установелние инвалидности

Послан Инна - 04.10.2011 15:06

ИНСТРУКТИВНЫЕ И МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

ПО УСТАНОВЛЕНИЮ ИНВАЛИДНОСТИ У ДЕТЕЙ

РУКОВОДЯЩИЙ ДОКУМЕНТ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ РФ

27 августа 1996 г.

(Д)

УТВЕРЖДАЮ

Заместитель Министра

здравоохранения и медицинской

промышленности

Российской Федерации

Н.Н.ВАГАНОВ

27 августа 1996 года

В настоящем сборнике использовали:

Медицинские показания, при которых ребенок до 16 лет признается инвалидом. Приказ МЗ РСФСР N 117 от 04.07.91;

Материалы "Международной номенклатуры нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности". М. 1995.

В составлении принимали участие сотрудники:

- Кафедры детских болезней Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова;
- Кафедры нервных болезней Российского Государственного университета и Детского неврологического центра при Морозовской детской клинической больнице;
- МНИИ педиатрии и детской хирургии МЗМП РФ;
- НИИ педиатрии РАМН;
- Института травматологии и ортопедии им. Г.И. Турнера, Санкт-Петербург;
- МНИИ ГБ им. Гельмгольца;
- Московского НИИ психиатрии;
- НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранения им. Н.И. Семашко.

Под редакцией к.м.н. Зелинской Д.И.

Авторский коллектив:

доктора медицинских наук: Генне Н.А., Вишневский Е.Л., Воздвиженский С.И., Гайдышев Э.А., Игнатьева Р.К., Казанская И.В., Кайранов Н.И., Мирзоева И.И., Мытников А.М., Наумова В.И., Петрухин А.С., Соловьева К.С., Хватова А.В., Шахбазян И.Е.;

кандидаты медицинский наук: Арестова Н.Н., Зиновьева Г.А., Каграманов В.И., Миронов Н.Е., Шевцова Г.В.

Рецензенты: проф. Коровина Н.А., проф. Мартынова М.И., проф. Степанов Э.А.

Введение

Проблема инвалидности у детей является актуальной проблемой медицины, что аргументируется убедительными данными международной статистики, согласно которой число инвалидов во всех странах велико и четко прослеживается тенденция к его увеличению. Особенностью современной патологии детского возраста является учащение перехода острых форм заболеваний в рецидивирующие и хронические, а также нарастание первичной хронической патологии внутренних органов.

Закономерным следствием плохо поддающихся лечению хронических заболеваний, тяжелых травм и отравлений является возникновение выраженных нарушений в состоянии здоровья детей, которые приводят к ограничению их жизненных и социальных функций, свойственных возрасту.

Эксперты ООН и ВОЗ придерживаются мнения, что лица с ограничениями жизненных и социальных функций (так называемые "дезабильные лица" по терминологии ВОЗ) составляют около 10% населения земного шара, из них более 120 млн. - это дети и подростки. Результаты общенациональных обследований в одних странах выявляют более высокий удельный вес детей с недостатками в умственном и физическом развитии (4 - 12% всей детской популяции), а в других, использующих более жесткие критерии отбора, значительно меньше (0,2 - 3%). В нашей стране наиболее тяжелый контингент таких лиц, имеющих сильно выраженные нарушения в состоянии здоровья, ведущие к значительному ограничению их жизненных и социальных функций, свойственных возрасту, традиционно называют инвалидами.

Инвалидность у взрослых часто обусловлена патологией, берущей

начало в детском возрасте, нередко - в перинатальный период. Так, в Российской Федерации инвалиды с детства составляют более 12% от общего числа всех инвалидов, впервые ежегодно регистрируемых органами социальной защиты населения, а среди инвалидов в возрасте до 39 лет их доля составляет 55,6%.

Учитывая важность проблемы, Генеральная Ассамблея ООН в 1982 г. приняла "Всемирную программу действия по оказанию помощи дезабильным лицам" (то есть имеющим ограничение в жизнедеятельности), в которой главенствующая роль отведена профилактике нарушений в состоянии здоровья, начиная с самого раннего возраста.

