Предоставление материальной помощи.

Основными задачами социальной реабилитации являются:

1. создание необходимых социально-бытовых условий инвалидам;
2. обеспечение возможности приобретения навыков для дальнейшей трудовой деятельности;
3. разработка и принятие на государственном уровне правовых актов, гарантирующих инвалидам определенные социальные права и обеспечение реализации этих актов.

Социальная реабилитация включает в себя четыре аспекта:

- социально-психологический;
- социально-бытовой;
- социально-средовой
- социально-правовой

Социально-психологический аспект подразумевает выработку у инвалида мотивации к реабилитации и социальной интеграции в семью, в общество.

Социально-бытовой аспект - приспособление жилых помещений, специальных инфраструктур к нуждам и потребностям инвалида, т.е. факторы социально-бытовой среды - составляют условия и средства, обеспечивающие возможность самостоятельного обслуживания и проживания. Осуществление социально-бытовой адаптации может перемежаться с социально-средовой адаптацией. Применительно к реабилитационному центру социально-бытовая ориентация означает процесс ознакомления инвалида с окружением: помещения, оборудование, оснащение, которое используется в быту. Социально-бытовая ориентация представляет собой и результат ориентированности инвалида в конкретной ситуации: расположение жилых комнат, помещений для трудовой терапии, ЛФК, обеденного зала и др. В ходе процесса социальной ориентации осуществляется также и процесс социальной адаптации. В основе этих процессов лежит социальное образование, которое направлено на обучение навыкам пользования бытовыми устройствами, приспособлениями, облегчающими жизнедеятельность.

Социально-бытовая адаптация состоит из следующих направлений:

- информирование и консультирование по вопросам социально-бытовой адаптации;
- обучение инвалида организации жизни в быту и самообслуживанию (уход за обувью, одеждой, приготовление пищи, пользование приборами бытового назначения).

В социально-бытовом аспекте даже для тяжелых инвалидов выделяют высокий, средний и низкий реабилитационный потенциал.

Высокий реабилитационный потенциал:

1. Наличие жилищных условий (соответствие санитарным нормам), позволяющих преодолеть затруднения в самообслуживании, физической независимости, передвижении и обеспечивающих возможность самостоятельного проживания.

2. Наличие семьи, способной обеспечить постоянную помощь по уходу, преодолению затруднений в самообслуживании, мобильности.

3. Материальная обеспеченность превышает уровень условного прожиточного минимума.

4. Преодоление затруднений в передвижении, самообслуживании, доступности информации возможно за счет использования вспомогательных средств.

5.

Средний реабилитационный потенциал:

1. Жилищные условия не позволяют в полном объеме преодолеть затруднения в самообслуживании, передвижении.

2. Обеспечение физической независимости без периодической посторонней помощи затруднено.

3. Наличие семьи позволяет оказывать содействие в самообслуживании, мобильности, но только периодически.

4. Использование вспомогательных средств позволяет не в полном объеме преодолеть затруднения в передвижении, самообслуживании, получении необходимой социально-значимой информации.

5. Материальная обеспеченность соответствует уровню условного прожиточного минимума.

Низкий реабилитационный потенциал:

1. Без посторонней помощи и применения вспомогательных средств передвижение и самообслуживание в условиях жилья затруднено.

2. Использование вспомогательных средств позволяет в небольшом объеме преодолеть затруднения в самообслуживании, передвижении.

3. Семья обеспечивает содействие в передвижении, самообслуживании в отдельных разовых случаях.

4. Оказание помощи органов социальной защиты незначительно способствует адаптации в быту.

5. Материальная обеспеченность ниже уровня условного прожиточного уровня.

Социально-средовой аспект характеризует возможность участия инвалида в общественной жизни, максимально полную его интеграцию в общество. В основу социально-средовой адаптации должны быть включены следующие реабилитационные аспекты:

- проведение социально-психологической реабилитации (психотерапия, психокоррекция, психологическое консультирование);

- осуществление помощи на уровне семейных отношений (обучение основам безопасности жизни, обучение социальному общению и независимости, консультирование по основам правовых знаний);

- формирование навыка проведения отдыха и досуга (участие в работе кружков, художественной самодеятельности, экскурсиях);

- занятия физкультурой и спортом (учебные занятия, лечебная физкультура, индивидуальные занятия, спортсекции, участие в соревнованиях).

Целью реабилитации являются – восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальной адаптации.

Для реализации конечной цели к каждому пункту социальной реабилитации составляется программа занятий и мероприятий с методикой их проведения. Обязательно учитываются характерологические изменения личности, диагноз, сопутствующие заболевания.

Высокий реабилитационный потенциал:

1. Возможно устранение ограничения мобильности за счет организации доступа к пользованию всеми формами общественного транспорта, вокзальным сооружениям, медицинским учреждениям, др. общественным зданиям, собственному жилищу; бесплатного проезда в транспорте, права на пользование услугами специальной службы доставки; предоставления в пользование специальных транспортных средств.

2. Возможно содействие личной самостоятельности и независимости за счет предоставления вспомогательных технических средств.

3. Возможно устранение ограничений в трудовой занятости за счет предоставления специальных льгот по трудоустройству и, следовательно, содействие экономической независимости.

4. Возможно снятие других ограничений к интеграции в общество за счет устранения ограничений занятости любительским спортом; других ограничений к социальным контактам: возможность проведения отпуска в санатории, доме отдыха и пр.

Средний реабилитационный потенциал:

1. Возможность устранения затруднений мобильности ограничена: затруднен доступ к пользованию всеми формами общественного транспорта (исключена возможность пользования подземным транспортом и др.); ко всем видам общественных зданий, непредоставлением личного транспорта.

2. Содействие в трудовой занятости и экономической независимости ограничено.

Низкий реабилитационный потенциал:

1. Возможность устранения ограничений мобильности за счет использования вспомогательных средств в границах микрорайона, двора и пр.
2. Содействие в трудовой занятости возможно предоставлением отдельных видов работ на дому.
3. Содействие экономической независимости невозможно.
4. Возможно право на пользование услугами специальной службы доставки.
5. Социальные контакты, доступность информации возможны при использовании средств связи, радио и телевидения.

Социально-правовой аспект - подразумевает правовую базу, гарантированную Законами “О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь” и “О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов”.

В Законе “О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь” органам государственной власти и управления Республики Беларусь, предприятиям и организациям (независимо от форм собственности) предписано создавать и обеспечивать нуждающимся «необходимые условия для свободного доступа к объектам социальной инфраструктуры, жилым, общественным, производственным зданиям и сооружениям, беспрепятственного пользования общественным транспортом и транспортными коммуникациями, средствами связи и информации, местами отдыха и досуга». Инвалидам гарантирована социальная помощь со стороны государства в виде денежных выплат (пенсии, пособия, единовременные выплаты). Нуждающиеся в посторонней помощи и уходе обеспечиваются через органы социальной помощи медицинскими и бытовыми услугами на дому, либо в стационарных учреждениях.

При необходимости в предоставлении услуг социального этапа реабилитации ЛПУ республики направляют нуждающихся инвалидов на МРЭК, где им составляется ИПР и в соответствии с Законом “О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь” предоставляются гарантированные Законом услуги.

* * *

Задача создания для инвалидов «насколько это возможно нормальной жизни» в обществе является обязанностью не только государства, но и всех его граждан. Услуги социального характера и прочие виды помощи способны лишь облегчить и стимулировать вовлечение инвалидов и лиц, которым угрожает инвалидность, в трудовую и социальную сферы жизни, но не заменить его. Там, где вместо них проявляется личное участие сограждан и общественности, там процесс вовлечения в жизнь общества протекает не только быстро, но одновременно уменьшается и объем «необходимых видов помощи».

Как правовые нормы, так и соответствующие учреждения и службы могут лишь предложить определенные пути и открыть шансы для вовлечения инвалидов в жизнь общества, но не более того. Достичь упомянутых выше целей можно лишь при наличии соответствующей мотивации у инвалидов и лиц, которым угрожает инвалидность. Поэтому совет и помощь должны быть связаны с конкретной мотивацией инвалидов, которую следует всячески поддерживать и укреплять с учетом имеющихся в каждом отдельном случае возможностей реабилитации. Реабилитационные меры могут быть приняты только с согласия инвалида, а реабилитант обязан оказывать содействие в проведении реабилитации, при организации которой учитываются его разумные пожелания. Из-за того, что во многих отношениях затруднено развитие личности инвалидов, необходимо там, где это возможно, укреплять и развивать индивидуальную инициативу и самоутверждение, а тем самым и способность инвалидов к самопомощи. Всеохватывающее вовлечение инвалидов и лиц, которым угрожает инвалидность, в жизнь общества является целью всех реабилитационных мероприятий и усилий.

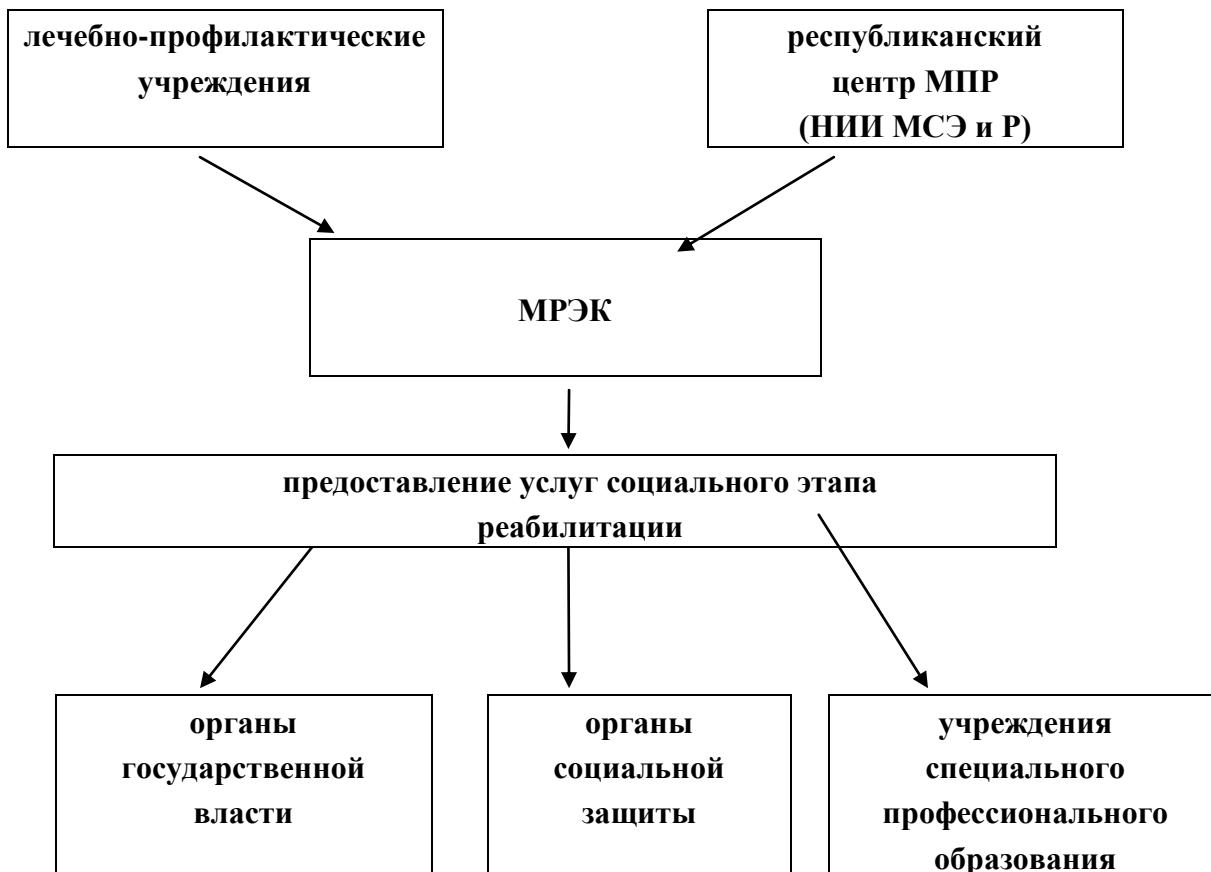


Рис. 20.1. Схема взаимодействий на социальном этапе реабилитации



Рис. 20.2. Технологическая схема взаимодействия на этапах реабилитации

ГЛАВА XXI

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНОГО И ИНВАЛИДА

21.1. Основные положения индивидуальной программы реабилитации

Индивидуальная программа реабилитации (ИПР) - это перечень различных методов медицинского, бытового и социального характера, направленных на достижение конкретной цели реабилитации данного больного или инвалида. Другими словами ИПР - содержит комплекс оптимальных для больного, инвалида, в том числе ребенка-инвалида, реабилитационных мероприятий, включающих в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок их реализации, направленных на восстановление или компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, восстановление, компенсацию способностей больного или инвалида к выполнению определенных видов деятельности (О.С. Андреева и др. 1999).

ИПР составляется на основе полученных данных предварительного обследования и стороннего анализа состояния пациента, оценки микро- и макросреды с учетом конкретных возможностей службы реабилитации по отношению к данному больному. ИПР должна определять объемы, виды и сроки проведения реабилитационных мероприятий, необходимые виды социальной помощи. ИПР инвалида «является документом, обязательным для исполнения соответствующими государственными органами, а также предприятиями, учреждениями и организациями независимо от форм собственности и хозяйствования» (статья 13 Закона «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь»). При разработке программ реабилитации используются **методические подходы**, предъявляемые к их составлению:

1. Соблюдение основных принципов реабилитации: раннее начало, этапность, преемственность, комплексность, индивидуальность.

2. Ориентация на достижение конкретного конечного результата.

3. Соответствие конкретной фазе (периоду) реабилитационного процесса.

4. Соответствие общей технологии реабилитационного процесса в лечебном учреждении: диагностика исходного уровня объекта реабилитации (ведущего дезадаптирующего синдрома, состояния трудоспособности и др. критериев жизнедеятельности, проведение реабилитационных мероприятий, оценка эффективности проведенной реабилитации и полученных результатов).

5. Определение объема и очередности восстановительного лечения, характера и продолжительности процедур, их ориентировочного числа, плотности реабилитационных мероприятий, реальных возможностей выполнения ИПР.

6. Программа реабилитации должна служить руководством для лечащего врача и врача-реабилитолога по вопросам тактики ведения больного.

7. Программа реабилитации должна служить руководством для главного врача лечебно-профилактического учреждения по вопросам организации реабилитационного процесса (количество реабилитационных коек, количество и профиль реабилитационных кабинетов, график их работы и т.д.).

Разработка ИПР является сложным процессом, который включает ряд этапов: реабилитационно-экспертная диагностика (включающая определение клинико-функционального диагноза основного и сопутствующих заболеваний, степень выраженности имеющихся нарушений и ограничений жизнедеятельности), оценка реабилитационного потенциала, определение мероприятий медицинской реабилитации, технических средств и услуг, позволяющих больному или инвалиду восстановить или компенсировать утраченные способности к выполнению бытовой, общественной и профессиональной работы; динамический контроль за ходом проводимых реабилитационных мероприятий и оценка их эффективности. При этом в зависимости от потребности может составляться ИПР для реализации медицинской, профессиональной или социальной реабилитации.

Цель индивидуальной программы реабилитации - формирование системы мероприятий, предусматривающих:

1. устранение обратимых функциональных последствий заболевания или травмы;

2. физиологическую, психологическую и техническую компенсацию неполностью обратимых или необратимых функциональных последствий;

3. устранение или уменьшение тяжести бытовых последствий за счет адаптации жилья и использования помощи семьи или других людей;

4. психологическую и физиологическую адаптацию к конкретной трудовой деятельности на сниженном функциональном уровне при условии исходной установки на труд.

Реализация ИПР должна быть направлена на соблюдение государственных гарантий и прав инвалида в области медицинской, медико-профессиональной, профессиональной и социальной реабилитации. Залогом этого является общедоступность системы реабилитации и учета физических, психофизиологических, социальных особенностей реабилитантов.

Принципы реализации ИПР:

Основными принципами реализации ИПР являются:

- принцип вмешательства на возможно более ранней стадии, когда в зависимости от возможности и необходимости должны быть приняты все меры для уменьшения масштабов и последствий инвалидности до минимума, а неизбежные последствия компенсированы наиболее эффективным образом;

- принцип оказания индивидуальной помощи в зависимости от конкретных потребностей каждого инвалида в отдельности средствами, способствующими этим потребностям;

- принципы многообразия форм и методов реабилитации на основе системного подхода при их осуществлении;

- принцип государственно-общественного характера управления системой реабилитации;

- принцип обеспечения координации деятельности служб, осуществляющих медико-социальную реабилитацию.

21.2. Принципы и порядок формирования индивидуальной программы реабилитации

После проведения экспертно-реабилитационной диагностики, определяется реабилитационный потенциал, от которого зависит необходимость проведения определенных мероприятий и услуг, и который в совокупности с медицинскими, психологическими и социальными факторами определяет возможность улучшения здоровья человека. Оценка реабилитационного потенциала предусматривает определение сомато-личностных свойств, присущих данному инвалиду, сохранившихся вопреки заболеванию или дефекту и служащих предпосылкой для восстановления его статуса, а также прогнозирование уровня возможности восстановления или компенсации имеющихся ограничений. Она включает определение уровня физического статуса с учетом уровня общего развития и физической работоспособности, оценку особенностей личности, состояния и устойчивости психических процессов, уровня микросоциальной адаптации; определение социально-трудового статуса с учетом общего и специального образования, профмаршрута, уровня оплаты труда, условий и характера труда, уровня сохранности профессиональных знаний, навыков и умений, уровня толерантности к профессионально-производственным нагрузкам; определение социально-трудовой ситуации с учетом семейного положения, жилищно-бытовых условий, материального положения, уровня сохранности социально-бытовых навыков и умений, уровня сохранности микросоциальных связей, уровня социальной активности.

