

ПОСТАНОВЛЕНИЕ
КАБИНЕТА МИНИСТРОВ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

283 Об утверждении нормативно-правовых актов, направленных на дальнейшее совершенствование порядка освидетельствования граждан, установления инвалидности и степени утраты профессиональной трудоспособности врачебно-трудовыми экспертными комиссиями

Во исполнение постановления Кабинета Министров Республики Узбекистан от 7 апреля 2011 года № 107 «Об утверждении нормативно-правовых актов, необходимых для реализации Закона Республики Узбекистан «О внесении изменений и дополнений в Закон Республики Узбекистан «О государственном пенсионном обеспечении граждан» и Трудовой кодекс Республики Узбекистан» и в целях дальнейшего совершенствования порядка освидетельствования граждан, установления инвалидности и степени утраты профессиональной трудоспособности врачебно-трудовыми экспертными комиссиями Кабинет Министров **постановляет:**

1. Утвердить:

Положение о порядке освидетельствования граждан во врачебно-трудовых экспертных комиссиях согласно приложению № 1;

Положение о порядке установления степени утраты профессиональной трудоспособности лиц, получивших трудовое увечье или профессиональное заболевание, согласно приложению № 2.

2. Одобрить Перечень основных инвалидизирующих заболеваний и критериев установления инвалидности при данных заболеваниях согласно приложению № 3.

Предоставить право Министерству финансов по согласованию с Министерством здравоохранения и Министерством труда и социальной защиты населения Республики Узбекистан вносить изменения и дополнения в Перечень основных инвалидизирующих заболеваний и критериев установления инвалидности при данных заболеваниях.

3. Внести изменения в некоторые решения Правительства Республики Узбекистан согласно приложению № 4.

4. Министерству финансов Республики Узбекистан совместно с заинтересованными министерствами и ведомствами в месячный срок привести ведомственные нормативно-правовые акты в соответствие с настоящим постановлением.

5. Контроль за исполнением настоящего постановления возложить на

первого заместителя Премьер-министра Республики Узбекистан Р.С. Азимова.

**Премьер-министр
Республики Узбекистан**

Ш. МИРЗИЁЕВ

г. Ташкент,
1 июля 2011 г.,
№ 195

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1
к постановлению Кабинета Министров
от 1 июля 2011 года № 195

ПОЛОЖЕНИЕ
**о порядке освидетельствования граждан во врачебно-
трудовых экспертных комиссиях**

I. Общие положения

1. Настоящее Положение определяет порядок освидетельствования граждан и установления инвалидности, а также степени утраты профессиональной трудоспособности вследствие трудового увечья или профессионального заболевания врачебно-трудовыми экспертными комиссиями (далее — ВТЭК).

2. Освидетельствование граждан во ВТЭК осуществляется в целях:
определения состояния ограничения жизнедеятельности, трудоспособности, группы, причины, времени наступления и сроков инвалидности;
определения степени утраты трудоспособности работающих, получивших трудовое увечье или иное повреждение здоровья, связанное с исполнением ими трудовых обязанностей, а также их нуждаемости в дополнительных видах помощи;
определения мер медицинской и социально-трудовой реабилитации инвалидов с учетом состояния их здоровья и трудоспособности;
выдачи рекомендаций по трудоустройству, обучению и переобучению инвалидов.

3. Освидетельствование граждан осуществляется:
межрайонными, районными (городскими) ВТЭК по месту жительства;
специализированными ВТЭК по месту закрепления к лечебно-профилактическому учреждению (далее — ЛПУ) — при наличии у гражданина отдельных заболеваний по профилю данной ВТЭК;
главными ВТЭК — освидетельствование врачей, работников ВТЭК и их близких родственников, сотрудников Министерства внутренних дел, Службы национальной безопасности Республики Узбекистан; освидетельствование лиц, подозреваемых, обвиняемых в совершении преступлений, подсудимых, осужденных в порядке, установленном законодательством, а

также в случаях, когда граждане не согласны с заключением специализированных, межрайонных и районных (городских) ВТЭК.

4. Освидетельствование граждан основывается на медицинской этике и деонтологии.

5. Освидетельствование граждан во ВТЭК осуществляется бесплатно.

II. Принятие граждан на освидетельствование

6. ВТЭК принимают на освидетельствование граждан Республики Узбекистан, иностранных граждан и лиц без гражданства, постоянно проживающих на территории Республики Узбекистан, в возрасте 16 лет и старше, имеющих направление ЛПУ, прикрепленного к данной ВТЭК.