Многочисленные исследования состояния здоровья детского населения, которые были проведены в 80-е гг. в различных регионах бывшего СССР, ограничивались как правило получением таких его характеристик как заболеваемость и смертность, физическое и (очень редко) нервно-психическое развитие детей. До последнего времени в отечественных исследованиях не проводилась оценка на популяционном уровне медико-социальных последствий перенесенных и существующих болезней и травм для жизнедеятельности детей, то есть с точки зрения оценки их способностей адекватно справляться со своими жизненными и социальными задачами, свойственными возрасту.

Но именно ограничение жизнедеятельности, возникающее как последствие болезней и травм, сейчас рассматривается в качестве главной медицинской, социальной и экономической проблемы, значение которой со временем будет возрастать.

Основной причиной отсутствия в обществе информации о лицах, у которых вследствие болезни или травмы возникает то или иное

ограничение свойственной его возрасту привычной деятельности, в результате чего человек не может выполнять свою обычную социальную роль, является то, что различные службы, занятые этой проблемой, не разработали общего четкого определения того, что входит в понятие "нарушение здоровья" и "ограничение жизнедеятельности".

Экспертами ВОЗ подготовлена трехмерная концепция оценки последствий болезни (World Health Organization, Nomenclature of Impairments, Disabilities and Disadvantages, 1989). Международная классификация предлагает трехмерную концепцию последствий болезни, изложенную ниже:

При рассмотрении недомогания как явления, обычно прибегают к понятию "болезни". Основными этапами в развитии болезни являются следующие:

1. Отклонение от нормы в организме человека; может быть выявлено при рождении или приобретено позже. Цепочка причинных обстоятельств, "этиология" дает начало изменениям в структуре или функциях организма, то есть "патологии". Патологические изменения, проявления описываются по медицинской терминологии как "симптомы или признаки". Таким образом, общая концепция болезни может быть представлена как последовательность:

ЭТИОЛОГИЯ -----> ПАТОЛОГИЯ -----> ПРОЯВЛЕНИЕ

На этой модели основана Международная классификация болезней (МКБ).

Однако такая модель не отражает полный круг проблем, с которыми

сталкиваются больные люди и обращаются в систему здравоохранения.

2. Длительно текущая болезнь приводит к развитию нарушений, ненормальности в структуре тела, изменениям внешнего вида, а также к расстройствам функционирования органов и систем, вытекающих из какой-то причины. Другими словами, патологическое состояние проявляется конкретно, материализуется. В большинстве случаев сам индивид осознает проявление болезни. Нарушение представляет собой расстройство на органном уровне.

3. Деятельность или поведение индивида могут измениться в результате развития болезни и возникновения нарушений. Повседневные его действия могут стать ограниченными, таким образом, знание о болезни находит объективное воплощение и проявление. Такие случаи представляют собой ограничение жизнедеятельности (в том числе и трудоспособности), которое отражает последствия нарушений. С точки зрения функциональной деятельности и активности индивида, ограничение жизнедеятельности представляет собой расстройство на уровне личности.

4. Само знание о болезни или изменившееся поведение индивида, или ограничение его деятельности, которые вытекают из этого знания, могут поставить конкретного человека в невыгодное положение по отношению к окружающим; таким образом болезнь приобретает социальный характер. Этот уровень развития болезни отражает реакцию общества на состояние индивида, она проявляется во взаимоотношениях индивида с обществом, которые могут включать и такой специфический инструмент как законодательство. Это проявление отражает социальную недостаточность (иными словами - социальную дезадаптацию), то есть неудобства, вытекающие из нарушения и ограничения жизненных функций. Явная связь

со значением, которое придается деятельности индивида или его состоянию его окружением и обществом, делает социальную недостаточность самым проблематичным уровнем развития болезни среди всех ее последствий.

Все вышесказанное может быть графически представлено следующей схемой:

```
-----------------------------------------------------------------------
|БОЛЕЗНЬ или  -->    НАРУШЕНИЕ    --> ОГРАНИЧЕНИЕ     -->   СОЦИАЛЬНАЯ  |
|РАССТРОЙСТВО                     ЖИЗНЕДЕЯТ-ТИ         НЕДОСТАТ-ТЬ |
|-----------------------------------------------------------------|
|(внутренняя      (материализация       (проявление       (социализация)|
|  ситуация)       пат. процесса)     объективизации)                 |
-----------------------------------------------------------------------
```

Схема 1

Хотя графическая схема представлена простой линейной прогрессией, в которой все звенья связаны последовательно, на самом деле положение сложнее. Эта последовательность, в ряде случаев, может быть неполной, или возможен ее разрыв на любом этапе (например, в результате реабилитации). Но большая ценность представления концепции в таком виде состоит в том, что вырисовывается общая последовательность элементов, позволяющая разрешить многие проблемы, воздействуя на один элемент и получая эффект в других элементах цепи.