ИПР должна включать конкретный перечень реабилитационных воздействий с точной их дозировкой, должна быть регламентирована по времени и конкретным исполнителям. Широта исполняемых задач зависит от исходного уровня и непосредственных возможностей конкретного этапа реабилитации. Мы совершенно согласны с К.А. Самушия, что «особенность амбулаторного этапа в преимущественной направленности на решение медицинского аспекта реабилитации, поскольку бытовая и социальная адаптация технически ей малодоступны и решаются главным образом опосредованно, через восстановление здоровья». Соответственно, и программа реабилитации включает больше функционально-восстановительные меры, чем социально-адаптивные. Надо сказать, что превалирование той или иной стороны зависит от обратимости и компенсируемости функциональных нарушений. При полной обратимости патологического процесса адаптивная сторона практически не используется. При необратимости процесса на первый

план выступает функциональная компенсация, психологическая, бытовая и социальная адаптация в условиях неустранимого дефекта.

Для оценки ограничений жизнедеятельности используются 7 основных категорий:

- способность контроля за своим поведением – способность осознания себя и правильного поведения как в повседневной обстановке, так и по отношению к окружающим;

- способность к самообслуживанию – способность справляться с основными физиологическими потребностями (прием пищи, личная гигиена, одевание, физиологические отправления), выполнять повседневные бытовые задачи;

- способность к передвижению – способность ходить, бегать, перемещаться, преодолевать препятствия, управлять положением тела;

- способность к обучению – способность к восприятию знаний (общеобразовательных, профессиональных и др.), овладению навыками (социальными, культурными, бытовыми);

- способность к ориентации – способность самостоятельно ориентироваться в окружающей среде посредством зрения, слуха, обаяния, осязания, мышления и адекватно оценивать ситуацию с помощью интеллектуальных свойств;

- способность к труду – способность к установлению и развитию контактов между людьми благодаря восприятию, пониманию другого человека, возможности обмена информацией.

При оценке степени ограничения жизнедеятельности следует учитывать и определять наличие эпизодической или систематической нуждаемости во вспомогательных средствах либо помощи других лиц, а также объем этой помощи.

При составлении ИПР инвалиду на сегодняшний день заполняется единый бланк, в котором предусмотрены все аспекты реабилитации.

В настоящее время возникла настоятельная необходимость в разработке и внедрении отдельных бланков для профессиональной и социальной реабилитации инвалида и получения обратной связи. Работа над этими бланками практически завершена, разработан порядок реализации ИПР больного и инвалида на всех этапах реабилитации, непосредственно сами новые бланки медицинской реабилитации больного, медицинской, профессиональной и социальной реабилитации инвалида, карта учета информации по реализации индивидуальной программы медицинской реабилитации больного и формы журнала учета реабилитационных больных. Все разработанные документы и порядок их реализации представлены ниже. В данном руководстве мы их приводим до официального утверждения, так как надеемся в окончательном варианте данных документов будут внесены лишь минимальные изменения.

21.3. Порядок реализации индивидуальной программы медицинской реабилитации больного

Индивидуальная программа медицинской реабилитации (ИПМР) больного заполняется на пациентов амбулаторных лечебно-профилактических организаций и амбулаторных центров медицинской реабилитации, у которых вследствие заболевания или травмы имеются ограничения жизнедеятельности ФК 1 и выше. ИПМР не заполняется:

➤ на больных без ограничений жизнедеятельности, нуждающихся в «долечивании» (на них составляется план лечения и реабилитации в медицинской карте амбулаторного больного);

➤ в амбулаторных республиканских, областных и районных консультативных центрах (указывается программа реабилитации больного в консультативном заключении);

➤ в стационарных отделениях реабилитации или в общих стационарах, в которых выделены реабилитационные койки на функциональной основе (в медицинской карте стационарного больного выделяется отдельный лист, на котором указывается объем реабилитационных мероприятий), но при выписке из стационарного реабилитационного отделения заполняется «Карта учета информации по реализации индивидуальной программы медицинской реабилитации больного», которая передается в отделение медстатистики.

В амбулаторно-поликлинических отделениях бланк ИПМР больного заполняется врачом-реабилитологом или лечащим врачом на больного, у которых имеются ограничения жизнедеятельности. Программа реабилитации корректируется, дополняется и утверждается (подписывается) реабилитационной комиссией или заведующим отделением реабилитации. ИПМР

больного ведется до завершения курса реабилитации, после чего программа подклеивается в медицинскую карту амбулаторного больного и заполняется «Карта учета информации по реализации индивидуальной программы медицинской реабилитации больного», которая передается в отделение медстатистики.

В амбулаторном отделении реабилитации ведутся два журнала учета реабилитационных больных. В первом регистрируются больные, на которых заполняется индивидуальная программа медицинской реабилитации больного (форма 1), другой журнал предназначен для учета больных, на которых индивидуальная программа медицинской реабилитации не заполняется (форма 2), т.е. на больных, которые нуждаются в «долечивании», восстановительном лечении.

При необходимости проведения нескольких курсов реабилитации в течение календарного года каждый раз заполняется новый бланк ИПМР больного. Нумерация индивидуальной программы медицинской реабилитации проводится в виде дроби, в числителе указывается порядковый номер (по журналу) ИПМР, а в знаменателе – порядковый номер курса реабилитации этому больному. Например, если больной явился впервые и на него заполнена индивидуальная программа медицинской реабилитации, в числителе проставляется порядковый номер ИПМР, например 16, а в знаменателе – ставится 1. При следующем курсе реабилитации порядковый номер ИПМР, допустим 241, в знаменателе – проставляется 2. Аналогично заполняется ИПМР и при последующих курсах в данном календарном году. Такая нумерация позволяет объективно отразить нагрузку врача-реабилитолога (цифра в числителе) и подсчитать, сколько больных прошло два и более курсов реабилитации в течение календарного года (цифра в знаменателе). В случае продолжения медицинской реабилитации в следующем календарном году нумерация курсов в знаменателе проводится заново. После каждого курса реабилитации заполняется «Карта учета информации по реализации индивидуальной программы медицинской реабилитации больного», которая передается в отделение медстатистики.

Если больной направляется на МРЭК, на него заполняется «Направление на МРЭК», к которому прилагается выполненная ИПМР больного (обязательное проведение курса реабилитации до направления на МРЭК предусмотрено «Положением о МРЭК», 1993 г.).

Ж У Р Н А Л

учета реабилитационных больных, на которых заполняется ИПР

№ п/п	Ф.И.О.	№ амбулаторной карты или адрес больного	Диагноз	Дата начала данного курса реабилитации	ВН до реабилитации	Эффект реабилитации		Трудоспособность
						по ФК	клинический	
1	2	3	4	5	6	7	8	9

учета реабилитационных больных, на которых ИПР не заполняется

№ п/п	Ф.И.О.	№ амбулаторной карты или адрес больного	Диагноз	Дата начала данного курса реабилитации	ВН до реабилитации	Результат реабилитации (клинический)	Трудоспособность
1	2	3	4	5	6	7	8

Специалисты МРЭК, осуществив освидетельствование больного, в случае признания его инвалидом заполняют ИПР, после чего возвращают в лечебно-профилактическую организацию ИПР больного вместе с ИПР инвалида и отрывным талоном «Направления на МРЭК», в котором указано экспертное решение.

На основании ИПМР инвалида в ЛПО составляется новая ИПМР больного, которая выполняется в течение года, а бланк ИПМР инвалида в течение этого времени хранится в ЛПО в установленном месте.

Перед очередным освидетельствованием поднимается ИПМР инвалида и в ней отмечается эффект реабилитации достигнутый за последний год (для инвалидов II и III группы) или за два последних года (для инвалидов I группы). В посылном листе на МРЭК подробно указывается число курсов реабилитации, динамика состояния здоровья реабилитанта за год. МРЭК с новым посылным листом получает свою старую ИПМР инвалида, составленную год назад, оценивает эффект реабилитации, выносит экспертное решение и в случае необходимости составляет новую ИПМР инвалида. Такой порядок осуществляется до достижения максимального уровня прогнозирования результатов реабилитации.

Если группа инвалидности установлена без указания срока освидетельствования, итоги реабилитации подводятся спустя 12 месяцев от момента установления инвалидности и решается вопрос о нуждаемости инвалида в дальнейших реабилитационных мероприятиях. При нуждаемости инвалида только в МР дальнейшие реабилитационные мероприятия планируются в ЛПУ. Если, однако, инвалид, которому инвалидность установлена бессрочно, нуждается в профессиональной или социальной реабилитации, он направляется на МРЭК для составления программы такой реабилитации.

Ниже приводится бланк «Индивидуальная программа медицинской реабилитации больного»; инструкция по его заполнению, Карта учета информации по реализации индивидуальной программы медицинской реабилитации больного; Инструкция по заполнению карты учета информации по реализации индивидуальной программы медицинской реабилитации больного. Данные документы представлены в виде Инструкции для утверждения Министерством здравоохранения.

21.4. Порядок формирования и реализации индивидуальной программы реабилитации инвалида

Индивидуальная программа реабилитации инвалида состоит из 3-х бланков: медицинского, профессионального и социального. Составляется при первичном и повторном освидетельствовании больного (инвалида) на МРЭК. При признании больного инвалидом составляется соответствующая программа реабилитации.

Инвалид может нуждаться во всех видах реабилитации, тогда заполняются все 3 бланка.

В случае, если инвалид нуждается в медицинской реабилитации составляется индивидуальная программа медицинской реабилитации инвалида, которая отправляется в лечебно-профилактическое учреждение (ЛПУ) по месту обслуживания данного больного и хранится в амбулаторной карте до очередного переосвидетельствования.

В поликлинике по месту обслуживания инвалида лечащий врач или врач-реабилитолог заполняет бланк индивидуальной программы реабилитации больного и выполняет рекомендуемый курс реабилитации с учетом составленной во МРЭК индивидуальной программой реабилитации инвалида.

Перед очередным переосвидетельствованием в ИПМР инвалида отмечается эффект реабилитации, и в посылном листе на МРЭК подробно указывается число курсов реабилитации, динамика состояния здоровья реабилитанта за год. МРЭК с новым посылным листом получает свою старую ИПМР инвалида, составленную год назад, оценивает эффект реабилитации, выносит экспертное решение и в случае необходимости составляет новую ИПМР инвалида. Такой порядок будет осуществляться до достижения максимального уровня прогнозирования результата реабилитации.

В случае если больной нуждается в профессиональной реабилитации, то составляется индивидуальная программа профессиональной реабилитации и соответствующий бланк направляется в адрес «исполнителя»: территориальное отделение занятости населения, заведение профессионального обучения, нанимателю и др. По окончании реабилитации отрывной талон бланка направляется во МРЭК.

При формировании программы **профессиональной реабилитации** необходимо определить:

- исполнителя (наименование учреждения систем образования, социальной защиты, занятости, специализированные предприятия и др.);
- форму реабилитации (для обучения – индивидуальная программа, надомное обучение, обучение на рабочем месте, курсовое обучение, обучение в учебных заведениях общей сети или специализированных, заочное обучение и др.);

- сроки выполнения (даты начала и окончания реабилитационного мероприятия);

- объем (содержание и количество реабилитационных мероприятий);

- порядок реализации (порядок исполнения мероприятий профессиональной реабилитации).

В случаях, когда программа профессиональной реабилитации выдавалась на руки инвалиду, ответственность за предоставление информации о ходе ее реализации возлагается на инвалида.

В случае, если больной нуждается в социальной реабилитации, то составляется индивидуальная программа социальной реабилитации инвалида и соответствующий бланк направляется в районный отдел социальной защиты по месту жительства. Отрывной талон с результатами проведенной социальной реабилитации возвращается во МРЭК.

Разработка программы социальной реабилитации основывается на:

- **оценке социально-бытового** (самообслуживание, социальные навыки, персональная сохранность) и социально-средового (социальная независимость, социальное общение, возможность решения личных проблем, возможность заниматься физкультурой, спортом, культурно-досуговой и общественной деятельностью) статусов; включающей анализ основных характеристик социально-бытовой социально-средовой деятельности, определение соответствия физиологических, психофизиологических и психических функций инвалида требованиям, предъявляемым к нему социально-бытовой и социально-средовой деятельностью;

- **оценке «социально-бытовой» составляющей РП**, включающей определение совокупности медико-биологических и социальных факторов, а также их взаимодействия с конкретными социально-бытовыми и социально-средовыми условиями, прогнозированием – когда и с помощью каких средств инвалид достигнет возможности самостоятельного обслуживания и проживания;

- **оценке «социально-средовой» составляющей РП** (возможности достижения самостоятельной общественной и семейной деятельности);

- **оценке вида и степени ограничения жизнедеятельности.**

Программа социальной реабилитации содержит рекомендации:

- по обеспечению вспомогательными бытовыми техническими средствами;
- предоставлению услуг центров социального обслуживания;
- по предоставлению вспомогательных или автономных средств передвижения (включая автомобиль при наличии показаний и способностей к вождению);
- по обучению пользованию техническими средствами;
- по консультативно-информационной и социальной помощи;
- воспитанию и общеобразовательному обучению в специальных учреждениях;
- по бытовой реабилитации (для больных с высоким функциональным классом нарушений и ограничений жизнедеятельности).

Для заполнения соответствующих разделов ИПР специалисты МРЭК вправе запросить необходимые для этого сведения в соответствующем органе по социальной защите населения, где инвалид состоит на учете. Они имеют право обращаться в учреждения, организации и предприятия любых организационно-правовых форм и форм собственности, осуществляющие деятельность по реабилитации инвалидов на территории региона, с запросом о предоставлении информации и рекомендаций, необходимых для конкретизации мероприятий ИПР.

При необходимости МРЭК должно наметить программу дополнительного обследования, запись о которой вносится в Акт освидетельствования.

При этом суть дополнительного обследования может касаться различных аспектов реабилитации, а поэтому может проводиться не только в органах здравоохранения, но и в других учреждениях (социальной защиты населения, образования, труда и занятости и т.д.), осуществляющих деятельность в этой области.

ИПР составляется на срок выполнения всех намеченных мероприятий, (может составлять от 6 месяцев до 1 года и более лет) с учетом реабилитационного прогноза и обязательной коррекции по результатам динамического наблюдения.

Ответственность за выполнение ИПР инвалида несет:

- лечащий врач поликлиники, которая обслуживает данного инвалида – за медицинский раздел ИПР;
- территориальный отдел службы занятости, наниматель – за профессиональный раздел ИПР;
- районный отдел социальной защиты по месту жительства инвалида – за социальный раздел ИПР.

Контроль за реализацией ИПР несет МРЭК, составляющая необходимые программы реабилитации, при очередном переосвидетельствовании, а также при назначаемых в отдельных случаях освидетельствованиях в порядке динамического наблюдения.

Во МРЭК, в отдельном журнале, ведется учет разработанных и выданных инвалидам ИПР с указанием номера бланка программы реабилитации, дата выдачи, фамилия, имя, отчество инвалида, краткого содержания и даты направления в органы социальной защиты населения.

В случае несогласия с содержанием ИПР инвалид (или его законный представитель) может подать письменное заявление в МРЭК. МРЭК не позднее месячного срока со дня получения заявления выносит окончательное решение.

Для обеспечения контроля за выполнением реабилитационных мероприятий инвалидом в МРЭК используются компьютерные технологии, позволяющие вести динамическое наблюдение за процессом реабилитации каждого конкретного инвалида и в целом обслуживаемого контингента инвалидов на основе специальных информационных систем.

Бланк медицинской программы ИПР инвалида с отметкой о результатах ее исполнения и актом освидетельствования направляется лечащим врачом поликлиники к очередному освидетельствованию инвалида во МРЭК.

Специалисты МРЭК, получив все документы о проведенной инвалидом реабилитации: медицинской, профессиональной, социальной, анализируют их (подводят итоги о достигнутой цели реабилитации, о ее эффективности) и на основании имеющихся на момент освидетельствования степени их выраженности ограничений жизнедеятельности и с учетом эффективности проанализированных результатов реабилитации, выносят экспертное решение.

Если инвалид нуждается в продолжении медицинской реабилитации, специалисты МРЭК выносят решение о продолжении ее и составляют вновь программу медицинской реабилитации еще сроком на год.

Если при оценке клинико-функциональных показателей доказано, что реабилитационный потенциал исчерпан, то принимается решение, что инвалид не нуждается в продолжении медицинской реабилитации, и программа не составляется.

Если инвалид нуждается в продолжении профессиональной или социальной реабилитации, специалисты МРЭК еще сроком на один год составляют соответствующие программы.

Если на период освидетельствования ИППР или ИПСР остались не реализованы, то в зависимости от причины невыполнения программ, принимается решение о продлении сроков реализации или прекращения соответствующей программы.

В случае отказа инвалида от выполнения одной из программ реабилитации или от ее продолжения, ИПР данного вида не составляется.

Качественное выполнение программ реабилитации обеспечивается контролем органами (учреждениями) реабилитации, ответственными за их выполнение.