По направлению районных (городских) отделов внебюджетного Пенсионного фонда при Министерстве финансов Республики Узбекистан (далее — отдел Пенсионного фонда) с указанием цели освидетельствования ВТЭК могут также принимать на освидетельствование лиц до 16 лет.

Ответственность за качество медицинского обследования, своевременность и обоснованность направления больных во ВТЭК возлагается на руководителя ЛПУ.

Лица, указавшие заведомо ложные сведения в медицинских документах, которые стали основанием для неправильного вынесения заключения ВТЭК, а также врачи и эксперты, выдавшие ложные заключения или определившие заведомо неправильную группу инвалидности, привлекаются к ответственности, установленной законодательством.

7. На первичное освидетельствование принимаются:

длительно болеющие (кроме больных туберкулезом) лица, у которых непрерывный срок со дня наступления временной нетрудоспособности при одном и том же заболевании составляет более 4 месяцев подряд;

лица (кроме больных туберкулезом), у которых период временной нетрудоспособности при одном и том же заболевании продолжался в течение 6 месяцев с перерывами, в течение 12 месяцев со дня наступления временной нетрудоспособности;

больные туберкулезом с первично выявленным заболеванием, у которых период временной нетрудоспособности составляет не менее 10 месяцев со дня выявления заболевания, а также больные туберкулезом, состоящие на учете в противотуберкулезных учреждениях, при обострении основного заболевания — не менее 6 месяцев со дня наступления временной нетрудоспособности.

Лица, имеющие явные признаки инвалидности, а также больные с неблагоприятным клиническим прогнозом могут быть приняты на освидетельствование до истечения вышеуказанных сроков. Решение о принятии данных лиц на освидетельствование выносится председателем ВТЭК.

8. Для проведения освидетельствования во ВТЭК в обязательном порядке предъявляется паспорт или другой документ, удостоверяющий личность.

Для проведения освидетельствования во ВТЭК представляются:

направление ЛПУ, выписки из истории болезни, заверенные подписью лечащего врача, заведующего отделением, главного врача и круглой печатью учреждения, амбулаторная карта;

работающим — листок временной нетрудоспособности.

При установлении степени утраты профессиональной трудоспособности и инвалидности вследствие профессионального заболевания для проведения освидетельствования во ВТЭК также представляется выписка из заключения учреждения здравоохранения, специально уполномоченного в соответствии с законодательством.

Лица, впервые направленные во ВТЭК для определения утраты профессиональной трудоспособности, представляют также акт о несчастном случае или ином повреждении здоровья, связанном с исполнением трудовых обязанностей, по установленной форме.

9. В отдельных случаях, при возникновении необходимости ВТЭК могут запрашивать у работодателей заключения о характере и об условиях труда освидетельствуемого, которые предшествовали трудовому увечью или профессиональному заболеванию. При этом несвоевременное представление или непредставление работодателем заключения не может быть основанием для отказа от освидетельствования или продления срока освидетельствования.

10. Освидетельствование может проводиться:

ВТЭК по месту жительства или по месту закрепления к ЛПУ либо по направлению соответствующего ЛПУ, закрепленного к данной ВТЭК;

на выездных заседаниях на дому или в стационаре — если проведение освидетельствования по месту расположения ВТЭК невозможно по объективным причинам и на основании рекомендации ЛПУ.

Освидетельствование проводится в двухнедельный срок со дня принятия документов во ВТЭК. При установлении инвалидности началом инвалидности считается дата принятия документов во ВТЭК.

III. Проведение освидетельствования

11. Освидетельствование на заседании районных (городских), межрайонных и специализированных ВТЭК проводится в полном составе.

12. Освидетельствование лиц проводится путем:

медицинского осмотра лица;

изучения направления во ВТЭК (форма 088/у), выписок из истории болезни, амбулаторной карты, а также других документов, на основании которых больной направлен на освидетельствование.

13. Данные освидетельствования и решение ВТЭК вносятся в акт освидетельствования и протокол заседания ВТЭК, которые заполняются в тот же день, подписываются председателем и членами ВТЭК и заверяются печатью.

14. По результатам освидетельствования ВТЭК может вынести следующие заключения (далее — заключение ВТЭК):

- об установлении группы, причины и сроков инвалидности;
- о степени утраты профессиональной трудоспособности;
- о направлении в закрепленные лечебно-профилактические учреждения, Национальный центр реабилитации и протезирования инвалидов и региональные реабилитационные центры для инвалидов для дополнительного обследования и уточнения клинического диагноза;
- о продлении листка временной нетрудоспособности в связи с необходимостью долечивания освидетельствуемого;
- о нуждаемости в обеспечении протезно-ортопедическими изделиями, инвалидными колясками и другими вспомогательными техническими средствами реабилитации;
- о трудовой рекомендации, нуждаемости инвалида в обучении или переобучении;
- о нуждаемости в постороннем уходе.