Нарушение или недостаток (Impairment) - это любая потеря или

аномалия психологической, физиологической или анатомической структуры или функции.

Нарушение характеризуется потерями или отклонениями от нормы, которые могут быть временными или постоянными: в понятие нарушения входит наличие или появление аномалий, дефект или потеря конечности, органа, ткани или других частей тела, включая систему умственной деятельности. 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 с общепринятыми.

Ограничение жизнедеятельности (Disability) - это любое ограничение или отсутствие (в результате нарушения) способности осуществлять деятельность способом или в рамках, считающихся нормальными для человека данного возраста.

Если нарушение затрагивает функции отдельных частей организма, то ограничение жизнедеятельности относится к сложным или интегрированным видам деятельности, обычным для индивида или организма в целом, таким как выполнение заданий, владение навыками, поведение.

Основной чертой ограничения жизнедеятельности является степень ее проявления. Большинство лиц, занятых оказанием помощи инвалидам с ограниченной жизнедеятельностью, обычно строят свою оценку на градации тяжести ограничения в выполнении действий. Для этой цели было разработано специальное приложение к классификации ограничений жизнедеятельности - "Тяжесть ограничения жизнедеятельности".

Социальная недостаточность (Handicap или Disadvantage) - это

такой недостаток данного индивида, вытекающий из нарушения или ограничения жизнедеятельности, при котором человек может выполнять лишь ограниченно или не может выполнять совсем обычную для его положения роль в жизни (в зависимости от возраста, пола, социального и культурного положения).

По заказу Минздравмедпрома РФ подготовлен и издан адаптированный к отечественной практике вариант Международной номенклатуры нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности на русском языке (Москва, 1994).

Номенклатура представляет собой лексикон (словарь взаимосвязанных терминов в какой-либо отрасли знаний) для характеристики последствий болезней и травм. Это общепринятый язык, рекомендуемый для тех, кто оформляет медицинскую документацию, имеющую отношение к инвалидам, собирает и использует статистическую информацию о населении, имеющем социальную недостаточность вследствие различных нарушений.

К категории детей-инвалидов в соответствии с Приказом Минздрава Российской Федерации N 117 от 4 июля 1991 г. "О порядке выдачи медицинского заключения на детей-инвалидов в возрасте до 16 лет" относятся дети, имеющие "... значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации вследствие нарушения развития и роста ребенка, его способностей к самообслуживанию, передвижению, ориентации, контролю за своим поведением, обучению, общению, трудовой деятельности в будущем".

Таким образом, это определение исходит из современной концепции ВОЗ, полагающей, что поводом для назначения инвалидности является не сама болезнь или травма, а их последствия, проявляющиеся в виде

нарушений той или иной психологической, физиологической или анатомической структуры или функции, приводящих к ограничениям жизнедеятельности и социальной недостаточности (социальной дезаптации).

Однако конкретные "Медицинские показания, при которых ребенок в возрасте до 16 лет признается инвалидом", утвержденные Приказом МЗ N 117, не были достаточно объективизированы в течение первого этапа внедрения новой концепции ВОЗ в практику отечественного здравоохранения. На практике это приводит к недостаточно полному использованию возможностей, предоставленных Приказом с гипер-, а чаще всего гиподиагностикой инвалидности у детей.

На совершенствование определения инвалидности у детей и подростков на основе современной концепции ВОЗ об оценке тяжести последствий болезней и травм и уточнение "Медицинских показаний, при которых ребенок в возрасте до 16 лет признается инвалидом" направлены данные методические материалы.