Контроль за динамикой выполнения всех программ реабилитации проводится МРЭК не реже двух раз в год.

Ниже приводятся бланки индивидуальной программы реабилитации инвалида (бланк индивидуальной программы медицинской реабилитации инвалида; бланк индивидуальной программы профессиональной реабилитации инвалида; бланк индивидуальной программы социальной реабилитации инвалида) и Инструкции к их заполнению. Данные документы представлены в виде Инструкции для утверждения Министерством здравоохранения.

**ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА № _____**

Дата заполнения _____ МРЭК _____

Ф.И.О. _____

Домашний адрес, тел. _____

1. ПОЛ: муж., жен. 2. ВОЗРАСТ (год рождения) _____

2. ОБРАЗОВАНИЕ: начальное; среднее; ср. специальное; ср. техническое; нез. высшее; высшее

3. ПРОФЕССИЯ _____

4. КЕМ РАБОТАЕТ _____

5. ГРУППА ИНВАЛИДНОСТИ _____

6. ОБЩАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНВАЛИДНОСТИ _____

7. ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ СОСТАВЛЕНА: впервые, повторно.

8. КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ и код по МКБ – 10 _____

9. СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (нозология и код по МКБ – 10) _____

10. ОГРАНИЧЕНИЕ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ	ФК		Эффект реабилитации	
	до реаб.	после реаб.	по ФК	клинически
10.1. Способность к передвижению				
10.2. Способность к самообслуживанию				
10.3. Способность к общению				
10.4. Способность к ориентации				
10.5. Контроль своего поведения				
10.6. Способность к обучению				
10.7. Способность к труду				

11. РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ: 1 - высокий, 2 - средний, 3 - низкий.

12. ЦЕЛЬ РЕАБИЛИТАЦИИ: 1 – восстановление способностей (полное, частичное); 2 – восстановление социально-бытовой активности (полное, частичное); 3 – восстановление профтрудоспособности (полное, частичное); 4 – техническая компенсация ограничения жизнедеятельности..

13. ЭТАПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ	Рекомендации МРЭК о кол. курсов Р для этапа	Назначение ЛПУ, дата	Место выполнения реабилитации
1. Стационарный			
2. Поликлинический			
3. Санаторный			
4. Домашний			
4.1. с участием ЛПУ			
4.2. самостоятельно			

14. ВРЕМЕННАЯ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ: 1 – до установления инвалидности _____ дней, 2 – в год проведения реабилитации _____ дней.

15. ОБЪЕМ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

№ п/п	МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ	Рекомендации МРЭК	Назначения ЛПУ, количество курсов
1.	ПСИХОТЕРАПИЯ	_____	
2.	ЛФК	_____	
3.	ФИЗИОТЕРАПИЯ АППАРАТНАЯ	_____	
4.	ВОДОЛЕЧЕНИЕ	_____	

5.	ТЕПЛОЛЕЧЕНИЕ			
6.	МАССАЖ			
7.	ТРУДОТЕРАПИЯ			
8.	БЫТОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ			
9.	РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ			
10.	МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ			
11.	ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ			
12.	РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ХИРУРГИЯ И ПРОТЕЗИРОВАНИЕ			
13.	ДИЕТОТЕРАПИЯ И ПИТЬЕВОЕ ЛЕЧЕНИЕ			
14.	ШКОЛА БОЛЬНОГО			
15.	ДРУГИЕ МЕТОДЫ			
16.	Средства реабилитации предоставляемые органами здравоохранения	Рекомендации (вписать)	ДАТА	
			Назначено ЛПУ	Выполнено
16.1.	Зубные протезы			
16.2.	Слуховые аппараты			
16.3.	Глазные протезы и очки			
16.4.	Средства для больных диабетом			
16.5.	Средства для стомийных больных			
16.6.	Другие			

Подпись реабилитанта о согласии с ИПР

Дата _____

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ:

16. БЫТОВАЯ АКТИВНОСТЬ: 1 – полностью восстановлена, 2 – частично восстановлена, 3 – без динамики, 4 – ухудшилась.

17. ТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА: компенсирует ограничение жизнедеятельности: 1 - в полном объеме, 2 - частично, 3 - не компенсируют.

18. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДАЛЬНЕЙШЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ: 1 - нуждается в продолжении МР, 2 – – нуждается в профессиональной реабилитации: профориентация, профобучение, 3 – приступить к работе, 4 – трудоустройство по ВКК.

19. ИПР ВЫПОЛНЕНА: в полном объеме, частично, не выполнена.

20. ЦЕЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ: 1 – достигнута, 2 – не достигнута

21. ПРИЧИНЫ НЕВЫПОЛНЕНИЯ ИПР: 1 - нежелание больного; 2 – отсутствие специалистов в реабилитационном отделении; 3 – затруднение в получении реабилитационной помощи; 4 – прочие.

ИНСТРУКЦИЯ

к заполнению бланка индивидуальной программы реабилитации инвалида (раздел медицинской реабилитации)

Индивидуальная программа медицинской реабилитации инвалида составляется для реализации мероприятий медицинской реабилитации, направленных на восстановление нарушений, приведших к ограничению жизнедеятельности и социальной недостаточности.

Индивидуальная программа медицинской реабилитации инвалида заполняется методом подчеркивания подходящего значения из предложенных либо вписывания нужной информации в отведенное место.

Реквизиты «паспортной части» 1-7 при заполнении не вызывают трудностей.

Реквизит «Клинико-функциональный диагноз и код по МКБ-10» как основного, так и сопутствующего заболеваний записывается в соответствии с письмом Минздрава Республики Беларусь от 03 августа 1989 года (№ 03-3-12/2181) «Методика учета общей заболеваемости населения» и в соответствии с Международной статистической классификацией МКБ-10 (приказ Минздрава Республики Беларусь от 21.08.1999 г., № 296 «О переходе всех учреждений

здравоохранения Республики Беларусь на Международную статистическую классификацию МКБ-10.)

В клинико-функциональном диагнозе указывается заболевание, которое само или его осложнение приводит к ограничениям жизнедеятельности.

Клинико-функциональный диагноз должен содержать следующие характеристики:

- клиническую (нозологическую) форму основного заболевания (в виде четырехзначного кода диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем десятого пересмотра (МКБ-10);

- осложнения;

- стадию патологического процесса;

- течение заболевания;

- характер и степень функциональных нарушений организма (основной синдром).

Реквизит **«Сопутствующие заболевания»** – это нозологические формы, которые этиологически и патогенетически не связаны с основным заболеванием, но способные влиять на течение и тяжесть основного заболевания или возможность реабилитации больного. Указывается название болезни и код по МКБ-10.

При оформлении диагноза следует избегать терминов и выражений, допускающих противоречивые шифровки при статистическом анализе. Эпонимы (название болезни и патологических процессов по имени автора) должны быть в диагнозе указаны минимально и только в тех случаях, если они общеприняты и указаны в МКБ.

Последствия болезни классифицируются по «Международной номенклатуре нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности». Учету подлежат все выявленные у больного ограничения жизнедеятельности, независимо от того проводятся или не проводятся реабилитационные мероприятия по конкретному нарушению.

В графе **«ФК»** указывается функциональный класс ограничений жизнедеятельности до реабилитации и после реабилитации.

Функциональный класс оценивается по каждому из выявленных ограничений жизнедеятельности, и ранжируется по 5-бальной шкале, принятой за 100% (Методические рекомендации «Оценка критериев жизнедеятельности и эффективности реабилитации». – Авторы: Л.С. Гиткина, Т.Д. Рябцева и др., 1995. ФК - 0 – характеризует нормальное состояние параметра, ФК - 1 – легкое нарушение (до 25 %), ФК - 2 – умеренное (от 25 % до 50 %), ФК - 3 – значительное (от 51 % до 75 %), ФК - 4 – резко выраженное и полное нарушение данного параметра (от 76 % до 100 %).

В графе **«Эффект реабилитации»** указывается разница ФК до и после проведения реабилитационных мероприятий, а также клинические критерии динамики нарушенных функций. По клиническим критериям ограничение жизнедеятельности может быть восстановлено: полностью, частично (улучшение), не восстановлено (без изменений), сохранена, ухудшена. **Восстановление полное** – предусматривает полное устранение ограничения жизнедеятельности (до ФК 0). **Восстановление частичное** – обозначает уменьшение ФК ограничения жизнедеятельности: **значительное улучшение** – на 2 и более ФК, **улучшение** – на 1 ФК, **незначительное улучшение** – улучшение внутри ФК от 5% до 20%. Ситуация – **не восстановлена (без изменений)** – возникает, когда несмотря на проведение реабилитационных мероприятий уровень ФК имеющегося ограничения жизнедеятельности не изменился даже в пределах ФК. **Ухудшение** означает, что в процессе или в итоге курса реабилитации ФК ограничения жизнедеятельности увеличился.

Реквизит **«Реабилитационный потенциал»** – подчеркивается в соответствии с имеющимися факторами, характеризующими реабилитационный потенциал.

Реквизит **«Цель реабилитации»** – нужно подчеркивается.

Реквизит **«Этапы реабилитации»** – делается отметка, какие этапы реабилитации рекомендуют специалисты МРЭК данному больному, а врач ЛПУ делает свою отметку о возможности прохождения курса реабилитации и в каком конкретно ЛПУ.

Реквизит **«Временная нетрудоспособность»** – делается отметка о количестве дней нетрудоспособности до установления инвалидности, или в календарный год проведения реабилитации.

Реквизит «**Объем реабилитационных мероприятий**» включает все реабилитационные мероприятия рекомендуемые МРЭК и количества курсов, назначенных ЛПО.

Реквизит «**Подпись реабилитанта о согласии с ИПР**» - подписывается инвалидом при согласии с программой медицинской реабилитации и ставится дата ознакомления с данной программой.

Реквизит «**Результаты реабилитации**» делается отметка о полученных результатах реабилитации: о бытовой активности и результатах компенсации техническими средствами.

Реквизит «**Рекомендации по дальнейшей реабилитации**» – подчеркивается нужное.

Реквизит «**ИПР выполнена**» подчеркивается нужное.

Реквизит «**Цель медицинской реабилитации**» – нужное подчеркивается.

Реквизит «**Причины невыполнения ИПР**» – нужное подчеркивается.

**ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА _____ ГР. (ИПР № _____)**

дата составления ИПР _____

ИПР составлена: впервые, повторно

1. Ф.И.О. _____
2. ДОМАШНИЙ АДРЕС, тел. _____
3. ПОЛ: 1 - муж., 2 - жен. 4. ВОЗРАСТ (год рожд.) _____
4. ОБЩАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНВАЛИДНОСТИ _____ лет
5. ОБЩЕЕ ОБРАЗОВАНИЕ: 1 - не имеет, 2 – не цензовое, 3 - базовое, 4 - среднее
6. ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ и ПОДГОТОВКА: 1 - не имеет, 2 – проф. - техническое, 3 – среднее-спец., 4 - высшее, 5 – послевузовское, 6 – подготовка, переподготовка, повышение квалификации (на базе учебных заведений, курсов).
7. СПЕЦИАЛЬНОСТЬ, КВАЛИФИКАЦИЯ, ПРОФЕССИЯ приобретенная в учебном заведении _____

8. ОСНОВНАЯ ПРОФЕССИЯ (квалификационный уровень) _____

9. УЧИТСЯ (где) _____

10. РАБОТАЕТ (по профессии, должности) _____

11. МЕСТО РАБОТЫ: _____ 12. НЕ РАБОТАЕТ с _____

13. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРИГОДНОСТЬ (в освоенных профессиях) _____

Наименование профессии	Пригодность сохранена	
	в обычных условиях	в спец. условиях

14. ПРОФЕССИИ, РЕКОМЕНДУЕМЫЕ К ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ ОБУЧЕНИЮ, ПЕРЕОБУЧЕНИЮ

№ п/п	Наименование профессии	Форма и место проф. подготовки	Сроки обучения
1.			
2.			
3.			

линия отрыва

Отрывной талон к ИПР (профессиональной) № _____

Ф.И.О. _____

СОСТАВЛЕНА на МРЭК _____

АДРЕС МРЭК _____

ДАТА СОСТАВЛЕНИЯ ИПР _____ ДАТА ВЫПОЛНЕНИЯ ИПР _____

ПРОФРЕАБИЛИТАЦИЯ НЕ ВЫПОЛНЕНА: 1 - не осуществлено: 1.1 - обучение, 1.2 - переобучение, 1.3 - трудоустройство; 2 - не оснащено рабочее место; 3 - отказ инвалида от исполнения ИПР

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТА РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ОЧЕРЕДНОМ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИИ на МРЭК

ГРУППА ИНВАЛИДНОСТИ: 1 - снята, 2 - понижена, 3 - повышена, 4 - осталась без изменения, 5 - прогнозируется на следующем этапе реабилитации: 5.1 - снятие, 5.2 - понижение группы инвалидности

15. МЕРОПРИЯТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

№ п/п	Виды и объем реабилитационных мероприятий (нужное подчеркнуть, вписать)
1	Трудоустройство по трудовым рекомендациям МРЭК, по месту работы и через службу занятости в профессии _____
2.	Профессиональное обучение, переобучение по направлению службы занятости, в учебном заведении, по месту работы _____
3	Условия трудоустройства
3.1	Организация режима работы: полный рабочий день, неполный рабочий день, сокращенный рабочий день, сокращенная неделя, дополнительный выходной день, фиксированные смены (исключение ночных смен, работа только в первую смену и пр.) Профессионально-производственная адаптация _____
3.2	_____
3.3	Исключение воздействия неблагоприятных производственных факторов _____
3.4	Оснащение рабочего места специальными приспособлениями _____
3.5	Создание (организация) нового рабочего места _____

Подпись реабилитанта о согласии с ИПР _____ и дата _____

линия отрыва

ДАТА РЕГИСТРАЦИИ ИПР НА ПРЕДПРИЯТИИ, В ОТДЕЛЕНИИ ЗАНЯТОСТИ «__» _____ г.

РЕЗУЛЬТАТ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

№ п/п	Мероприятия	Место реализации: 1. при содействии ЦЗ; 2. по месту работы; 3. в учебном заведении	Дата назначен ия/ исполнен ия	Условия обучения, трудоустр ойства
1.	Проходит переобучение по профессии			
2.	Направлен (а) на переобучение профессии			
3.	Переобучен (а) профессии			
4.	Трудоустроен (а) по профессии			
5.	Место трудоустройства			
6.	Рабочее место оснащено спец. приспособлениями			
7.	Сохранена профессия по месту работы			
8.	Сохранена профессия с сокращением объема, снижение квалификации			

ИНСТРУКЦИЯ к заполнению бланка индивидуальной программы реабилитации инвалида (раздел профессиональной реабилитации)

Индивидуальная программа профессиональной реабилитации инвалида составляется для реализации мероприятий профессиональной реабилитации, направленных на устранение ограничений к профессиональному труду и социальной недостаточности.

Индивидуальная программа профессиональной реабилитации инвалида заполняется методом подчеркивания подходящего значения из предложенных либо вписывания нужной информации в отведенное место.

Раздел профессиональной реабилитации ИПР инвалида формируется специалистами МРЭК на основании данных реабилитационно-экспертной диагностики профессионально-трудовых возможностей инвалида.

Перечень мероприятий профреабилитации, составляющих раздел профессиональной реабилитации ИПР инвалида предназначен для реализации в органах профессиональной реабилитации или при их участии, а также по месту занятости инвалида на: предприятиях, в учреждениях республики (независимо от формы собственности)

Заполнение реквизитов п. п. 1 – 4 разъяснений не требует.

Реквизит **«Общее среднее образование»** подчеркиваются пункты в соответствии с имеющимся аттестационными документами.

Реквизит **«Профессиональное образование»** – подчеркиваются пункты в соответствии с имеющимися аттестационными документами, подтверждающими уровень профессионального образования.

Реквизит **«Специальность, квалификация, профессия, приобретенная в учебном заведении»** – вписываются соответствующие параметры аттестационных документов, подтверждающих уровень профессионального образования, приобретенных квалификаций, профессий.

Реквизит **«Основная профессия»** – вписывается профессия наиболее высокой квалификации или квалифицированная работа, выполняемая наиболее длительное время, определенная по данным трудовой книжки и аттестационных документов, подтверждающих уровень образования

Реквизит **«Учится»** – вписываются сведения об уровне учебного заведения профессионального образования, специальности обучения.

Реквизиты **«Работает», «Место работы»** – вписываются сведения в соответствии с записью трудовой книжки.

Реквизит **«Не работает»** – вписывается дата увольнения с места работы в соответствии с записью в трудовой книжке.

Реквизит **«Профессиональная пригодность»** - вписываются сведения, полученные в результате профессиональной экспертизы. Экспертиза выполняется для профессий, приведенных в трудовой книжке и освоенных в период профобразования.

В графу **«Наименование профессий»** вписывается перечень профессий и уровень квалификации, которая сохранена в той или иной степени профессиональной пригодности.

В графу **«Профессиональная пригодность сохранена в обычных условиях»** вписываются в строку, с наименованием соответствующей профессии, сведения о пригодности: 1 – **«в полном объеме»**; 2 – **«с ограничением объема выполняемых работ»** и указанием изменения продолжительности рабочего дня, сведения нормы выработки; 3 – **«со снижением квалификации и указанием степени снижения»**.