15. При вынесении ВТЭК заключения об установлении группы, причины и сроков инвалидности, в день принятия данного решения:

в листке временной нетрудоспособности освидетельствуемого делается соответствующая отметка;

заполняется справка об инвалидности по форме согласно приложению 1 к настоящему Положению.

Справка об инвалидности является основанием для назначения пенсии по инвалидности, в отдельных случаях для назначения пенсии по потере кормильца, для начисления надбавок к пенсиям в случаях, предусмотренных Законом Республики Узбекистан «О государственном пенсионном обеспечении граждан», а также для назначения пособий инвалидам с детства и нетрудоспособным гражданам, не имеющим стажа работы.

Справка об инвалидности состоит из двух частей:

часть А справки об инвалидности в семидневный срок, а в исключительных случаях, с учетом отдаленности района, — в десятидневный срок со дня вынесения заключения ВТЭК направляется в отдел Пенсионного фонда для назначения пенсии и пособия в соответствии с законодательством;

часть Б справки об инвалидности в день вынесения заключения ВТЭК выдается освидетельствуемому.

16. При вынесении ВТЭК заключения о степени утраты профессиональной трудоспособности, связанной с трудовым увечьем или профессиональным заболеванием, оформляется выписка из акта освидетельствования об установлении степени утраты профессиональной трудоспособности и нуждаемости освидетельствуемого в дополнительных видах помощи (далее — выписка из акта освидетельствования) по форме согласно приложению 2 к настоящему Положению.

Выписка из акта освидетельствования состоит из двух частей:

часть А выписки из акта освидетельствования в трехдневный срок со дня вынесения заключения ВТЭК направляется работодателю для осуществления соответствующих выплат в порядке, установленном законодательством;

часть Б выписки из акта освидетельствования в день вынесения заключения ВТЭК выдается освидетельствуемому.

17. Заключение ВТЭК объявляется освидетельствуемому председателем ВТЭК сразу же после принятия соответствующего решения в присутствии всех специалистов, проводивших освидетельствование, которые, в случае необходимости, по принятому решению дают разъяснения.

Если при переосвидетельствовании не устанавливается группа инвалидности, оформляется справка о снятии группы инвалидности по форме согласно приложению 3 к настоящему Положению.

Справка о снятии группы инвалидности в трехдневный срок со дня вынесения заключения ВТЭК направляется в соответствующий отдел Пенсионного фонда.

18. Заключение ВТЭК в трехдневный срок направляется в ЛПУ, направившее больного на освидетельствование.

Заключение ВТЭК выдается по установленной форме с указанием:

клинического диагноза освидетельствуемого;

результата освидетельствования;

рекомендаций по вопросу трудовой деятельности освидетельствуемого.

19. В сложных экспертных случаях больные и инвалиды направляются в закрепленные ЛПУ, Национальный центр реабилитации и протезирования инвалидов и региональные реабилитационные центры для инвалидов для уточнения клинико-экспертного диагноза или решения вопросов врачебно-трудовой экспертизы, заключения которых носят рекомендательный и консультативный характер.

20. Если председатель или отдельные члены ВТЭК не согласны с принятым решением, то в акт освидетельствования вносится их особое мнение, и данный акт в трехдневный срок направляется в соответствующий главный ВТЭК для повторного освидетельствования.

В главных ВТЭК решения принимаются большинством голосов членов ВТЭК. При равенстве голосов голос председателя ВТЭК является решающим.

21. В заседаниях ВТЭК могут принимать участие представители территориальных управлений внебюджетного Пенсионного фонда при Министерстве финансов Республики Узбекистан, ЛПУ, Национального центра реабилитации и протезирования инвалидов, региональных реабилитационных центров для инвалидов, работодателей, обществ инвалидов.

IV. Установление инвалидности

22. В зависимости от степени ограничения жизнедеятельности освидетельствуемому может быть установлена первая, вторая или третья группа инвалидности, с учетом клинического течения основного заболевания, его осложнений и клинико-экспертного прогноза, а также вида трудовой деятельности гражданина.

При этом за основу принимается Перечень основных инвалидизирую-

щих заболеваний и критериев установления инвалидности при данных заболеваниях.

23. Основанием для признания освидетельствуемого инвалидом являются: нарушение здоровья со стойкими расстройствами функций организма; ограничение жизнедеятельности (полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью).