В случае соответствия состояния здоровья направленного на экспертизу ребенка в возрасте до 16 лет (15 лет 11 месяцев 29 дней) какому-либо из пунктов настоящих "Медицинских показаний" ему присваивается статус "ребенка-инвалида" и врачами экспертных комиссий в качестве подтверждающего этот статус юридического документа заполняется новое "Медико-социальное заключение на ребенка-инвалида в возрасте до 16 лет" (форма N 080/у-96, утвержденная Приказом МЗ и МП РФ N 95 от 18.03.96 "О совершенствовании системы информационного обеспечения проблем детской инвалидности в Российской Федерации" - приложение N 2), медицинский блок вопросов которого составлен с учетом

необходимости многомерного описания различных последствий болезней и травм, явившихся причиной наступления инвалидности у ребенка.

Жирным шрифтом выделены пункты Приказа МЗ РСФСР N 117 1991 г. Текст методического материала обобщает примеры различных заболеваний и состояний, которые могут быть рассмотрены в соответствующем разделе Приказа. Перечень не является всеобъемлющим, но включает наиболее частые и общие положения, являющиеся основанием для назначения инвалидности.

I. Функциональные изменения и патологические состояния, дающие право на установление инвалидности на срок от 6 месяцев до 2 лет&

Назначение инвалидности на срок от 6 месяцев до 2-х лет предполагает возможность восстановления или значительного улучшения нарушенных функций, возвращение больного к полноценной жизни. Инвалидность назначается с целью проведения реабилитационных мероприятий в полном объеме в оптимальных условиях ухода за ребенком матери, у школьников - домашнего обучения. Прогноз ограничения жизнедеятельности: возможно выздоровление, улучшение. При отсутствии полного восстановления функции органа, но при явной положительной динамике, инвалидность может быть продлена.

&1. Выраженные двигательные, психические, речевые нарушения после черепно-мозговых травм, нейроинфекций&:

1.1. Перинатальные поражения нервной системы:

- гипоксия-ишемия мозга с образованием перивентрикулярных кист.

Родовая травма с кровоизлиянием в вещество и оболочки головного мозга.

Повреждения спинного мозга и родовые повреждения нервных сплетений (акушерские параличи).

1.2. Гидроцефалия прогрессирующая или субкомпенсированная с функциональными нарушениями.

1.3. Черепно-мозговая травма с двигательными и/или психическими нарушениями.

1.4. Нейроинфекции (менингиты, энцефалиты, энцефаломиелиты, полиомиелит, полирадикулоневрит) с остаточными явлениями в виде перечисленных ниже.

1.5. Эпилепсия с терапевтически резистентными припадками.

1.6. Состояния после нейрохирургических и краниофациальных операций с функциональными нарушениями (2.1 - 2.4).

Инвалидность назначается в группах в зависимости от нозологической формы заболевания и последствий перенесенных заболеваний и травм в виде нарушений в разных сочетаниях, приводящих к ограничению жизнедеятельности ребенка и социальной недостаточности. У детей первого года жизни инвалидность может быть назначена при значительном несоответствии степени психомоторного развития календарному возрасту (более 3-х месяцев).

Наиболее частые двигательные, психические и речевые нарушения, ограничивающие жизнедеятельность ребенка, включают:

двигательные нарушения:

- задержка двигательного развития детей раннего возраста;
- парезы, параличи в одной или нескольких конечностях,

сохраняющиеся в течение двух и более месяцев;

- атаксия;

- гиперкинетический синдром, приводящий к частичной утрате функций конечности или ее сегмента;

- нарушение координации;

- контрактуры суставов конечностей, существующие не менее 2-х месяцев.

Психические нарушения:

- задержка психического развития;

- эпилепсия с частыми припадками, требующими подбора терапии (6 мес.);

- умственная отсталость умеренной и выраженной степени;

- случаи выраженных психических нарушений после черепно-мозговых травм и нейроинфекций, когда возможна оптимистическая оценка социального прогноза, поскольку данная патология в юном возрасте имеет тенденцию к компенсации и обратному развитию симптоматики.

Нарушения высших психических функций и речи:

- алалия;

- афазия;

- дизартрия;

- дизграфия;

- дислексия.

Прочие нарушения:

- посттравматические дефекты костей свода черепа;

- атрофические кисты мозга;

- посттравматическая гидроцефалия.