В графу **«Пригодность сохранена в специальных условиях»** вписываются в строке соответствующей профессии, рекомендованные социальные условия:

1 – специально организованное рабочее место;

2 – необходимость в оснащении рабочего места специальными приспособлениями, оборудованием;

3 – специально организованном предприятии;

- 4 – на дому;
- 5 – с использованием сторонней помощи;
- 6 – отмене норм выработки;
- 7 – другие.

Реквизит **«Профессии, рекомендуемые к профессиональному обучению, переобучению»** вписываются сведения, получаемые в результате профотбора, при выполнении профэкспертизы. Заполняется в случае отсутствия потери инвалидом профессии и при желании обучения.

В графу **«Наименование профессии»** вписывается перечень профессий, специальностей, рекомендуемых к освоению: обучению, переобучению, переподготовке.

В графу **«Форма и место профподготовки»** вписываются в строку с наименованием соответствующей профессии, рекомендации:

1 - о форме организации обучения:

1.1 – обычные условия; 1.2 – специально организованные условия (специальное учебное заведение, специально организованная группа в учебном заведении обычного типа, специальная программа, режим обучения и др.).

2. - об уровне профессиональной подготовки (1 – курсовая, 2 – учебное заведение: 2.1. – среднее техническое, 2.2. – среднее специальное, 2.3. – высшее и др.).

В графу **«Сроки обучения»** вписываются сроки, установленные на освоение рекомендуемых профессий с учетом сроков организации обучения в заведениях, отделах производственного обучения предприятий.

Реквизит **«Мероприятия профессиональной реабилитации»** заполняется с учетом пожеланий инвалида-реабилитанта, имеющихся у него профессиональных знаний, навыков, уровня реабилитационного потенциала к профессиональной реабилитации и материалов экспертизы доступности профессии, условий труда, выполненной по сведениям об имеющихся вакансиях с места работы, территориального отделения занятости, предприятий общественных организаций инвалидов и др.

В графе 1 **«Трудоустройство по трудовым рекомендациям МРЭК»** подчеркивается место трудоустройства или рекомендация обращения в территориальный центр занятости за содействием в трудоустройстве.

В строку **«В профессии»** вписывается перечень профессий, рекомендуемых к трудовой занятости, сформированными с учетом уровня профессионального образования имеющихся профессиональных знаний, навыков.

Графа 2 **«Профессиональное обучение, переобучение по направлению службы занятости, в учебном заведении, по месту работы»** подчеркивается в случае, когда инвалиду-реабилитанту рекомендуется обучение, переобучение, переподготовка. Перечень рекомендаций представляется в реквизите **«Профессии, рекомендуемые к профессиональному обучению, переобучению»**.

Графа 3 **«Условия трудоустройства»** заполняется в случаях, когда инвалиду рекомендовано трудовое устройство.

В графе 3.1. **«Организация режима работы»**: полный рабочий день, неполный рабочий день, сокращенный рабочий день, сокращенная неделя, дополнительный выходной день, фиксированные смены (исключение ночных смен, работа только в первую смену и пр.) подчеркивается (или вписывается) рекомендуемый режим работы.

В графе 3.2. **«Профессионально-производственная адаптация»** вписываются, в случае необходимости, рекомендации о назначении периода (с указанием срока) и назначении мероприятий профессионально-производственной адаптации (потребности в приобретении профессиональных навыков, закреплении профессиональных знаний, динамическом контроле со стороны медицинской службы в период (на этапе) 1 года трудоустройства после вынужденного длительного перерыва в трудовой занятости).

В графу 3.3. **«Исключение воздействия неблагоприятных производственных факторов»** вписывают перечень на рабочем месте, в рабочей зоне вредных, опасных факторов производственной среды, тяжести и напряженности трудового процесса (в соответствии с гигиеническими критериями оценки классификации условий труда).

В графу 3.4. **«Оснащение рабочего места специальными приспособлениями»** вписываются в случае необходимости рекомендации об оснащении рабочего места инвалида специальным оборудованием, приспособлением, без которых организация трудовой занятости не возможна.

Графа 3.5. **«Создание (организация) нового рабочего места»** заполняется по результатам согласования с нанимателем по месту работы инвалида или возможного трудоустройства, или с территориальным центром занятости инвалида.

Реквизит **«Подпись реабилитанта о согласии с ИПР»** - подписывается инвалидом при согласии с программой профессиональной реабилитации и ставится дата ознакомления с данной программой.

Отрывной талон к ИПР (социальной) № _____

Ф.И.О. _____

Составлена в МРЭК _____

Адрес МРЭК _____

Дата составления ИПР _____

Дата выполнения ИПР _____

Направляется в территориальные
отделения социальной защиты,
центры социальной реабилитации

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
ИНВАЛИДА № _____

Дата составления _____ МРЭК _____

Фамилия, имя, отчество _____

Домашний адрес, телефон _____

1. Пол: мужской, женский. 2. Возраст (год рождения) _____

3. Диагноз и код болезни по МКБ 10: _____

4. Инвалидность: I группа, II группа, III группа _____

5. Ребенок инвалид: степень утраты здоровья I, II, III, IV _____

6. Общая продолжительность инвалидности _____

7. Причина инвалидности:

общее заболевание; профессиональное заболевание; трудовое увечье; заболевание вызванное катастрофой на ЧАЭС; инвалидность, связанная с военной службой: ИОВ; военная травма; заболевание, полученное при исполнении обязанностей военной службы в том числе в связи с катастрофой на ЧАЭС; заболевание, полученное в период военной службы; инвалидность с детства, в том числе вызванное: боевыми действиями в период ВОВ; катастрофой на ЧАЭС.

8. Социально-бытовой статус инвалида:

одинокий, одиноко-проживающий, семейный (количество членов семьи _____), кормилец (количество иждивенцев, иждивенец, сирота, другой статус _____)

13. РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ВИДЫ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ И УСЛУ

Отрывной талон

№ п/п	Виды и мероприятия социальной помощи	Отметка о назначении		Отметка о назначении и выполнении		
		рекомендовано МРЭК	органами социальной защиты	дата назначения	дата выполнения	место выполнения
1.	Консультативно-информационные услуги 1.1. _____ 1.2. _____ 1.3. _____	_____	_____	1.1. _____ 1.2. _____ 1.3. _____	_____	_____
2.	Социально-реабилитационные услуги: 2.1. Средства реабилитации, предоставляемые органами по труду и социальной защите, в соответствии с Государственным Реестром технических средств реабилитации выделяемых инвалидам бесплатно или на льготных условиях 2.1.1. Протезно-ортопедические изделия _____ _____ _____ 2.1.2. Средства передвижения и изделия, используемые инвалидами при передвижении _____ _____ _____ 2.1.3. Реабилитационные приспособления _____ 2.1.4. Средства реабилитации для инвалидов вследствие нарушений органов слуха и зрения _____ 2.2. Дневное пребывание в учреждениях социального обслуживания _____ _____ _____ 2.3. Обслуживание в стационарных учреждениях социального обслуживания _____ _____ _____ 2.4. Социальное обслуживание на дому _____ _____ _____ 2.5. Другие виды социальных услуг _____ _____ _____	_____	_____	2.1.1. _____ 2.1.2. _____ _____ _____ 2.1.3. _____ 2.1.4. _____ 2.2. _____ 2.3. _____ 2.4. _____ 2.5. _____ _____ _____	_____	_____
3.	Обустройство жилья (вписать) _____ _____ _____	_____	_____	3. _____ _____ _____	_____	_____
4.	Санаторное лечение по медицинским показаниям _____ _____ _____	_____	_____	4. _____ _____ _____	_____	_____
5.	Другое _____ _____ _____	_____	_____	5. _____ _____ _____	_____	_____

Линия отрыва

Подпись реабилитанта о согласии с ИПР _____ дата _____

ИНСТРУКЦИЯ
к заполнению бланка индивидуальной программы реабилитации
инвалида (раздел социальной реабилитации)

Индивидуальная программа социальной реабилитации инвалида составляется для реализации мероприятий социальной реабилитации, направленных на устранение социальной недостаточности.

Индивидуальная программа социальной реабилитации инвалида заполняется методом подчеркивания подходящего значения из предложенных либо вписывания нужной информации в отведенное место.

Реквизит **«Дата составления ИПР»** – вписывается дата составления индивидуальной программы реабилитации.

Реквизит **«МРЭК»** – вписывается наименование и адрес МРЭК, формирующий ИПР.

Реквизиты **«Фамилия, имя, отчество»**; **«Домашний адрес»**; **«Пол»**; **«Возраст»** – вписываются в соответствующие строки согласно паспортным данным.

Реквизит – **«Диагноз и код болезни по МКБ-10»** – вписываются диагнозы основного и сопутствующих заболеваний в соответствии с письмом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 03.08.1989, № 03-3-12/2181 «Методика учета общей заболеваемости населения» и в соответствии с Международной статистической классификацией МКБ-10 (приказ Минздрава Республики Беларусь от 21.08.1999 г., № 296 «О переходе всех учреждений здравоохранения Республики Беларусь на Международную статистическую классификацию МКБ-10»)

Реквизит **«Инвалидность»** – подчеркивается нужный показатель.

Реквизит **«Ребенок-инвалид»** – подчеркивается показатель, характеризующий степень утраты здоровья у ребенка в соответствии с рекомендациями «Методического письма по определению степени утраты здоровья детям-инвалидам», утвержденное Министерством здравоохранения Республики Беларусь 08.10.1999, № 04-2-4

Реквизит **«Общая продолжительность инвалидности»** – вписывается показатель (число лет) продолжительности инвалидности в соответствии с данными «Дела освидетельствования инвалида».

Реквизит **«Причина инвалидности»** – подчеркиваются нужные показатели.

Реквизит **«Социально-бытовой статус инвалида»** – подчеркиваются и вписываются сведения, подтвержденные документально.

При заполнении раздела **«Рекомендуемые виды социальной помощи и услуг»** назначения по пунктам 1., 2.2., 2.3., 2.4., 2.5., 5 вписываются специалистами органов социальной защиты населения.

По пункту 1 **«Консультативно-информационные услуги»** инвалид информируется специалистами МРЭК о возможности получения консультативно-реабилитационных услуг (получение информации о правах на социальную помощь, о формах и условиях ее получения, о социальных структурах и специалистах, способных оказать помощь).

Реквизиты 2.1. «Средства реабилитации, предоставляемые органами по труду и социальной защите, в соответствии с Гос. Реестром технических средств реабилитации, выделяемых инвалидам бесплатно или на льготных условиях; 2.1.1. «Протезно-ортопедические изделия»; 2.1.2. «Средства передвижения и изделия, используемые инвалидами при передвижении»; 2.1.3. «Реабилитационные приспособления»; 2.1.4. «Средства реабилитации для инвалидов вследствие нарушений органов слуха и зрения» 3 «Обустройство жилья» – вписываются специалистами МРЭК в соответствии с «Инструкцией о порядке обеспечения техническими средствами (Утвержденной Постановлением Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 21.03.02, № 36)

По пунктам 2.2 «Дневное пребывание в учреждениях социального обслуживания»; 2.3. «Обслуживание в стационарных учреждениях социального обслуживания»; 2.4. «Социальное обслуживание на дому»; 2.5. «Другие виды социальных услуг» - инвалид информируется специалистами МРЭК об аспекте и объеме социально-реабилитационных услуг, оказываемых в учреждениях системы социальной защиты населения.

Реквизит **«Санаторное лечение по медицинским показаниям»** – вписываются соответствующие рекомендации.

В графе «**Отметка о назначении, рекомендовано МРЭК**» в строке, соответствующей назначению составленному МРЭК, вносится отметка в виде «+».

Реквизит «**Подпись реабилитанта о согласии с ИПР**» - подписывается инвалидом при согласии с программой социальной реабилитации и ставится дата ознакомления с данной программой.

Строки отрывного талона к ИПР (социальной): ФИО, наименование и адрес МРЭК, составившей ИПР, дата составления ИПР – заполняются МРЭК.

Сведения о назначениях, показанных инвалиду, видов социальной помощи и услуг, датах их назначения и выполнения, месте выполнения в отрывном талоне заполняются специалистами органов социальной защиты населения.

21.5. Особенности составления программ реабилитации больным и инвалидам с двигательными нарушениями

В общей структуре инвалидности значительное место занимают больные, перенесшие черепно-мозговую травму, мозговой инсульт или другое заболевание сопровождающееся двигательными нарушениями. Индивидуальная программа реабилитации у этих больных имеет ряд особенностей.

Всем больным с двигательными нарушениями с целью снижения фиксации внимания на дефекте, укрепления веры в выздоровление должна назначаться индивидуальная или групповая психотерапия как один из основных методов медицинской реабилитации.

Однако, основной задачей при реабилитации больных и инвалидов с различной степенью выраженности двигательных нарушений является увеличение мышечной силы, объема движений в суставах, снижение мышечного тонуса. Поскольку больные поступают на реабилитацию в более поздние сроки, основное значение приобретает стимуляция процесса компенсации нарушенной функции. Поэтому, особое место в объеме оказываемой реабилитационной помощи данной категории реабилитантов занимает **кинезотерапия**.

Кинезотерапия в форме групповой лечебной гимнастики назначается больным и инвалидам с легкими и в отдельных случаях с умеренными двигательными нарушениями; ее основные задачи расширение режима двигательной активности, тренировка кардиореспираторной системы, улучшение мозгового кровотока, тренировка вестибулярного анализатора.

Кинезотерапия в форме индивидуальной лечебной гимнастики назначается больным и инвалидам с умеренными и выраженными гемипарезами, а также в случаях, когда посещение групповых занятий затруднено из-за нарушений высших корковых функций.

Упражнения должны быть направлены на оказание общетонизирующего воздействия, снижение мышечного тонуса, предупреждение и ликвидацию контрактур, устранение патологических синкинезий, увеличение амплитуды движений и мышечной силы, выработку компенсаторных навыков.

Кинезотерапия основывается на методике Бобат-терапии (как нейродинамический метод восстановления двигательной функции). Наряду с этим производится полумягкое шинирование (до 2 часов в день) верхних конечностей в функционально выгодном положении, нейроортопедические укладки в функционально выгодном положении, способствующие снижению тонуса, предупреждение контрактур, ношение жестких лонгет на нижних конечностях с целью восстановления правильного положения и функции стопы, что помогает выравниванию положения туловища и при положительной динамике укреплению статики и восстановлению мышечно-суставного чувства.

Кроме того, кинезотерапия включает механотерапию, которая применяется с целью восстановления амплитуды движений в суставах, силы и трофики мышц; основное внимание должно уделяться использованию механотерапевтических приспособлений, создающих облегченные условия для движений паретичной конечности и способствующих снижению мышечного тонуса, тренировке схвата, координации. Блоковые конструкции применяются после биомеханического обследования пациента, результаты которого служат основанием для выбора

соответствующего режима локальных нагрузок, регламентирующего величину грузов, темп и продолжительность движений в тех или иных суставах конечности.

Таким образом, данные методы медицинской реабилитации направлены на развитие локомоторной функции, выполнение захватов, функцию личной гигиены, принятие пищи, одевание, раздевание (в том числе обувь).

Во время занятий кинезотерапией за больными осуществляется постоянный медицинский контроль.

Одним из основных методов, применяемых для активации сниженной у больного функции двигательного аппарата, носящих целенаправленный строго индивидуальный характер, является **эрготерапия**, включающая **бытовую реабилитацию** и **восстановительную трудотерапию**. Мероприятия бытовой реабилитации предусматривают восстановление действий по самообслуживанию у больных с тяжелыми нарушениями функций конечностей.

Своевременное включение в ИПР кинезотерапии, мероприятий бытовой реабилитации и трудотерапии способствует улучшению состояния реабилитанта, что в конечном итоге приводит к снижению тяжести инвалидности.

Одним из основных средств реабилитации является трудотерапия. Через неё осуществляется переход от восстановительного лечения к профессионально-производственной реабилитации. Трудотерапия оказывает стимулирующее, тонизирующее влияние на психику больных, повышает их эмоциональный тонус, мобилизует волю и способствует активному вовлечению в восстановительный процесс. Она обладает большой воспитательной ценностью при нарушенных функциях опорно-двигательного аппарата. Раннее восстановление в процессе трудотерапии утраченных в период болезни профессиональных навыков имеет большое экономическое значение.

Трудотерапия проводится в лечебных кабинетах, мастерских на специально подобранных аппаратах и механизмах, имитирующих движение разной степени сложности для восстановления функций верхних и нижних конечностей и позвоночника, а также для привития навыков самообслуживания. Кабинеты должны быть оснащены аппаратурой в соответствии с их функциональным назначением.

К трудотерапии относятся: работа в швейно-гладильной, слесарно-монтажной и столярной мастерских; автотренажер; кабинеты бытовой реабилитации и трудотерапии; выполнение хозяйственных и ремонтных работ.

Трудовая терапия показана очень многим инвалидам, в том числе всем инвалидам с заболеваниями нервной системы, особенно при наличии дефекта двигательных функций конечностей. Особенностью применения трудовой терапии в системе реабилитации, является назначение её в комплексное с другими восстановительными мероприятиями (лечебной физкультурой, массажем физиотерапией, психотерапией, логопедическими занятиями при наличии речевых расстройств и пр.). Программы дифференцируются в соответствии с оценкой функционального состояния больного, характера патологического процесса и природы его течения, характера и тяжести имеющегося дефекта функции, особенностей личности больного, его профессионального опыта, интересов и склонностей к освоению того или иного трудового процесса, а также реальных перспектив» в восстановления.

