

## УСТАНОВЛЕНИЕ 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 медицинских 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 «дезабилные 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 дезабилитированным 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 следствие 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:

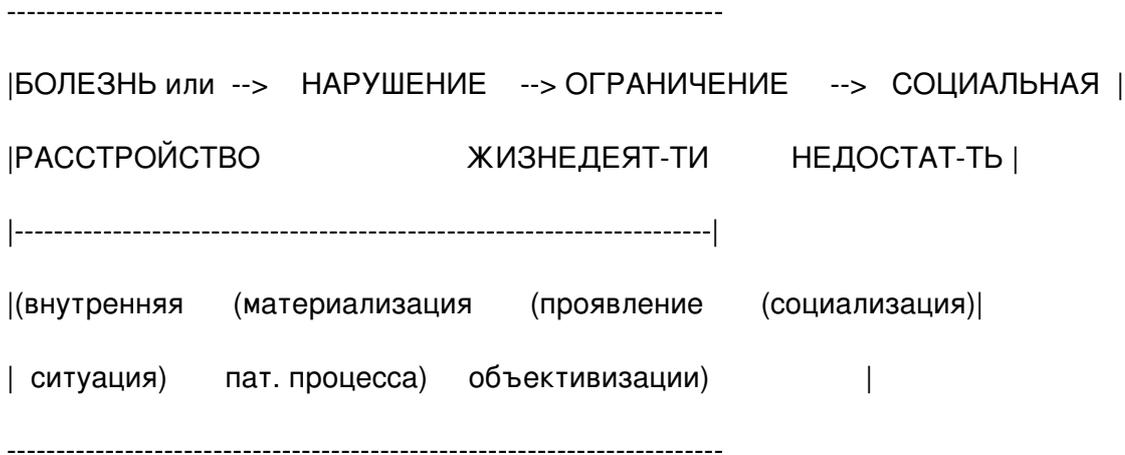


Схема 1

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 дезадаптации).

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 (многочесячного) курса цитостатиков и/или ГКС.

II. Функциональные изменения и патологические состояния,

дающие право на установление инвалидности сроком

от 2 до 5 лет

A. 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 прогрессивного 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: установление инвалидности

Послан ir-ina - 14.12.2014 20:38

---

С 23 декабря вступают в силу новые правила для МСЭ.

Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 29 сентября 2014 г. N 664н г. Москва

**«О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы**

[www.rg.ru/2014/12/12/mintrud-dok.html](http://www.rg.ru/2014/12/12/mintrud-dok.html)

=====

## Re: установление инвалидности

Послан ir-ina - 22.12.2014 19:27

---

**Оформить инвалидность без госпитализации ребенка**

[www.facebook.com/l.php?u=http%3A%2F%2Fwww...enka&h=-AQFh9j-U](http://www.facebook.com/l.php?u=http%3A%2F%2Fwww...enka&h=-AQFh9j-U)

=====

**Re: установление инвалидности**

Послан ir-ina - 28.01.2015 20:11

---

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

□

ПРИКАЗ

от 17 ноября 2009 г. N 906н

ПОРЯДОК

ОРГАНИЗАЦИИ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕДЕРАЛЬНЫХ ГОСУДАРСТВЕННЫХ

УЧРЕЖДЕНИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

4. Медико-социальная экспертиза проводится специалистами бюро (экспертного состава главного бюро, экспертного состава Федерального бюро).

В состав специалистов бюро (экспертного состава главного бюро, экспертного состава Федерального бюро) входят не менее трех врачей - специалистов по медико-социальной экспертизе, психолог (медицинский психолог), специалист по реабилитации (врач-специалист по медико-социальной экспертизе), специалист по социальной работе.

5. Бюро выполняет следующие функции:

а) проводит освидетельствование граждан на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма;

б) разрабатывает и корректирует индивидуальные программы реабилитации инвалидов, в том числе определяет виды, формы, сроки и объемы мероприятий по медицинской, социальной и профессиональной реабилитации;

в) устанавливает факт наличия инвалидности, группу, причины, срок и время наступления инвалидности;

г) определяет степень утраты профессиональной трудоспособности (в процентах);

д) определяет нуждаемость пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в медицинской, социальной и профессиональной реабилитации;

е) разрабатывает и корректирует программы реабилитации пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний;

ж) определяет причины смерти инвалида в случаях, когда законодательством Российской Федерации предусматривается предоставление семье умершего мер социальной поддержки;

з) дает гражданам, проходящим освидетельствование, разъяснения по вопросам медико-социальной экспертизы;

и) участвует в разработке программ реабилитации инвалидов, профилактики инвалидности и социальной защиты инвалидов;

к) формирует банк данных о гражданах, проживающих на обслуживаемой территории, прошедших медико-социальную экспертизу; осуществляет государственное статистическое наблюдение за демографическим составом инвалидов, проживающих на обслуживаемой территории;

л) представляет в военные комиссариаты сведения обо всех случаях признания инвалидами военнообязанных и граждан призывного возраста.

=====

**Re: установление инвалидности**

Послан Инна - 21.03.2015 22:40

---

Оформить инвалидность без госпитализации ребенка

[www.osoboedetstvo.ru/advice/oformit-inva...spitalizacii-rebenka](http://www.osoboedetstvo.ru/advice/oformit-inva...spitalizacii-rebenka)

=====

**Re: установление инвалидности**

Послан ir-ina - 21.10.2015 21:16

---

[www.invalidnost.com/publ/sotrudnikam\\_slu...lenii\\_mseh/3-1-0-642](http://www.invalidnost.com/publ/sotrudnikam_slu...lenii_mseh/3-1-0-642)

## Классификации и критерии, используемые при осуществлении МСЭ

Приказ Минтруда России № 664н от 29.09.2014г.

=====