3) Желудочно-кишечный тракт:

- нарушения питания, сопровождающиеся дефицитом веса и отставанием в физическом развитии при свищах желудочно-кишечных, желчевыводящей системы, поджелудочной железы (внутренних, наружных, единичных, множественных, полных);

- снижение способности ухаживать за собой, общаться с окружающими при:

- недержании кала (полное или частичное);

- сужении пищевода, в том числе кардиального отдела с нарушением питания и потерей в весе;

- желудочно-пищеводных и/или кишечных кровотечениях на почве портальной гипертензии;

- вентральных грыжах с выпадением органов в грыжевой мешок и развитии кишечной непроходимости.

4) Мочевыводящая система:

- неполное восстановление проходимости мочевых путей, сопровождающееся нарастанием нарушения уродинамики и требующее отведения мочи (нефростома, уретростома, цистостома, сцентирование мочеточника - внутреннее отведение мочи);

- рецидивы стриктур мочеточника, уретры, мочевых и мочеполовых свищей;

- обострение хронического пиелонефрита, требующего длительной антибактериальной терапии;

- недержание мочи и кала после пересадки мочеточников в кишку;

- зависимость от периодической катетеризации мочевого пузыря;

- неэффективное мочеиспускание с остаточной мочей не менее 150 мл.

5) Состояния, связанные с удалением (полным или частичным) органов, аутотрансплантацией, реконструкцией.

6) Нарушения, развивающиеся со стороны нервной системы в послеоперационном периоде, требующие длительной восстановительной терапии и ограничивающие жизнедеятельность ребенка (способность переодеваться, действовать руками, владеть телом для решения повседневных бытовых задач, ухаживать за собой):

- невриты;
- парезы, параличи.

Инвалидность от 6 мес. до 2 лет назначают в случае:

- некупируемой активности при проводимой терапии основного заболевания более 3 месяцев от начала болезни;
- тяжелого состояния заболевшего ребенка в ходе болезни (развитие острой сердечно-сосудистой, легочной или почечной недостаточности; злокачественное течение артериальной гипертензии, кризы - церебральный, гипертонический, миопатический, гематологический; др.), потребовавшего использования высоких доз глюкокортикостероидных гормонов (ГКС) и/или цитостатиков, проведения реанимационных мероприятий или интенсивной терапии даже в случае достижения положительного эффекта спустя 3 месяца от начала болезни;
- необходимости через 3 месяца от начала болезни или обострения использования продленного (многомесячного) курса цитостатиков и/или ГКС.

II. Функциональные изменения и патологические состояния, дающие право на установление инвалидности сроком от 2 до 5 лет

А. Дающие право на установление инвалидности сроком на 2 года&

В эту группу входят патологические состояния, при которых восстановление или улучшение требует значительного промежутка времени или имеют неопределенный прогноз; требуется этапное, повторное лечение и реабилитация.

&I. Поражения центральной нервной системы и психические расстройства&:

- детский церебральный паралич (легкие формы);
- последствия спинно-мозговых и черепно-мозговых травм, повреждений периферических нервов;
- последствия нейроинфекций и интоксикаций;
- нейромышечные дистрофии (локальные формы).

&1. Стойкие умеренно выраженные двигательные нарушения (парезы конечностей, генерализованные гиперкинезы, нарушения координации и др.), сочетающиеся с нарушениями речи, зрения, слуха или без них&:

- детский церебральный паралич (спастическая диплегия, гемипаретическая форма);
- эпилепсия и эпилептические приступы, резистентные к терапии;

- опухоли головного и спинного мозга;

- аномалии развития головного и спинного мозга;

- наследственные нервно-мышечные заболевания;

- миастения;

- речевые нарушения: алалия, афазия.

&2. Стойкие речевые расстройства: алалия, афазия, некомпенсирующаяся форма, тяжелая степень дизартрии и заикания.

3. Выраженные расстройства функции тазовых органов, обусловленные поражением спинного мозга&.

Врожденные и приобретенные поражения спинного мозга с нарушением функций и ограничением жизнедеятельности:

- травмы позвоночника и спинного мозга;

- воспалительные заболевания;

- абсцессы спинного мозга и его оболочек;

- заболевания и аномалии сосудов;

- спинно-мозговые грыжи (оперированные и неоперированные);

- миелодисплазия;

- опухоли (доброкачественные и злокачественные);

- прочие травмы, пороки, заболевания и патологические состояния спинного мозга, сопровождающиеся выраженными расстройствами функции тазовых органов.