В условиях ряда современных реабилитационных учреждений стационарного и поликлинического профиля уже имеются возможности для успешного применения основных форм трудотерапии.

Ведущим направлением трудовой терапии в этих учреждениях, особенно для инвалидов и больных с нарушением функций конечностей, является **терапия трудом**, т.е. лечебное использование различных трудовых процессов и трудовых операций. **Функциональная** трудовая терапия, в основе которой лежит производственная деятельность» направлена на восстановление нарушенных функций. Осуществляется индивидуальный подбор трудовых операций, обладающих наибольшей восстановительной способностью и позволяющих добиваться постепенного вовлечения пострадавшей функции в трудовую деятельность.

Общеукрепляющая трудовая терапия имеет целью поддержание общего жизненного тонуса больного, его способности к физической нагрузке и труду, сниженных в результатах длительного заболевания.

Производственная трудовая терапия служит подготовке больного к профессиональной деятельности в условиях, приближенных к производственным. В процессе производственной трудовой терапии осуществляется проверка профессиональных возможностей больного, профессиональная ориентация, переобучение и обучение новой профессии.

Другим направлением трудовой терапии является **занятость** больных заполнением в свободное время представляющей для него интерес работой, отвлекающей от болезненных переживаний.

Трудовая терапия, её формы, время и продолжительность занятий, сочетание с другими методами восстановительного лечения назначаются индивидуально каждому больному лечащим врачом как любая другая процедура. Трудовое лечение проводится под наблюдением врача-трудотерапевта, среднего медицинского персонала, трудинструктора. Назначение на трудовую терапию с учетом её форм делает лечащий врач, дифференцированный набор трудовых процессов и их дозировка осуществляется совместно с врачом-трудотерапевтом. В процессе трудотерапии ведется контроль за состоянием больного, гемодинамическими показателями, эмоциональными реакциями. Регистрируются также утомляемость, степень включения пораженной конечности в выполнение рабочей операции, темп работы и точность её исполнения. Для характеристики эффективности трудовой терапии клинические наблюдения дополняются различными психофизиологическими методиками.

В процессе трудовой терапии ведется специальная документация на каждого больного, в которой фиксируются показатели его состояния, его оценки трудовой деятельности.

Назначение формы трудовой терапии и вида работы осуществляется, дифференцировано, при этом учитывается наибольшая восстановительная способность трудовых операций применительно к характеру имеющегося дефекта, возможности профессионального восстановления и профессиональной ориентации. В реабилитационных учреждениях должны быть представлены различные виды труда. Наиболее показаны для восстановления функций верхних конечностей столярные и слесарные работы. Восстановлению кистевых движений способствуют плетение, шлифование, шитьё. Для развития движений в нижних конечностях назначают садовые работы с лопатой, на ножной швейной машине, ножной маятниковой пиле. В случаях тяжелого поражения нижних конечностей больные приспосабливаются к ручному труду. Для облегчения освоения трудовых операций в условиях реабилитационных учреждений используются различные приспособления, компенсирующие имеющиеся у больного двигательные ограничения, в том числе и профессиональные протезы.

В комплексе восстановительного лечения трудовая терапия, наряду с положительным влиянием на нарушенные двигательные функции, имеет отчетливый психотерапевтический эффект, создавая у больных лечебную перспективу с реальной возможностью трудового восстановления. Вместе с тем включение в трудовую деятельность в процессе реабилитационного лечения больных с тяжелыми дефектами функций часто сопряжено с большими физическими трудностями и страхом ухудшения состояния. Поэтому на всех этапах реабилитации трудовая терапия проводится с применением специальных приёмов, облегчающих самочувствие больных, йода относится психотерапевтическая подготовка в начале каждого этапа новых трудовых заданий; идеомоторная тренировка с целью стимуляции и совершенствования трудовых действий; упражнения на расслабление общего и локального мышечного тонуса в спастических конечностях; рабочие паузы с прослушиванием коротких музыкальных программ. Эффективность трудовой терапии повышается при использовании таких методических приёмов, как фиксация внимания на происшедших у них положительных сдвигах, появлении новых движений и профессиональных навыков, организация соревнования между больными на лучшее выполнение трудового задания, помощи отстающим и т.д. Важное значение имеет формирование лечебно-трудовых коллективов, однородных по клиническому составу. Так, в условиях реабилитационных специализированных стационаров и поликлиник проведение логопедических занятий в лечебно-трудовых мастерских с группами больных афазией значительно повышает их эффективность.

Кроме того, ИПР больных и инвалидов с двигательными нарушениями включает назначение физиотерапевтических процедур, а также медикаментозное лечение, которое должно быть направлено на коррекцию патофизиологических сдвигов в головном мозге, преследующую

конкретные цели: нормализацию метаболических нарушений, улучшение мозгового кровотока, нормализацию внутричерепного давления, предупреждение рубцово-спаечного процесса, коррекцию нарушений в психоэмоциональной сфере, при наличии показаний - назначение противосудорожной терапии.

Медикаментозное лечение (в основном фоновое) включает назначение ноотропов (оказывают положительное влияние на обменные процессы и кровообращение в головном мозге, стимулируют окислительно-восстановительные процессы, усиливают утилизацию глюкозы, повышают энергетический потенциал клеток, что приводит к повышению устойчивости тканей мозга к гипоксии, активизации интегративной деятельности мозга, улучшению процессов обучения и памяти), аминокислот и гидролизатов белка (повышают эффективность аэробного энергетического метаболизма мозговой ткани, улучшают внутриклеточный синтез белка, оказывают нейропротекторное действие, стимулируют дифференциацию нейронов, замедляют и приостанавливают процессы нейрогенерации, улучшают концентрацию внимания, процессы запоминания, активизируют процессы умственной деятельности, улучшают настроение), антигипоксантов (активизируют клеточный метаболизм путем увеличения транспорта и накопления глюкозы и кислорода, усиления внутриклеточной их утилизации. В результате энергетический ресурс клетки возрастает. В условиях гипоксии мозговой ткани стимулируют энергетические процессы функционального метаболизма, вторичный эффект - усиление кровоснабжения тканей), антиоксидантов (оказывают антиоксидантное действие, участвуют в биосинтезе гена и белков пролиферации клеток, тканевом дыхании, других процессах тканевого метаболизма, препятствуют повышенной проницаемости и ломкости капилляров), дегидратирующих средств (путем уменьшения объема тканевой жидкости снижают внутричерепное давление), антихолинэстеразных (являясь ингибиторами холинэстеразы облегчают проведение возбуждения в нервно-мышечных синапсах, восстанавливают нервно-мышечную проводимость. Галантамин, проникая через гематоэнцефалический барьер, облегчает проведение импульсов в холинэргических синапсах ЦНС, усиливает процессы возбуждения), вазоактивных препаратов (улучшают мозговую микроциркуляцию, способствуют энергообеспечению головного мозга и предотвращению гипоксии, что приводит к восстановлению функции клеточных структур, составляющих гематоэнцефалический барьер), противосудорожных препаратов (назначают при наличии эписиндрома), седативной терапии (назначается с целью коррекции эмоционально-волевых нарушений), антидепрессантов (показаны при наличии депрессивного синдрома, приводящего к дезадаптации больного), других групп препаратов.

Со всеми реабилитантами должно проводиться обучение методикам самоконтроля, кинезотерапии, ведения образа жизни по завершению реабилитационных мероприятий. Большое внимание должно уделяться привитию навыков здорового образа жизни и поведенческой профилактики.

Особенностью составления ИПР больным и инвалидам с афатическими нарушениями является необходимость назначения в максимально ранние сроки речетерапевтических и психотерапевтических мероприятий. В первый год после ЧМТ или мозгового инсульта происходит процесс спонтанного излечения афатических нарушений и именно в этот период важно предупредить возникновение или усугубление неправильного или патологического речевого процесса и способствовать более полному его восстановлению.

Для объективной оценки типа афазии и степени ее выраженности специалистами голосо-речевой терапии могут использоваться стандартизированные методики афазии-тестов - Token-тест, которые позволяют определить тип афазии, определение степени сложности повреждений. Тест является объективным исследованием для перепроверки правильности логопедической афазитерапии. С его помощью проводится прогнозирование результатов коррекционно-педагогической работы с пациентом, а также составление индивидуальной программы речевой реабилитации.

Кроме того, до и после проведения реабилитационной программы больным с афатическими нарушениями проводится компьютерное тестирование по программам "Цвет" и "Счет", предназначенным для диагностики нарушений на уровне потребностей голосо-речевого общения, концентрации внимания, памяти, скорости мыслительных процессов.

Важное место в реабилитации больных с афатическими нарушениями занимает психокоррекция, поскольку изменение личности и реакция субъекта на болезнь оказывает влияние и на тяжесть афазии и на эффективность ее преодоления.

Большое значение имеет и назначение лечебной гимнастики для тренировки моторики мимических мышц и орального тракта, стимулирующие периферические рецепторы речедвигательной мускулатуры.

Ниже представлены варианты индивидуальных программ реабилитации в зависимости от имеющихся нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности (табл. 21.1).

ВАРИАНТЫ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИМЕЮЩИХСЯ НАРУШЕНИЙ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И СОЦИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Нарушения	Ограничения жизнедеятельности	Социальная недостаточность	РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ		
			Медицинские аспекты	Профессиональные аспекты	Социальные аспекты
Легкие двигательные нарушения (ФК-1)	Не ограничивает способности к передвижению, самообслуживанию	Незначительные ограничения из-за затруднения выполнения некоторых работ, включая домашнее хозяйство, требующих больших усилий	- психотерапия - восстановление нарушенных функций физическими методами - медикаментозное лечение - санаторно-курортное лечение	- экспертиза профпригодности - профподбор - профессиональное обучение, переобучение - рациональное трудоустройство	выделение пособий на период обучения, переобучения
Умеренные двигательные нарушения (ФК-11)	Умеренно выражено ограничение передвижения (снижена переносимость больших нагрузок); самообслуживания (нуждается в помощи для входа и выхода из ванны, в использовании отдельных домашних приборов)	Ограничения в физической независимости, мобильности, способности заниматься обычной деятельностью, способности к профессиональной деятельности (требуется изменение профессии или объема трудовой деятельности применение спец. приспособлений для выполнения работы на производстве и дома), экономической самостоятельности	- психотерапия - восстановление нарушенных функций физическими методами - медикаментозное лечение - санаторно-курортное лечение	- профподбор - профессиональное обучение, переобучение - рациональное трудоустройство	бесплатное обеспечение техническими средствами
Выраженные двигательные нарушения и	Значительное снижение способности к передвижению	Значительно выраженные ограничения в физической - независимости (имеется	- психотерапия - восстановление нарушенных функций	надомные виды труда, труд в специально созданных условиях	льготное обеспечение техническими

<p>отсутствие движений</p>	<p>(передвигаются в пределах до 0,5 км; резкое изменение походки), к самообслуживанию</p>	<p>необходимость систематической помощи других лиц через длительные интервалы - 1 раз в сутки). - мобильности (способности заниматься обычной деятельностью, способности к профессиональной деятельности (возможен труд в специально созданных условиях); экономической самостоятельности</p>	<p>физическими методами - психологическая ориентация больного и родственников - поддерживающее медикаментозное лечение</p>		<p>средствами; выделение социального работника для обслуживания на дому (для одиноких инвалидов); предоставление мест в домах-интернатах</p>
<p>Резко выраженные двигательные нарушения и отсутствие движений (ФК-4)</p>	<p>Резкое снижение способности к передвижению, ограниченное пределами жилья, кресла, постели, самообслуживанию</p>	<p>Резко выраженные ограничения в физической независимости, мобильности, способности заниматься обычной деятельностью, получению образования, профессиональной деятельности (возможен труд в индивидуальных специально созданных условиях), экономической самостоятельности</p>	<p>- психотерапия - психологическая ориентация больного и родственников - поддерживающее медикаментозное лечение</p>	<p>труд в индивидуальных специально созданных условиях на дому</p>	<p>льготное обеспечение техническими средствами; выделение социального работника для обслуживания на дому (для одиноких инвалидов); предоставление мест в домах-интернатах</p>
<p>Легкие языковые и речевые нарушения (ФК-0, ФК-1)</p>	<p>Незначительное снижение способности общаться с окружающими</p>	<p>Незначительное ограничение в выполнении некоторых работ, связанных с постоянным общением в большом коллективе</p>	<p>- психотерапия - индивидуальные занятия с логопедом - медикаментозное лечение - санаторно-курортное</p>	<p>-</p>	<p>-</p>

			лечение		
Умеренные языковые и речевые нарушения (ФК-1, ФК-2)	Умеренное снижение способности общаться с окружающими	Умеренное ограничение к получению образования (Вследствие неучастия в некоторых видах обучения или профессиональной подготовке), умеренное ограничение в профессиональной деятельности (в профессиях, связанных со значительным общением) интеграции в общество	- психотерапия - индивидуальные занятия с логопедом - медикаментозное лечение - санаторно-курортное лечение	- экспертиза - профпригодности - профподбор - профессиональное обучение, переобучение - рациональное трудоустройство	-
Выраженные языковые и речевые нарушения (ФК-3)	Выраженное снижение способности общаться с окружающими	Выраженное ограничение к получению образования, умеренное или выраженное в зависимости от профессиональной деятельности, экономической самостоятельности, интеграции в общество	- психотерапия - индивидуальные занятия с логопедом, сурдологом; - психологическая ориентация больного и родственников	- экспертиза - профпригодности - профподбор - профессиональное обучение, переобучение - рациональное трудоустройство	обучение методам общения с окружающими
Резко выраженные языковые и речевые нарушения (ФК-4)	Резко выраженное снижение способности общаться с окружающими	Резко выраженное ограничение к получению образования, выраженное ограничение в профессиональной деятельности, экономической самостоятельности, интеграции в общество	- психологическая ориентация больного и родственников - индивидуальное занятие с логопедом, сурдологом	труд в индивидуальных специально созданных условиях	обучение методам общения с окружающими
Легкие слуховые и вестибулярные нарушения (ФК-1)	Сохранена возможность общаться с окружающими. Легкое ограничение передвижения вследствие	Легкое ограничение мобильности, профессиональной деятельности (в отдельных	- психотерапия - специальные комплексы корректирующей	- экспертиза - профпригодности - профподбор - профессиональное	-

	снижения способности поддерживать некоторые позы, самообслуживания вследствие снижения способности пользоваться личным автотранспортом	профессиях)	гимнастики, тренировка вестибулярной функции - физические методы реабилитации - медикаментозное лечение - санаторно-курортное лечение	обучение, переобучение - рациональное трудоустройство	
Умеренные слуховые и вестибулярные нарушения (ФК-2)	Легкое снижение способности общения с окружающими. Умеренное ограничение передвижения вследствие снижения способности поддерживать некоторые позы, самообслуживания вследствие снижения возможности транспортом	Умеренное ограничение мобильности, профессиональной деятельности, невозможность участия в профессиональной деятельности в отдельных профессиях.	- психотерапия - специальные комплексы корригирующей гимнастики, тренировка вестибулярной функции - физические методы реабилитации - медикаментозное лечение - санаторно-курортное лечение	- экспертиза профпригодности - профподбор - профессиональное обучение, переобучение - рациональное трудоустройство	-
Выраженные слуховые и вестибулярные нарушения (ФК-3)	Умеренное и выраженное снижение способности общения с окружающими. Выраженное ограничение передвижения (ходить, бегать, поддерживать позу), самообслуживания: снижение способности владеть телом для решения повседневных бытовых задач, пользоваться транспортом, вести независимое существование, выполнять повседневные домашние	Умеренное ограничение физической независимости (ситуационная зависимость, выраженное ограничение мобильности, способности заниматься обычной деятельностью, способности к получению образования, профессиональной деятельности (труд в специальных условиях), экономической самостоятельности, ограничение способности	- психотерапия - специальные комплексы корригирующей гимнастики, тренировка вестибулярной функции - физические методы реабилитации - медикаментозное лечение - санаторно-курортное лечение	труд в индивидуальных специально созданных условиях	выделение социального работника для обслуживания на дому

	дела, регулировать окружающую среду	интеграции в общество			
Резко выраженные слуховые и вестибулярные нарушения (ФК-4)	Выраженное снижение способности общаться с окружающими. Выраженное ограничение передвижения (ходить, бегать, поддерживать позу); самообслуживания, снижение способности владеть телом для решения повседневных бытовых задач, пользоваться транспортом, вести независимое существование, выполнять повседневные домашние дела, регулировать окружающую среду, снижение способности к повседневной деятельности	Выраженное ограничение физической независимости, мобильности, способности заниматься обычной деятельностью, практическая невозможность получения образования, невозможность заниматься любой профессиональной деятельностью, выраженное ограничение экономической самостоятельности, ограничение способности интеграции в общество	- психотерапия - специальные комплексы корригирующей гимнастики, тренировка вестибулярной функции - физические методы реабилитации - медикаментозное лечение	-	выделение социального работника для работы на дому
Легкий астенический синдром (ФК-0)	Не приводит к ограничению жизнедеятельности	Не приводит к социальной недостаточности	- восстановительное медикаментозное лечение - применение физических методов реабилитации - санаторно-курортное лечение	-	-
Умеренный астенический синдром (ФК-0)	Не приводит к ограничению жизнедеятельности	Не приводит к социальной недостаточности	- восстановительное медикаментозное лечение - применение физических методов	-	-