24. Причинами инвалидности являются:

общее заболевание;

трудовое увечье;

профессиональное заболевание;

инвалидность с детства;

увечья или заболевания, вызванные аварией на Чернобыльской АЭС;

заболевание, связанное с пребыванием на фронте;

заболевание, полученное при исполнении обязанностей военной службы;

заболевание, полученное в период прохождения военной службы;

заболевание, не связанное со службой в Вооруженных Силах Республики Узбекистан;

увечье (ранение, травма, контузия), полученное при защите Республики Узбекистан;

увечье (ранение, травма, контузия), не связанное со службой в Вооруженных Силах Республики Узбекистан;

увечье (ранение, травма, контузия), полученное при исполнении обязанностей военной службы;

увечье (ранение, травма, контузия), полученное вследствие несчастного случая, не связанного с исполнением обязанностей военной службы;

контузия, увечье, полученные в связи с выполнением гражданского долга.

25. Решение об установлении инвалидности основывается на оценке комплекса клинических, психологических, социально-бытовых и профессиональных факторов. При этом учитывается характер заболевания, степень нарушения функции, эффективность лечения, реабилитационных мероприятий, состояние компенсаторных механизмов, клинический и трудовой прогноз, реабилитационный потенциал, возможность социальной адаптации, нуждаемость в различных видах социальной помощи, личностные установки, конкретные условия и содержание труда, профессиональная подготовка, возраст и др.

При освидетельствовании во врачебно-трудоустройственной экспертизе в каждом случае, независимо от характера заболевания или дефекта, проводится комплексное обследование всех систем организма больного. В целях объективной оценки состояния здоровья и степени социальной адаптации используются данные функциональных и лабораторных исследований. Принимается во внимание профессионально-трудоустройственная деятельность больного. Обращается

внимание на личностные особенности больного, возможность его социальной адаптации.

V. Критерии установления инвалидности

26. Основные виды нарушений функций организма включают:

нарушения психических функций (восприятия, внимания, памяти, мышления, интеллекта, эмоций, воли, сознания, поведения, психомоторных функций);

нарушения языковых и речевых функций (нарушения устной (ринолалия, дизартрия, заикание, алалия, афазия) и письменной (дисграфия, дислексия), вербальной и невербальной речи, нарушения голосообразования и пр.);

нарушения сенсорных функций (зрения, слуха, обоняния, осязания, тактильной, болевой, температурной и других видов чувствительности);

нарушения статодинамических функций (двигательных функций головы, туловища, конечностей, статики, координации движений);

нарушения функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, кроветворения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции, иммунитета;

нарушения, обусловленные физическим уродством (деформации лица, головы, туловища, конечностей, приводящие к внешнему уродству, аномальные отверстия пищеварительного, мочевыделительного, дыхательного трактов, нарушение размеров тела).

27. Выделяются четыре степени выраженности стойких нарушений функций организма:

I степень — незначительные нарушения;

II степень — умеренные нарушения;

III степень — выраженные нарушения;

IV степень — значительно выраженные нарушения.

28. Выделяются три степени выраженности ограничений основных видов жизнедеятельности человека:

а) способность к самообслуживанию — способность человека самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе навыки личной гигиены:

I степень — способность к самообслуживанию при более длительной затрате времени, дробности его выполнения, сокращении объема с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

II степень — способность к самообслуживанию с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

III степень — неспособность к самообслуживанию, нуждаемость в постоянной посторонней помощи и полная зависимость от других лиц;

б) способность к самостоятельному передвижению — способность самостоятельно перемещаться в пространстве, сохранять равновесие тела при

передвижении, в покое и перемене положения тела, пользоваться общественным транспортом:

I степень — способность к самостоятельному передвижению при более длительной затрате времени, дробности выполнения и сокращении расстояния с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

II степень — способность к самостоятельному передвижению с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

III степень — неспособность к самостоятельному передвижению и нуждаемость в постоянной помощи других лиц;

в) способность к ориентации — способность к адекватному восприятию окружающей обстановки (оценке ситуации, способность к определению времени и места нахождения):

I степень — способность к ориентации только в привычной ситуации самостоятельно и (или) с помощью вспомогательных технических средств;

II степень — способность к ориентации, требующая помощи других лиц;

III степень — неспособность к ориентации (дезориентация) и нуждаемость в постоянной помощи и (или) надзоре других лиц;

г) способность к общению — способность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки и передачи информации:

I степень — способность к общению со снижением темпа и объема получения и передачи информации, использование при необходимости вспомогательных технических средств помощи;

II степень — способность к общению при регулярной частичной помощи других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

III степень — неспособность к общению и нуждаемость в постоянной помощи других лиц;