3.1. Расстройство функции мочевого пузыря.

а) Позыв на мочеиспускание:

- сниженный;

- эквивалент позыва (боли, тяжесть в надлобковой области при наполненном мочевом пузыре или вегетативные реакции);

- отсутствует.

б) Недержание мочи:

- императивное (на "высоте" повелительного позыва на мочеиспускание);

- стрессовое (при напряжении - кашель, смех, поднятие тяжестей);

- рефлекторное (неконтролируемое, внезапное, без предвестников, полное или частичное опорожнение мочевого пузыря);

- от переполнения (парадоксальная ишурия при любом объеме мочевого пузыря);

- тотальное (постоянное недержание мочи при практически "пустом" мочевом пузыре).

в) Нарушение акта мочеиспускания:

- отсутствие самостоятельных мочеиспусканий;

- выделение мочи из мочевого пузыря методом периодической катетеризации;

- постоянное дренирование мочевого пузыря через уретру катетером или через надлобковый свищ;

- отделение мочи с помощью уретерокутанеостомии или нефростомия.

г) Функциональные нарушения:

- изменение емкости мочевого пузыря (уменьшение или увеличение по отношению к возрастной норме) с повышением внутрипузырного давления в фазу накопления (постоянное или интермитирующее).

3.2. Расстройства функции толстой кишки.

а) Позыв на дефекацию:

- эквивалент позыва (боли в животе при переполнении прямой кишки);

- отсутствует.

б) Недержание кала:

- частичное недержание кала на фоне повелительного позыва на дефекацию;

- каломазание;

- недержание жидких каловых масс и газов;

- тотальное недержание кала.

в) Нарушение акта дефекации:

- полностью отсутствует (опорожнение прямой кишки с помощью клизм и других приемов).

г) Функциональные нарушения:

- спастическая прямая кишка;

- атоническая прямая кишка;

- спастическое состояние мышц тазового дна;

- недостаточность пубо-ректальной мышцы;

- снижение внутрианального давления;

- снижение или отсутствие кожно-анального рефлекса.

Расстройство функции тазовых органов устанавливают по совокупности отдельных признаков (в любых сочетаниях), представленных в подгруппах.

Например: миелодисплазия. Отсутствие позыва на мочеиспускание. Парадоксальная ишурия. Отсутствие позыва на дефекацию. Недержание кала. Опорожнение прямой кишки с помощью клизм.

&4. Стойкие терапевтически резистентные эпилептиформные состояния (1 и более больших припадков в месяц) или частые малые или бессудорожные припадки (2 - 3 раза в неделю)&.

Под эпилептиформными судорогами, указанными в Приказе, понимать эпилептические приступы, припадки при эпилепсии.

&5. Затяжные психотические состояния, продолжительностью 6 месяцев и более.

6. Умственная отсталость в степени дебильности в сочетании: с выраженными нарушениями слуха, зрения, речи, опорно-двигательного аппарата, функции других органов или систем и патологическими формами поведения&.

В этих группах ведущими являются умственные нарушения умеренной и тяжелой степени, оценка которых учитывает возрастные особенности развития (см. Приложение).

Данная патология представляет собой состояния интеллектуального недоразвития, приобретенного вследствие поражения центральной нервной системы на ранних этапах онтогенеза. Это большая группа патологических состояний различной этиологии и с различным патогенезом. Динамика их не носит прогредиентного характера, им свойственно выраженное недоразвитие психики с формированием интеллектуального и личностного дефекта. Именно эти состояния составляют основную группу детей, в отношении которых встает вопрос об инвалидности. Задачей врача в данном случае является определение типа, структуры и тяжести дефекта, которое включает диагностику интеллектуальных, эмоциональных, волевых и двигательных нарушений, а также сопутствующих неврологических, биохимических, эндокринных и т.п. проявлений заболевания.

У этих больных уровень социального приспособления ограничен вследствие недостаточности познавательной сферы в целом. Вместе с тем, в большинстве случаев их социальный прогноз осложняется за счет

дополнительных психопатологических проявлений.