			реабилитации - санаторно-курортное лечение		
Выраженный астенический синдром (ФК-1)	Умеренное снижение способности адекватно вести себя из-за ограничения способности к обучению; выраженное ограничение к участию в трудовой деятельности; умеренное снижение способности общаться с окружающими	Умеренные ограничения мобильности из-за снижения переносимости больших нагрузок; способности заниматься обычной деятельностью, получению образования; заниматься профессиональной деятельностью	- психотерапия - физические методы реабилитации - медикаментозное лечение - санаторно-курортное лечение	- экспертиза профпригодности - профподбор - рациональное трудоустройство	-
Резко выраженный астенический синдром (ФК-2)	Выраженное снижение способности адекватно вести себя из-за ограничения способности к обучению, выраженное ограничение к участию в трудовой деятельности, умеренное снижение способности общаться с окружающими	Умеренное ограничение мобильности из-за снижения переносимости больших нагрузок; способности заниматься обычной деятельностью, получение образования, заниматься профессиональной деятельностью	- психотерапия - психологическая ориентация больного и родственников - физические методы реабилитации - медикаментозное лечение - санаторно-курортное лечение	- экспертиза профпригодности - профподбор - рациональное трудоустройство	
Легкий психоорганический синдром (ФК-1)	Легкое снижение способности адекватно вести себя из-за снижения способности к обучению, участию в трудовой деятельности - противопоказаны работы со значительным нервнопсихическим напряжением; снижение способности общаться с окружающими из-за	Снижение способности к получению образования; участию в профессиональной деятельности	- психотерапия - физические методы реабилитации - медикаментозное лечение - санаторно-курортное лечение	- экспертиза профпригодности - профподбор - рациональное трудоустройство	-

	невозможности участи во всех видах общественной деятельности				
Умеренный психоорганический синдром (ФК-2)	Умеренное снижение способности адекватно вести себя из-за снижения способности к обучению, выраженное ограничение участия в трудовой деятельности - требуется изменение профессии или объема трудовой деятельности; выраженные ограничения общения с окружающими	Умеренное ограничение мобильности из-за снижения способности пользоваться общественным транспортом; способности к получению образования; участия в профессиональной деятельности, ограничение экономической самостоятельности; интеграции в общество	- психотерапия - физические методы реабилитации - медикаментозное лечение - санаторно-курортное лечение	- экспертиза профпригодности - профподбор - рациональное трудоустройство - переобучение	выделение пособий на период обучения, переобучения
Выраженный психо-органический синдром (ФК-3)	Значительно выраженное снижение способности адекватно вести себя; общаться с окружающими; ухаживать за собой	Значительно выраженное ограничение мобильности; способности заниматься обычной деятельностью; невозможность получения образования; невозможность участия в трудовой деятельности выраженное ограничение экономической независимости, интеграции в общество	- поддерживающее медикаментозное лечение	-	представление для одиноких граждан мест в домах-интернатах, помощь социальных работников на дому одиноким больным
Резко выраженный психо-органический синдром (ФК-4)	Резко выраженное снижение способности адекватно вести себя; общаться с окружающими; ухаживать за собой	Резко выраженное ограничение мобильности; способности заниматься обычной деятельностью; невозможность получения образования; участия в трудовой деятельности	- поддерживающее медикаментозное лечение	-	представление для одиноких граждан мест в домах - интернатах, помощь социальных

		резко выраженное ограничение экономической независимости; интеграции в общество			работников на дому одиноким больным
Редкие эпилептические припадки (Н-21), (ФК-0, ФК-1)	Снижение способности адекватно вести себя - во время припадков общаться с окружающими - во время приступов; невозможность пользоваться личным транспортом	Ограничена способность к профессиональной деятельности в профессиях с наличием противопоказанных факторов в выполняемой работе, экономическая самостоятельность	медикаментозное лечение	- экспертиза профпригодности - профессиональное обучение - рациональное трудоустройство	выделение пособий на период обучения, переобучения
Эпилептические припадки средней частоты (Н-21.1) (ФК-1, ФК-2)	Снижение способности адекватно вести себя - во время припадков общаться с окружающими - во время приступов; невозможность пользоваться личным транспортом	Ограничена способность к профессиональной деятельности в профессиях с наличием противопоказанных факторов в выполняемой работе, экономическая самостоятельность	медикаментозное лечение	- экспертиза профпригодности - профессиональное обучение - рациональное трудоустройство	выделение пособий на период обучения, переобучения
Частые эпилептические припадки с умеренно выраженными изменениями психики (Н-21.1; Н-10) (ФК-3)	Снижение способности адекватно вести себя; общаться с окружающими; пользоваться телом для решения повседневных задач	Значительно ограничена способность в профессиональной деятельности, физической независимости; способности заниматься обычной деятельностью; невозможность получения образования; значительно ограничена экономическая самостоятельность; интеграция в общество	медикаментозное лечение	-	-
Частые эпилептические	Выраженное снижение способности адекватно	Резко ограничена физическая независимость;	поддерживающее медикаментозное	-	представление для одиноких

<p>припадки с выраженными изменениями психики (Н-21.1, Н-10) (ФК-4)</p>	<p>вести себя; общаться с окружающими; пользоваться телом для решения повседневных задач</p>	<p>мобильность; способность заниматься обычной деятельностью; невозможность образования; резко ограничена экономическая самостоятельность; интеграция в общество</p>	<p>лечение</p>		<p>граждан мест в домах - интернатах, помощь социальных работников на дому одиноким больным</p>
<p>Зрительные нарушения (Гемианопсия без нарушения центрального зрения) (ФК-1, ФК-2)</p>	<p>Умеренное снижение способности передвигаться; пользоваться транспортом</p>	<p>Умеренное ограничение мобильности, получения образования; профессиональной деятельности; невозможность профессиональной деятельности в отдельных профессиях; умеренное ограничение экономической самостоятельности</p>	<p>- психотерапия - физические методы реабилитации - медикаментозное лечение</p>	<p>- экспертиза профпригодности - профессиональное обучение - рациональное трудоустройство</p>	<p>-</p>
<p>Зрительные нарушения (Гемианопсия с нарушением центрального зрения) (ФК-2)</p>	<p>Значительное снижение способности передвигаться; владеть телом для решения повседневных бытовых задач; общаться с окружающими</p>	<p>Значительное ограничение физической независимости; мобильности; получению образования; профессиональной деятельности; экономической самостоятельности</p>	<p>- психотерапия - физические методы реабилитации - медикаментозное лечение</p>	<p>- профобучение - рациональное трудоустройство в специально созданных условиях</p>	<p>представление для одиноких граждан мест в домах - интернатах, помощь социальных работников на дому одиноким больным</p>

ЛИТЕРАТУРА

Автоматизация прогнозирования профессиональной пригодности рабочих на предприятии / Под ред. А.И. Меньшикова. - Рига, 1982.

Алишев Н.В., Широков В.Д. Системный подход в экспериментальных исследованиях профконсультации и профподбора молодежи на рабочие профессии // Психологические и физиологические основы профконсультации и профподбора молодежи на рабочие профессии. - Л., 1987.

Алферова Т.С., Потехина О.Л. Основы реабилитологии. — Тольятти, 1995. — 148 с.

Андреева О.С., Знакова Т.А. Методические основы формирования индивидуальных программ профессиональной реабилитации инвалидов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов. – М., 2000. – Вып. 26. – 20 с.

Афонина Е.В. Сочетанная черепно-мозговая травма: (Клиника, диагностика и лечение прил. к дан. прогноза): Дис. ... д-ра мед. наук. – Л., 1986. – 393 с.: ил. табл.

Балунов О.А., Демиденко Т.Д. Результаты восстановительного лечения при заболеваниях головного мозга постинсультного и посттравматического характера и периферической нервной системы // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1994. - №6. – С. 9 - 12.

Белов В.П. Реабилитация: содержание и предпосылки // Методические и организационные вопросы реабилитации инвалидов: Сб. науч. тр. / ЦИЭТИН; Под ред. В.П. Белова. – М., 1973. – С. 5 – 23.

Белова А.Н. Восстановительное лечение постинсультных больных в условиях амбулаторного центра промышленной реабилитации Горьковского автозавода (прогнозирование, методики контроля, промышленная трудотерапия): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Казань, 1987. – 23 с.

Белова А.Н. Организация амбулаторной реабилитации неврологических больных // Неврологический журн. – 1996. - № 3. – С. 26 - 32.

Белова А.Н. Эффективность системы амбулаторной реабилитационной помощи неврологическим больным: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1996. - 28 с.

Белова А.Н. Эффективность системы амбулаторной реабилитационной помощи неврологическим больным: Автореф. дис. ... д. м. н. – Н. Новгород, 1995. – 39 с.

Белова А.Н., Радау Ю.В. Клинико-реабилитационные группы больных неврологического профиля в условиях амбулаторного центра восстановительного лечения // Здравоохран. Рос. Федерации. – 1993. - №4. – С. 9 - 12.

Белова А.Н., Щенетова О.Н. Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями. Т. 1. – М., 1998. – 220 с.

Белова А.Н., Щенетова О.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. – М., 2002. – 440 с.

Богат З.И. Организация восстановительного лечения неврологических больных в условиях поликлинического реабилитационного центра // Вопр. организации восстановительного лечения больных и инвалидов. - М., 1982.

Богат З.И. Социально-трудовая реабилитация больных, перенесших инсульт // Сов. медицина. – 1980. - № 7. – С. 82 - 86.

Вальчук Э.А. Концепция медицинской реабилитации в учреждениях здравоохранения Республики Беларусь // Вопр. организации и информатизации здравоохранения. - 1995. - № 1. - С.

Вальчук Э.А. Медицинский аспект реабилитации // Реабилитация больных и инвалидов: Тез. докл. 1 респ. науч.-практ. конф. по реализации Закона «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь». - Минск, 1992. - Ч. I. - С. 15.

Вальчук Э.А. Роль и место медицинской реабилитации в системе здравоохранения // Медицинская, социальная, профессиональная реабилитация больных и инвалидов: Тез. докл. междунар. Науч.-практ. конф. - Минск, 1996. - С. 259.

Вальчук Э.А. Роль и место медицинской реабилитации в системе медико-санитарной помощи // Вопр. организации и информатизации здравоохранения. - 1995. - № 1. - С. 3 - 22.

Гиткина Л.С., Смычѣк В.Б., Рябцева Т.Д. Реабилитация больных с черепно-мозговой травмой на медико-профессиональном этапе // Вопр. организации и информатизации здравоохранения. - 1997. - № 4.- С. 18 - 20.

Гиткина Л.С., Колбанов В.В., Зборовский Э.И. Концепция медицинской реабилитации // Медицинская, социальная и профессиональная реабилитация больных и инвалидов: Тез. докл. Междунар. науч.-практ. конф. - Минск, 1996. - С. 78.

Гиткина Л.С., Рябцева Т.Д. Клинико-реабилитационные группы при черепно-мозговых травмах // Современные аспекты медицинской и медико-профессиональной реабилитации больных и инвалидов неврологического профиля: Тез. докл. семинара. – Минск, 1993. - С. 6.

Гиткина Л.С., Рябцева Т.Д., Смычѣк В.Б. Обоснование и выделение клинико-реабилитационных групп больных с острой ЧМТ // Актуальные проблемы современной медицины: Тез. докл. науч. конф. - Витебск, 1994.-Ч.1. - С. 85.

Гиткина Л.С., Смычѣк В.Б., Рябцева Т.Д. Основные положения концепции медицинской реабилитации // Человек и его здоровье: Матер. VI Рос. конгр. с междунар. участием, 27 – 30 ноября 2001 г. – СПб., 2001. – С. 217.

Гринвальд И.М., Щепетова О.И. К методике экономической оценки инвалидности и реабилитации инвалидов // Сов. здравоохранение. – 1975. - № 6. – С. 19 - 23.

Гусева Н.К., Говязо Л.В. Организация системы реабилитации больных и инвалидов в условиях крупного города // Здравоохр. Рос. Федерации. – 1990. - № 1. – С. 12 - 16.

Демиденко Т.Д. реабилитация при цереброваскулярной патологии. – Л.: Медицина, 1989. – 208 с.

Демиденко Т.Д. Реабилитация при цереброваскулярной патологии. – М.: Медицина, 1989. – 189 с.

Журавлева К.И. Организационные и методические проблемы реабилитационной службы в СССР // Восстановительная терапия и реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями: Матер. науч.-практ. конф. (Ленинград, 23-24 ноября 1982 г.). – Л., 1982. – С. 17 - 22.

Задачи по достижению здоровья для всех / Европейское региональное Бюро ВОЗ. – Копенгаген, 1985.

Закон Республики Беларусь «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь».

Закон Республики Беларусь № 91-3 от 11.01.2002 г. «О внесении изменений и дополнений в Закон Республики Беларусь «О здравоохранении».

Зборовский Э.И. Реабилитация инвалидов - главный путь их социальной защиты // Научно-практические аспекты реабилитации инвалидов: Тез. докл. конф. (семинара). - Минск, 1991. – Ч. 1. - С. 3 - 7.

- Иванов Е.М., Эндакова Э.А.* Принципы и этапность медицинской реабилитации // *Вопр. курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры.* - 1996.- № 2. - С. 40 - 44.
- Ильницкий А.Н.* Критерии эффективности медицинской реабилитации больных в амбулаторно-поликлинических условиях. – Дис. ... канд. мед. наук. - Минск, 2000. – 162 с.
- Ильницкий А.Н., Вальчук Э.Э.* Организация этапной медицинской реабилитации больных терапевтического профиля / Под ред. Э.А. Вальчука, В.Б. Смычка. – Минск, 2003. – 317 с.
- Индивидуальная программа реабилитации больных и инвалидов / *В.Б. Смычк, Л.С. Гиткина, Т.Д. Рябцева, В.В. Ломако* // *Медико-социальная экспертиза и реабилитация: сборник научных статей.* – Минск, 1999. – Вып. 1. - С. 82 - 88.
- Индивидуальная программа реабилитации инвалида / *Д.И. Лаврова, О.С. Андреева, О.П. Рязанов, Д.А. Соколова* // *Медицинская, социальная профессиональная реабилитация больных и инвалидов: Тез. докл. Междунар. науч.-практ. конф.* - Минск, 1996. - С. 47.
- К концепции медицинской реабилитации / *И.Б. Зеленкевич, Л.А. Соколовская, Л.С. Гиткина и др.* // *Вопр. организации и информатизации здравоохранения.* - 1998. - № 1. - С. 21 - 28.
- Кабанов М.М.* Концепция реабилитации в современной клинической медицине // *Вопр. онкологии.* – 1989. – № 6. – С. 727 - 733.
- Кабанов М.М.* Реабилитация психически больных. — Л.: Медицина, 1985. - 216 с.
- Кассирский Г.И., Воробьев Р.Н.* Реабилитация в медицине (определение, задачи, проблемы) // *Сов. здравоохранение.* - 1988. - № 4. - С. 22 - 26.
- Киливник В.С.* Научное обоснование организаций медицинской реабилитации в сельском районе: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Киев, 1987. – 23 с.
- Кляйн Т.Ф.* Оценка эффективности медицинской реабилитации больных и инвалидов // *Здравоохран. Рос. Федерации.* – 1982. – № 11. – С. 44 - 45.
- Коган О.Г., Найдин В.Л.* Медицинская реабилитация в неврологии и нейрохирургии. - М.: Медицина, 1988. - 304 с.
- Концепция медицинской реабилитации / *Л.С. Гиткина, В.В. Колбанов, Э.И. Зборовский и др.* // *Медицинская, социальная, профессиональная реабилитация больных и инвалидов: Тез. докл. Междунар. науч.-практ. конф.* - Минск, 1996. – С. 78.
- Концепция развития здравоохранения Республики Беларусь: Постановление Совета Министров Республики Беларусь № 1452.
- Котляр А.Э., Кочеткова М.А.* Новое в практике подбора рабочих мест для инвалидов // *Медико-социальная экспертиза и реабилитация.* - 1998. - № 2. - С. 50 - 52.
- Критерии определения реабилитационного потенциала больных мозговым инсультом / *Л.С. Гиткина, В.Б. Смычк, Т.Д. Рябцева и др.* // *Медико-социальная экспертиза и реабилитация: Сб. науч. ст.* – Минск, 2001. - Вып. 3.- Ч. I. – С 66 – 71.
- Критерии отбора больных и инвалидов на медико-профессиональный этап реабилитации: Инструкция: / М-во здравоохранения РБ; Сост. *Т.Д. Рябцева, В.Б. Смычк, С.П. Кускова и др.* - Минск, 1996. – 16 с.
- Кукушкина Т.Н., Докиш Ю.М., Чистякова Н.А.* Руководство по реабилитации больных, частично утративших трудоспособность. – Л.: Медицина, 1989. – 176 с.
- Кулагина Э.Н., Введенская И.И.* Многовариантность критериев оценок экономической эффективности в здравоохранении // *Здравоохран. Рос. Федерации.* – 1998. - № 5. – С. 36 - 39.
- Кучеренко В.В., Докиш Ю.М., Чистякова Н.А.* Руководство по реабилитации больных, частично утративших трудоспособность. – Л.: Медицина, 1981. – 152 с.

Кучеренко В.З., Финченко Е.А. Технология динамического наблюдения за больными в условиях городской поликлиники // Сов. здравоохранение. - 1991. - № 9. - С. 43 - 47.

Лаврова Д.И. Современная концепция инвалидности // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 1998. - № 2. - С. 5 - 8.

Лаврова Д.И., Андреева О.С. Основы создания государственной службы медико-социальной реабилитации инвалидов в России // Медицинская, социальная, профессиональная реабилитация больных и инвалидов: Тез. докл. Междунар. науч.-практ. конф. – Минск, 1996. - С. 152.

Лаврова Д.И., Андреева О.С., Рязанов Д.П. Организация профессиональной реабилитации в России // Медицинская, социальная, профессиональная реабилитация больных и инвалидов: Тез. докл. Междунар. науч.-практ. конференции, - Минск, 1996. – С. 146.

Лупанов В.П. Динамические наблюдения за толерантностью к физическим нагрузкам больных ИБС в процессе медикаментозного лечения. // Кардиология. – 1975. - № 9. – С. 68 - 73.

Марциновский Б.И. Врачебная экспертиза трудоспособности. – М., 1952. - 278 с.

Медицинская и профессиональная реабилитация водителей автомобильного транспорта с последствиями черепно-мозговой травмы в условиях специализированной реабилитационной поликлиники: Метод. рекомендации / М-во здравоохранения РФ; Сост. *Демиденко Т.Д.* - СПб., 1994. - 17 с.

Медицинская реабилитация в учреждениях здравоохранения: Метод. рекомендации / Сост. *Э.А. Вальчук.* - Минск, 1992. - 36 с.

Медицинский, социальный и профессиональный аспекты индивидуальной программы реабилитации инвалидов / *Э.И. Зборовский, В.В. Колбанов, В.Б. Смычѣк, Т.А. Стасевич* // Медицинская, социальная, профессиональная реабилитация больных и инвалидов: Тез. докл. Междунар. науч.-практ. конф. - Минск, 1996. - С. 96.

Медицинский, социальный и профессиональный аспекты индивидуальных программ реабилитации инвалидов / *Э.И. Зборовский, В.В. Колбанов, В.Б. Смычѣк, Т.А. Стасевич* // Медицинская, социальная, профессиональная реабилитация больных и инвалидов: Тез. докл. Междунар. науч.-практ. конф. - Минск, 1996. - С. 96.

Международная классификация дефектов инвалидности и нетрудоспособности (МСДИН) / ВОЗ. - Женева, 1980. – 112 с.

Международная классификация нарушений, снижения трудоспособности и социальной недостаточности: Руководство по классификации последствий болезни. - М., 1982. - 187 с.

Международная номенклатура нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности. - М., 1994. – 126 с.

Мерков А.М., Поляков Л.Е. Санитарная статистика. – Л.: Медицина, 1974. – 384 с.

Методические основы организации и управления реабилитационным процессом инвалидов / *Ю.Н. Молотков, С.П. Кускова, В.Б. Смычѣк, И.Ф. Минаков* // Научно-практические аспекты реабилитации инвалидов: Тез. докл. респ. конф. (семинара) – Минск, 1991. – Ч. 1. – С. 14 - 17.

Минаков В.Ф., Калининская А.А., Краснова М.Н. Методические рекомендации по совершенствованию работы отделений восстановительного лечения городских поликлиник / ВНИИ социальной гигиены и организации здравоохранения им. Н.А. Семашко. – М., 1987. – 22 с.

Минаков В.Ф., Калининская А.И., Краснова М.Н. Совершенствование организации восстановительного лечения в условиях городских поликлиник // Сов. здравоохранение. - 1988. - № 6. - С. 14 - 17.

Миндлин Я.С., Сырцова Л.Е. Современные представления о сущности, видах и эффективности профилактики // Сов. здравоохранение. — 1987. - № 2. - С. 8 - 13.

Михеева Л.В., Зимовский Б.Ф. Вопросы организации восстановительного лечения в условиях стационара // Здравоохран. Рос. Федерации. — 1983. - № 6. - С. 9 - 11.

Нестеров В.А. Статистика инвалидности. — М.: Медицина, - 1977. — 166 с.

Николаева Л.Ф. Состояние и перспективы развития службы реабилитации в СССР // Современные достижения в реабилитации больных инфарктом миокарда. — М.: Медицина, 1983. - С. 8 - 28.

Николаева Л.Ф., Аронов Д.М. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца. - М.: Медицина, 1998. - 288 с.

Номенклатура нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности: Руководство по классификации последствий болезни и причин инвалидности. - М., 1994. - 108 с.

О дальнейшем развитии и совершенствовании системы медицинской реабилитации в Республике Беларусь: Приказ № 309 от 10.12.1997 г. / М-во здравоохранения РБ. — Минск, 1997.

О мерах по составлению МРЭК индивидуальных программ реабилитации инвалидов: Приказ № 226 от 15.10.1993 г / М-во здравоохранения РБ. - Минск, 1993.

О создании системы реабилитации больных и инвалидов в Республике Беларусь: Приказ № 13 от 25.01. 1993 г. / М-во здравоохранения РБ. — Минск, 1993.

О создании службы профреабилитации: Указ президента Российской Федерации № 394 от 25. 03. 93г. - М., 1993.

Организация и эффективность в медицинских учреждениях: Матер. науч.-практ. конф. — Л., 1980. — 232 с.

Осадчих А.И., Лебедев И.В., Лысенко А.Е. Инвалидность и инвалиды: теория и практика // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 1998. - № 2.- С. 3 - 5.

Основные этапы и направления социально-медицинской реабилитации инвалидов вследствие черепно-мозговой травмы (ЧМТ) / *Л.С. Гиткина, А.М. Климович, В.П. Романенко и др.* // Научно-практические аспекты реабилитации инвалидов: Тез. докл. конф. (семинара). - Минск, 1993. — Ч. 1. - С. 30 - 32.

Основы медико-социальной реабилитации инвалидов: Метод. пособие / ФЦЭРИ. — М., 2003. — 320 с.

Оценка критериев жизнедеятельности и эффективности реабилитации: Метод. рекомендации. / Бел ГИУВ; Сост. *Л.С. Гиткина, Т.Д. Рябцева и др.* — Минск, 1995. — 20 с.

Оценка критериев жизнедеятельности и эффективности реабилитации: Метод. рекомендации / *Л.С. Гиткина, Э.И. Зборовский, В.В. Колбанов и др.* — Минск, 1996. — 16 с.

Оценка критериев жизнедеятельности и эффективности реабилитации: Метод. рекомендации / Сост.: *Э.И. Зборовский и др.* — Минск, 1995. — 20 с.

Оценка нуждаемости в различных видах реабилитации инвалидов неврологического профиля / *А.А. Гракович, В.Б. Смычк, Т.Д. Рябцева, Л.В. Кравцова* // Современные аспекты медицинской и медико-профессиональной реабилитации больных и инвалидов неврологического профиля: Тез. докл. семинара. — Минск, 1993. — С. 8.

Оценка реабилитационного потенциала как основа определения этапов реабилитации больных мозговым инсультом: Метод. рекомендации. / *Л.С. Гиткина, В.Б. Смычек, Т.Д. Рябцева и др.* — Минск, 2000. — 34 с.

Перспективы развития службы реабилитации больных и инвалидов в Республике Беларусь / *Н.И. Степаненко, П.Н. Михалевич, Л.С. Гиткина и др.* // *Здравоохран. Беларуси.* – 1992. – № 9. – С. 38 - 41.

Петраков Б.Д., Ермаков В.В. Диспансерный метод - социально-профилактическая основа внебольничной помощи населению СССР (К 60-летию Советской власти) // *Здравоохранение: Междунар. журн.* - 1977 - № 2. - С. 128 - 132.

Петренко Э.П. Методические и организационные вопросы реабилитации // *Сов. здравоохранение.* – 1990. – № 2. – С. 65 - 66.

Пирогова Л.А., Улащик В.С. Кинезотерапия и массаж в системе медицинской реабилитации. – Гродно, 1999. – 238 с.

Поляков И.В., Шестакова Н.А., Афонина Е.В. Восстановительное лечение больных в условиях поликлиники — важнейший этап диспансеризации населения // *Актуальные вопросы диспансеризации населения крупного города.* - Л., 1980. - С. 48 - 57.

Предупреждение инвалидности и реабилитация: Доклад комитета экспертов ВОЗ по предупреждению инвалидности и реабилитации. - Женева, 1983. - 42 с. - (Сер. техн. докл. 668).

Принципы формирования индивидуальной программы реабилитации инвалида / *О.С. Андреева, Д.И. Лаврова, Д.П. Рязанов, Д.А. Соколова* // *Медицинская, социальная, профессиональная реабилитация больных и инвалидов: Тез. докл. Междунар. науч.-практ. конф.* - Минск, 1996. - С. 203.

Профессиографический перечень для врачей ВТЭК и ВКК по трудовому устройству лиц с ограниченной трудоспособностью в местной промышленности / Бел НИИ экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов; Сост. *А.А. Пинчук и др.* - Минск, 1988. - 99 с.

Профессиональная реабилитация в ФРГ: Обзор по профессиональному реабилитационному праву. – Бонн, 1988. – 12 с.

Профессиональная реабилитация и занятость инвалидов. – М., 1996. – 288 с.

Разработать типовые индивидуальные программы реабилитации инвалидов при основной инвалидизирующей патологии: терапевтического профиля, неврологического профиля, хирургического профиля, психиатрического профиля: Отчет НИР (закл.) / БНИИЭТИН; Рук. Э.И. Зборовский. - № ГР. 19972398. - Минск, 1996. – 268 с.

Реабилитация больных с сердечно-сосудистыми нарушениями (Спец. рекомендации для развивающихся стран) // Доклад Комитета экспертов ВОЗ. — Женева, 1995. - 135 с.

Ренкер К. Основы реабилитации. – М., 1980. – 116 с.

Руководство по врачебно-трудовой экспертизе / Под ред. *Ю.Д. Арбатской.* – М., 1981. – Т. I. – 560 с.

Руководство по медико-социальной экспертизе и реабилитации / Под ред. *А.И. Осадчих.* – М., 1999. – Т. I – 198 с.

Руководство по оценке ограничений жизнедеятельности при определении инвалидности / Под ред. *В.Б. Смычка.* – Минск, 2003. – 96 с.

Савостина Е.А. Реабилитация населения: информационное обеспечение и критерии медико-социальной эффективности: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – М., 1991. – 23 с.

Самушия К.А. Научное обоснование модели амбулаторного этапа медицинской реабилитации взрослого населения крупного города. – Дис. ... канд. мед. наук. – Минск, 1998. - 113 с.

Свистунова Е.Г. Законодательство в сфере социальной защиты и реабилитации инвалидов за рубежом // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 2002. - № 1. – С. 39 - 43.

Смычѣк В.Б. Алгоритм работы врача-реабилитолога неврологического реабилитационного отделения // Заболевания нервной системы опорно-двигательного аппарата и органов пищеварения (Клиника, диагностика, реабилитация и санаторное лечение): Тез. докл. - Минск, 1996. - С.56.

Смычѣк В.Б. Индивидуальная программа реабилитации больных и инвалидов // Вопр. организации и информатизации здравоохранения, 1998. - № 6. - С.45 - 47.

Смычѣк В.Б. К вопросу о новом бланке индивидуальной программы реабилитации больных и инвалидов // Медицинская, социальная, профессиональная реабилитация больных и инвалидов: Тез. докл. Междунар. науч.-практ. конф. – Минск, 1996. - С. 60.

Смычѣк В.Б. К вопросу оценки показателей реабилитации // Медико-социальная экспертиза и реабилитация: Сб. науч. ст. - Минск, 2001. – Вып. 3. - Ч. I. - С 175 - 179.

Смычѣк В.Б. Клиническая и эпидемиологическая характеристика инвалидности вследствие черепно-мозговых травм и обоснование путей её снижения через реабилитация: Дис. ... д-ра мед. наук. – 1999. – 278 С.

Смычѣк В.Б. Медико-социальная экспертиза и реабилитация в Республике Беларусь: существующее состояние и основные перспективные направления развития // Проблемы медико-социальной экспертизы, профилактики инвалидности и реабилитации в современных условиях: Сб. докл. пленарных заседаний Междунар. науч.-практ конф. - Минск, 2002. – С. 13 - 20.

Смычѣк В.Б. Методические подходы к составлению индивидуальной программы реабилитации // Заболевания нервной системы опорно-двигательного аппарата и органов пищеварения (Клиника, диагностика, реабилитация и санаторное лечение): Тез. докл. – Минск, 1996. – С. 56.

Смычѣк В.Б. Многоэтапный процесс во имя человеческого достоинства. Профессиональная реабилитация больных и инвалидов // Ахова працы. - 2000. - № 3.- С. 2 –6.

Смычѣк В.Б. Определение реабилитационного потенциала у лиц, перенесших черепно-мозговую травму // Реабилитация больных и инвалидов неврологического профиля. – Минск, 1998. – С. 64 - 65.

Смычѣк В.Б. Организация медицинской реабилитации в Республике Беларусь // Реформы здравоохранения Беларуси в XXI веке: Матер. IV съезда социал-гигиенистов и организаторов здравоохранения Республики Беларусь. – Минск, 2000. – С. 247 - 248.

Смычек В.Б. Основные методические подходы к составлению программ реабилитации инвалидов в клинике БНИИЭТИНа // Научно-практические аспекты реабилитации инвалидов: Тез. док. конф. (семинара). - Минск, 1991. - Ч.1. - С. 45 - 46.

Смычѣк В.Б. Основные положения медицинской реабилитации и ее развитие в Республике Беларусь // Проблемы реабилитации. – СПб., 2000. - № 1. – С. 24 - 28.

Смычѣк В.Б. Основы реабилитации (курс лекций). – Минск, 2000. – 132 с

Смычѣк В.Б. Оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий при определении трудоспособности // X съезд терапевтов Беларуси: Тез. докл. - Минск, 2001. - С. 126.

Смычѣк В.Б. Порядок оформления медицинского раздела индивидуальной программы реабилитации больных и инвалидов неврологического профиля // Медико-социальные аспекты реабилитации больных с цереброваскулярными заболеваниями: Матер. семинара. - Минск, 1996. - С. 25.

Смычѣк В.Б. Социальные и медицинские аспекты состояния здоровья населения Республики Беларусь // Человек и его здоровье: Матер. V Рос. нац. конгр. с междунар. участием. – СПб., 2000. – С. 27.

Смычѣк В.Б. Строго индивидуально // Ахова працы. - 1997. - № 3. - С. 18.

Смычѣк В.Б., Рябцева Т.Д. К вопросу об оценке профессиональной пригодности больных // Современные аспекты медицинской и медико-профессиональной реабилитации больных и инвалидов неврологического профиля: Тез. докл. семинара. – Минск, 1993. – С. 36.

Совершенствование организационных форм работы отделений восстановительного лечения, городских поликлиник / *А.А. Калининская, В.В. Янушонис, М.И. Черкис, И.А. Вишнякова* // Сов. здравоохранение. - 1987. - № 12. - С. 9 - 12.

Социальный аспект в общей системе реабилитации инвалидов / *Э.А. Карнова, З.Д. Ближенская и др.* // Современные проблемы медико-социальной экспертизы и реабилитации: Тез. докл. 7 обл. науч. конф. (Днепропетровск, 11-12 июня 1992 г.). - Днепропетровск: Пороги, 1992. – С. 96 - 97.

Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации/ Под ред. *М.В. Коробова, В.Г. Помникова.* – СПб.: Гиппократ, 2003. – 800 с.

Стадченко Н.А., Алисова Ю.М., Лавров А.А. Врачебно-трудовая экспертиза. – М., 1986. – 240 с.

Стасевич Т.А. Использование критериев реабилитационного потенциала при определении показаний к медико-профессиональной реабилитации // Реабилитация больных и инвалидов: Тез. докл. 1 респ. науч.-практ. конф. По реализации Закона «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь». – Минск, 1992. – Ч.1. – С. 36.

Столярова Л.Г., Ткачева Г.Р. Реабилитация больных с постинсультными двигательными расстройствами. – М.: Медицина, 1978. – 215 с.

Сырникова Б.А. Организация профессиональной, социальной и медицинской реабилитации в реабилитационном центре для инвалидов (опыт работы) // Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов. – М., 1999. – Вып. 23. – 72 с.

Технология медицинской реабилитации на амбулаторном этапе: Метод. рекомендации / Бел ГИУВ; Сост. *К.А. Самуши.* – Минск, 1998. – 67 с.

Типовые индивидуальные программы реабилитации инвалидов при основной инвалидизирующей патологии / *Э.И. Зборовский, Т.А. Стасевич, В.Б. Смычек и др.* // Достижения мед. науки Беларуси. - Минск, 1997. – Вып. 2. - С. 62 - 63.

Типовые индивидуальные программы реабилитации при основной инвалидизирующей патологии: Учеб.-метод. пособие для студентов мед. высш. учеб. заведений / Под ред. *Э.И. Зборовского, Т.А. Стасевич, В.Б. Смычка.* – Минск, 1999. – 274 с.

Трубилин Н.Т. Профилактика инвалидности и медицинская реабилитация больных — важнейшая задача органов здравоохранения // Сов. медицина. - 1980. - № 4. - С. 10 - 15.

Улащик В.С. Охрана здоровья населения Беларуси в связи с аварией на Чернобыльской атомной станции // Здравоохран. Белоруссии. – 1990. - № 6. – С. 3 - 8.

Улащик В.С. Система медицинской реабилитации в республике: какой она должна быть // Здравоохранение. – 1998. - № 6. – С. 18 - 23.