При, так называемом, основном типе олигофренического дефекта социальные возможности больного определяются, главным образом, интеллектуальной недостаточностью и связанными с ними затруднениями в приобретении знаний, требующих определенного уровня абстрагирования и понимания. У многих из них нерезко выражен соматопсихический инфантилизм. В силу устойчивости эмоционально-волевой сферы, хорошо закрепляемых социально-значимых форм поведения, общих морально-этических принципов они проявляют старательность в доступной сфере деятельности, хорошо уживаются в коллективе. Привитые при обучении навыки закрепляются при систематической тренировке. Как правило, благодаря всему вышеперечисленному, несмотря на небольшие

==========

Re: установелние инвалидности

Послан Инна - 04.10.2011 15:07

_____

Полность инструкцию можно прочитать пройдя по ссылке

www.businesspravo.ru/Docum/DocumShow_Doc...rint_Yes_Page_1.html

==========

Re: установелние инвалидности

Послан Инна - 04.10.2011 16:04

_____

Очень часто наши родители получаю отказ в выдаче определенного заключения. И этот отказ формулируется одним словом "Неположено".

Мне бы хотелось поцетировать ответ С.А. Морозова на одно сообщение:

"С бюрократами нужно обращаться соответственным образом: письменный запрос с требованием заключения (копия - в организацию, при которой ПМПК, скажем. Управление

образования такого-то р-на, можно и выше). Было бы ценно иметь заключение от какого-то авторитетного учреждения (не знаю, какого - ИКП, НЦПЗ, Института психиатрии и далее по списку) - и пусть попробуют отписаться.

Второе. Чего вы хотели от ПМПК? Рекомендаций по обучению? Они могут дать только то, что могут - и ни шагу в сторону (в нашу сторону). Однако, это только рекомендации: родители вправе требовать обучения такого, которое они считают нужным для своего ребёнка, и отказать им в этом пока что (пока действует существующий Закон "Об образовании") не в силах - нужны только настойчивость, последовательность и готовность идти до конца, вплоть до суда и правильные (главным образом, письменные) формы общения с бюрократами (выдержка и терпение тоже, само собой). Третье. Если Вы хотите в современной системе образования найти адекватную помощь ребёнку с РАС - то это из области фантазий, пока приходится в содержательном аспекте ориентироваться на что угодно, но не на гособразование.

Самое плохое. Попытки частного решения общих принципиальных вопросов легко рушат судьбы отдельных детей. Где реальный и оправданный компромисс - не знаю, это, видимо, нужно решать в каждом случае по-своему.

С искренним уважением,

С. А. Морозов"

==========

Re: установелние инвалидности
Послан ir-ina - 04.10.2011 19:49

_____

Для родителей, которым отказано в установлении инвалидности детям: пусть врачи обосновывают отказ. Почему, если ребенок не удерживается в детском саду или в школе и требует родительского сопровождения, ему отказывают в инвалидности? Ведь мама не может работать.

Боритесь за свои права!

==========

Re: установелние инвалидности
Послан Инна - 04.10.2011 20:33

_____

Собственно, мне хотелось. чтобы родители могли использовать определенные моменты из этого ОФИЦИАЛЬНОГО документа, регламентирующего права на получение инвалидности, а именно **поводом для назначения инвалидности является не**

сама болезнь или травма, а их последствия, проявляющиеся в виде

нарушений той или иной психологической, физиологической или

анатомической структуры или функции, приводящих к ограничениям

жизнедеятельности и социальной недостаточности (социальной

дезаптации).

==========

Re: установелние инвалидности

Послан Инна - 01.08.2013 08:39

_____

ПРАВОВОЙ И МЕДИЦИНСКИЙ АСПЕКТ ОФОРМЛЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ Часть 1

olgadolenko.blogspot.ru/2013/07/pravovoy...ya-invalidnosti.html

ПРАВОВОЙ И МЕДИЦИНСКИЙ АСПЕКТ ОФОРМЛЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ Часть 1

olgadolenko.blogspot.ru/2013/07/pravovoy...pektinvalidnost.html

Украина, но ситуации наши абсолютно схожи.

==========