Улащик В.С. Физическая терапия и реабилитация: интеграция или сотрудничество? // Здравоохранение. – 1995. - № 3. – С. 3 - 7.

Уэстрайх Н.Г. Основные методы физической реабилитации больных с двигательными нарушениями: (пособие для использования в тех странах, где разраб. прогр. физ. реабилитации. - 2-е изд. - Минск: Изд-во Белорус. ассоциации помощи детям-инвалидам "Открытые двери", 1997. - 195 с.

Шеметова Г.Н. Совершенствование системы восстановительного лечения больных с заболеваниями суставов на амбулаторно-поликлиническом этапе: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1993. - 24с.

Шиган Е.Н. Системный подход в здравоохранении. - М., 1982. - 70с.

Шухов В.С. Реабилитация: методические подходы к определению эффективности и прогнозирование результатов лечебно-профилактической помощи // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1989. - № 10. - С. 99 - 101.

Щенетова О.Н. Концепция и перспективы создания службы реабилитации // Сов. медицина. - 1991. - № 2. - С. 48 - 50.

Щенетова О.Н. Принципы организации системы промышленной реабилитации больных и инвалидов с последствиями травм на предприятии машиностроения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1981. - 29 с.

Щенетова О.Н. Учреждения реабилитации: предпосылки к переходу на новые условия хозяйствования // Ортопедия, травматология и протезирование. - 1991. - № 3. - С. 34 - 40.

Щенетова О.Н., Белова А.Н. Организация дневного стационара в амбулаторном учреждении реабилитации // Сов. здравоохранение. - 1990. - № 11. - С. 13 - 15.

Щепин О.П. Современное состояние и перспективы развития здравоохранения в СССР // Экономика и управление здравоохранением. Повышение эффективности. - М., 1989. - С. 5 - 11.

Экономическая оценка научно-исследовательских работ в медицине: Метод. рекомендации / *А.А. Приймак др.* - М., 1990. - 39 с.

Эффективность реабилитационных мероприятий в отделениях восстановительного лечения / *В.С. Глушанко, А.Н. Ловенецкий, Т.В. Бейнер, И.И. Бурак* // Здравоохранение Белоруссии. - 1990. - № 10. - С. 6 - 9.

Юмашев Г.С., Ренкер К. Основы реабилитации. - М., 1973. - 112 с.

Ashburn A. Assessment of motor function in stroke patients // *Physiotherapy.* - 1982. - Vol.68. - P. 109 - 113.

An inventory for measuring depression / *A.T. Beck, C.H. Ward, M. Mendelson, J. Mock, J. Erbaugh* // *Archives of General Psychiatry.* - 1961. - Vol. 4.

A validation of the Functional Independence Measure and its performance among rehabilitation inpatients / *T.A. Dodds, D.P. Martin, W.C. Stolov, R.A. Deyo* // *Arch. Phys. Med. Rehabil.* - 1993. - Vol. 74. - P. 531 - 536.

Barolin G.S. Psychoterapy in Rehabilitation. - Riga, Wien, 1999. - 165 p.

Bohannon R.W. Correlation of low limb strengths and other variables with standing performance in stroke patients // *Physiotherapy Canada.* - 1989. - Vol. 41. - P. 198 - 202.

Bohannon R., Smith V. Integrated reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity // *Phys. Ther.* - 1987. - № 67. - P. 206 - 207.

Blessed G., Tomlinson B., Roth M. The assosiation between quantitative measures of dementia and of senile change in the cerebral gray matter of elderly subjects // *British J. of Psychiatry.* - Vol. 114. - P. 797 - 811.

Carey R., Posavac F. Program evaluation of a physical medicine and rehabilitation unit // *Arch. Phys. Med. Rehabil.* - 1978. - № 59. - P. 330 - 337.

Collen F.M., Wade D.T., Bradshaw C.M. Mobility after stroke: reliability of measures of impairment and disability // *Internat. Disability Studies.* - 1990. - Vol. 12. - P.6 - 9.

Collen F.M., Wade D.T. Assessing motor impairment after stroke: a pilot reliability study // *J. of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry.* – 1990. – Vol. 53. – P. 576 - 579.

De Paulo J.R., Fostein V.F., Gordon D. Psychiatric screening on a neurological ward // *Psychological Medicine.* – 1980. - №10. – P.125-132.

Dupuy H. The Psychological General Well-Being Index /In:N.K.Wenger, M.E.Mattson, J.Elinson (ed). Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies. – Greenwich, Conn:Le Jacq Publishing Inc. – 1984. – P. 170 - 183.

Folstein M., Folstein S., McHugh R. Minimental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for clinical // *J.Psychiatr. Res.* – 1975. - № 12. – P. 189 - 198.

Goldberg D.P., Hillier V.F. A scaled version of the General Health Questionnaire // *Psychological Medicine.* – 1979. - № 9. – P. 139 - 145.

Goldberg D.P., Williams P. User's Guide to the General Health Questionnaire. – Windsor: NFER, 1998.

Guilford J. Psychometric methods. – New-York: McGraw Hill book company, 1954.

Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating // *Br. J. Med.Psychol.* – 1959. – Vol. 32. – P. 50 - 55.

Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness // *Br.J.Soc.Clin.Psychol.* – 1967. – Vol. 6. – P. 278 - 296.

Hunt S.M. The problem of quality of life // *Quality of Life Research.* – 1997. – Vol. 6. – P. 205 - 210.

Hartly L. Assessment of functional communication/In: Tupper D., Cicerone D. (eds). The neuropsychology of everyday assessment and basic competencies. – Boston: Kluwer Academic, 1990. – P. 125 - 166.

Hay R.D. Anderson R., Revick D. Psychometric considerations in evaluating health-related quality of life measures // *Quality of Life Research.* – 1993. – Vol. 2. –P. 441 - 449.

Hodkinson H.M. Evaluating of a mental test score for assessment of mental impairment in the elderly // *Age and Ageing.* – 1972. – Vol. 1. – P. 233 - 238.

Jette A. Physical disablement concepts for physical therapy research and practice // *Phisical Therapy.* – 1994. – Vol. 74 - № 5. – P. 380 - 386.

Johnston M.V., Keith R.A., Hinderer S.R. Measurement standards for interdisciplinary medical rehabilitation // *Arch. Phys. Med.Rehab.* – 1992. – Vol. 73 (Suppl). – P.1 – 23.

Katzman R., Brown T., Fuld P. et al. Validation of a short Orientation-Memory- Concentration test of cognitive impairment // *Amer.J. of Psychiatry.* – 1983. – Vol.140. – P.734-739.

Lazarus R.S. Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion // *Am.Psychol.*, 1991. – Vol. 46. – P. 819 - 834.

Lincoln N.B. The Speech Questionnaire: an assessment of functional language ability // *Internat.Rehabilit.Medicine.* – 1982. – Vol. 4. – P. 114 - 117.

Lincoln N., Leadbitter D. Assessment of motor function in stroke patients // *Physiotherapy.* – 1979. – Vol. 65. – P. 48 - 51.

Mood disorders among patients in ambulatory and validation of the anxiety and depression scale HAD / *N.J. Botega, M.R. Bio, M.A. Zomignani, C.J. Garcia, W.A. Pereira* // *Rev.Saude Publica.* – 1995. – Oct.29:5. – P.355 - 363.

Measurement tools with application to brain injury / *M.V. Johnston, T.F. Findley, J. DeLuca, R.T. Katz* // *Amer.J. Phys.Med.Rehabil.* – 1991. – Vol. 70. - №1. – P. 40 - 55.

Measuring outcomes in children's rehabilitation: a decision protocol / *M. Law, D. Russel, E. NacKinnon, P. Hurley, C. Murphy* // *Arch.Phys.Med.Rehab.* – 1999. - № 80. - P. 629 - 636.

Marshall S., Heisel B., Grinnel D. Validity of the PULSES Profile compared with the Functional Independence Measure for measuring disability in a stroke rehabilitation setting // *Arch. Phys. Med. Rehabil.* – 1993. – Vol. 80. – P. 760 - 765.

McPeak L.A. Psychiatric history and examination // In:R.Braddom (ed). Physical medicine and rehabilitation. – W.B.Saunders Company, 1996. – P. 3 - 42.

Montgomery S.A., Asberg M.A. A new depression scale designed to be sensitive to change // *Br.J.Psychiatry.* – 1979. – Vol. 134. – P. 382 - 389.

- Naughton M.J., Wilkung I.* A critical review of dimension-specific measures of health-related quality of life in cross-cultural research // *Quality of Life Research.* – 1993. – Vol. 2. – P. 397 - 432.
- Nunnally J.* Psychometric theory. – McGraw Hill, 1978.
- Parker V.M., Wade D.T., Langton Hewer R.* Loss of arm function after stroke: measurement, frequency and recovery // *Internat. Rehabilitation Medicine.* – 1986. – Vol. 8. – P. 69 - 73.
- Patridge C., Johnstone M.* Perceived control of recovery from physical disability: Measurement and prediction // *Br.J.Clin.Psychol.*, 1989. – Vol.28. – P.53 - 59.
- Quality and outcome measures for medical rehabilitation / *C. Granger, M. Kelly-Hayes, M. Johnston et al.* // In: *R.Braddom. Physical Medicine and Rehabilitation.* – W.B.Saunders Company. 1996. – P. 239 - 253.
- Quantifying handicap: a new measure of long-term rehabilitation outcomes / *G. Whiteneck, S. Chalifue, K. Gerhart, J. Overholser, G. Richardson* // *Arch. Phys. Med. Rehabil.* – 1992. – Vol. 73. – P. 519 - 526.
- Rash G.* Probabilistic models for some intelligence and attainment tests. - Copenhagen: Denmarcs Paedagogiske Institute, Chicago: University of Chicago Press, 1980.
- Rash G.* Probabilistic models for some intelligence and attainment tests. - Copenhagen: Denmarcs Paedagogiske Institute, 1960, and Chicago: University of Chicago Press, 1980.
- R. Braddom.* Physical medicine and rehabilitation. – W.B. Saunders Company, 1996. – P. 239 - 253.
- Revicki D.A., Leidy N.K., Howland L.* Evaluating the psychometric characteristics of the Psychological General Well-Being Index with a new response scale // *Quality of Life Research.* – 1996. – Vol. 5. – P. 419 - 425.
- Symptomatic volunteers in multicenter drug trials / *L. Covi, R. Lipman, D.M. McNair, T. Crezlinzky* // *Prog. Neuro-psychopharmacol.* – 1979. – Vol. 3. – P. 521.
- Spielberger C.D., Gorsuch R.L., Lushene R.E.* Manual for the state-trait anxiety inventory. – Palo Alto, USA: Consulting Psychologist Press, 1970.
- Steiner D., Norman G.* Health measurements scales: a practical guide to the development and use. 2-nd. – New-York: University Press, 1995.
- Study protocol for the World Health Organisation project to develop a Quality of Life assessment instrument // *Quality of Life Research.* – 1993. - № 2. – P. 153 - 158.
- Subderland A., Harris J., Baddeley A.* Do laboratory tests predict everyday memory? A neuropsychological study // *J. of Verbal Learning and Verbal Behavioral.* – 1983. – Vol. 22. – P. 341 - 357.
- Subjective memory assessment and test performance in elderly adults / *A. Subderland, K. Watts, A. Baddeley, J. Harris* // *J. of Gerontology.* – Vol. 41. – P. 376 - 384.
- The Rivermead Mobility Index: a further development of Rivermead Motor Assessment / *F.M Collen, D.T Wade, G.F Robb, C.M. Bradshaw* // *Internat. Disability Studies.* – 1991. – Vol. 13.
- Taylor S.E., Brown J.D.* Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health // *Psychol.Bull.* – 1988. – Vol. 103. – P. 193 - 210.
- Teasdale G., Jennett B.* Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale // *Lancet.* – 1974. – Vol. 2. – P. 81 - 83.
- Testa M.A., Simonson D.S.* Assessment of quality of life outcomes // *N.Engl.J.Med.* – 1996. - № 334. – P. 835 - 840.
- Trexler L.E., Webb P.M., Zappala G.* Strategic aspects of neuropsychological rehabilitation // *Brain Injury and Neuropsychological Rehabilitation: Inter-national Perspectives* / N.Hillsdale (ed.). – Lawrence Erlbaum, 1994. – P. 99 - 123.
- Turton A.J., Fraser C.M.* A test battery to measure the recovery of voluntary movement control following stroke // *Inter-national Rehabilitation Medicine.* – 1986. – Vol. 8. – P. 74 - 78.
- Validation of Italian multiple sclerosis quality of life 54 questionnaire / *A. Solary, G. Filippini, L. Mendozzi et al.* // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* – 1999. -№67. – P.158 - 162.
- Van der Ploeg R., Osterhuis H., Reuvecamp J.* Measuring muscle strenght // *J. of Neurology.* – 1984. – Vol. 231. – P. 200 - 203.
- Wade D.T.* Measurement in neurological rehabilitation. – Oxford University Press, 1992.

Wechsler D. A standardized memory scale for clinical use // *J. of Psychology.* – 1945. – Vol. 19. – P. 87 - 95.

WHO. World Health Organisation International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps: a Manual of Classification Relating to the Consequences of Disease. – Geneva, Switzerland: World Health Organisation, 1980.

Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1983. – Vol. 67. – P. 361 - 370.

Zung W.W.K. How normal is anxiety? (Current concepts). – Upjohn Company, 1980.

Научное издание

Смычѣк Василий Борисович
Хулуп Геннадий Яковлевич
Милькаманович Владимир Константинович

Редакторы Т. Л. Шумейко, Т. Ю. Муравьева
Дизайн В. Л. Леонидов
Компьютерная подготовка А. В. Гончаренко, М. И. Лазук

Подписано в печать 15.05.2005. Формат 60x90/8.
Бумага офсетная. Гарнитура PeterburgC. Печать офсетная.
Усл. печ. л. 48,8. Уч.-изд. л. 46,2. Тираж 300. Заказ 112.

Издательство ЗАО «Юнипак»
ЛИ № 02330/0056911 от 01.04.2004
Типография ЗАО «Юнипак»
ЛП № 02330/0148762 от 30.04.2004
Ул. Октябрьская, 19, Минск, 220030, Республика Беларусь
Тел./факс: 210-43-34, 227-54-87
E-mail: info@unipack.by; http://www.unipack.by



СМЫЧЁК Василий Борисович, 1956 года рождения, окончил в 1980 г. Черновицкий государственный медицинский институт. С 1989 г. работает в государственном учреждении «Научно-исследовательский институт медико-социальной экспертизы и реабилитации»: старший научный сотрудник, ученый секретарь, с 1999 г. директор института. Одновременно с 1989 г. доцент кафедры, а с 2000 г. заведующий кафедрой медико-социальной экспертизы и реабилитации государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования». Доктор медицинских наук с 1999 г., профессор с 2000 г. Научный руководитель ГНП «Реабилитация» (с 1999 по 2000 гг.), ОНТП «Медицинская реабилитация» (2001-2003 гг.), ОНТП «Реабилитационные технологии» (2004-2006 гг.). Член Республиканского межведомственного совета по проблемам инвалидов при Совете Министров Республики Беларусь, главный внештатный специалист Министерства здравоохранения по медико-социальной экспертизе и реабилитации. Автор 320 научных работ, в том числе 5 монографий, 7 руководств и пособий для врачей, 17 информационно-аналитических обзоров, 15 методических рекомендаций и инструкций, утвержденных Министерством здравоохранения.



ХУЛУП Геннадий Яковлевич, доктор медицинских наук, профессор, ректор государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования». Родился в 1957 г. в Светлогорске Гомельской области Республики Беларусь. В 1982 г. закончил Витебский государственный медицинский институт по специальности «Лечебное дело». Кандидат медицинских наук с 1988 г., доктор медицинских наук с 1999 г. Ученое звание старшего научного сотрудника по специальности «Хирургия» с 1991 г. Стаж научно-педагогической работы – 4 года, научной работы – 19 лет. Автор 5 изобретений и 4 патентов. Имеет 227 опубликованных научных работ, из них 54 – за рубежом. Разработал 7 методических рекомендаций Минздрава Республики Беларусь. Принимал участие в 30 республиканских и 10 международных конференциях. Является членом Экспертного совета по присуждению государственных премий Республики Беларусь.



МИЛЬКАМАНОВИЧ Владимир Константинович, 1944 года рождения, кандидат медицинских наук, доцент кафедры реабилитации государственного института управления и социальных технологий БГУ. Стаж научно-педагогической деятельности – 35 лет. Окончил Минский государственный медицинский институт (1967), кандидат медицинских наук (1972), доцент (1980). В 1967-1969 гг. врач-терапевт Круглянской районной больницы Могилевской области. С 1971 по 1996 гг. работал ассистентом, доцентом Минского государственного медицинского института, заведующим лабораторией профилактики БелНИИ экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов (Минск), заведующим кафедрой пропедевтики внутренних болезней Минского медицинского института. В 1996-1999 гг. – главный врач 9-й городской клинической больницы г. Минска, в 1999-2004 гг. – доцент кафедры медико-социальной экспертизы и реабилитации «Белорусской медицинской академии последипломного образования». Область научной деятельности – медико-социальная экспертиза и реабилитация при заболеваниях терапевтического профиля. Автор 102 печатных работ (из них 11 монографий), 1 учебного пособия и 10 методических рекомендаций. С 1996 г. по 2000 г. являлся членом Совета Республики Национального собрания Республики Беларусь.