д) способность контролировать свое поведение — способность к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально-правовых и морально-этических норм:

I степень — периодически возникающее ограничение способности контролировать свое поведение в сложных жизненных ситуациях и (или) постоянное затруднение выполнения ролевых функций, затрагивающих отдельные сферы жизни, с возможностью частичной самокоррекции;

II степень — постоянное снижение критики к своему поведению и окружающей обстановке с возможностью частичной коррекции только при регулярной помощи других лиц;

III степень — неспособность контролировать свое поведение, невозможность его коррекции, нуждаемость в постоянной помощи (надзоре) других лиц;

е) способность к обучению, усвоению и воспроизведению знаний (общеобразовательных, профессиональных и др.), овладению навыками и умениями (профессиональными, социальными, культурными, бытовыми):

I степень — способность к обучению, а также к получению образования определенного уровня в рамках государственных образовательных стандартов в образовательных учреждениях общего типа с использованием специальных методов обучения, специального режима обучения, с применением при необходимости вспомогательных технических средств и технологий;

II степень — способность к обучению только в специализированных образовательных учреждениях для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии или на дому по специальным программам, с использованием при необходимости вспомогательных технических средств и технологий;

III степень — неспособность к обучению;

ж) способность к трудовой деятельности — способность осуществлять трудовую деятельность в соответствии с требованиями к содержанию, объему, качеству и условиям выполнения работы:

I степень — способность к выполнению трудовой деятельности в обычных условиях труда при снижении квалификации, тяжести, напряженности и (или) уменьшении объема работы, неспособность продолжать работу по основной профессии при сохранении возможности в обычных условиях труда выполнять трудовую деятельность более низкой квалификации;

II степень — способность к выполнению трудовой деятельности в специально созданных условиях труда с использованием вспомогательных технических средств и (или) с помощью других лиц;

III степень — неспособность к трудовой деятельности или невозможность (или противопоказанность) трудовой деятельности.

29. Критерием для установления первой группы инвалидности является нарушение здоровья человека со стойким значительно выраженным расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению одного из следующих видов жизнедеятельности или их сочетанию и вызывающее необходимость его социальной защиты:

способности к самообслуживанию III степени;

способности к передвижению III степени;

способности к ориентации III степени;

способности к общению III степени;

способности контролировать свое поведение III степени.

30. Критерием для установления второй группы инвалидности является нарушение здоровья человека со стойким выраженным расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению одного из следующих видов жизнедеятельности или их сочетанию и вызывающее необходимость его социальной защиты:

способности к самообслуживанию II степени;

способности к передвижению II степени;

способности к ориентации II степени;

способности к общению II степени;
способности контролировать свое поведение II степени;
способности к обучению II, III степеней;
способности к трудовой деятельности II, III степеней.

31. Критерием для определения третьей группы инвалидности является нарушение здоровья человека со стойким умеренно выраженным расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению способности к трудовой деятельности I степени или ограничению следующих видов жизнедеятельности в их различных сочетаниях и вызывающее необходимость его социальной защиты:

способности к самообслуживанию I степени;
способности к передвижению I степени;
способности к ориентации I степени;
способности к общению I степени;
способности контролировать свое поведение I степени;
способности к обучению I степени.

32. При вынесении решений об инвалидности составляется индивидуальная программа реабилитации, предусматривающая преемственность с ранее проведенными медико-социальными мероприятиями.

VI. Порядок и сроки переосвидетельствования и обжалования решений ВТЭК

33. Инвалидность устанавливается до первого числа следующего месяца, на который назначено очередное переосвидетельствование.

Лечащие врачи и председатели врачебно-консультативных комиссий ЛПУ (далее — ВКК) несут персональную ответственность за своевременное и правильное оформление документов для направления на освидетельствование во ВТЭК граждан, которым группа инвалидности установлена с указанием срока переосвидетельствования.

Переосвидетельствование раньше указанных сроков производится в установленном порядке при изменении состояния здоровья и степени ограничения жизнедеятельности, при выявлении фактов необоснованного решения ВТЭК, при проверках правильности установления инвалидности со стороны главных ВТЭК, Республиканской инспекцией медико-социальной экспертизы, Главным контрольно-ревизионным управлением Министерства финансов Республики Узбекистан и его территориальными подразделениями, а также, если решение ВТЭК вынесено на основании подложных документов, и в других случаях, предусмотренных законодательством.

Лица, признанные инвалидами бессрочно, также могут быть переосвидетельствованы в вышеуказанных случаях.

34. При нестойких, обратимых морфологических изменениях и нарушениях функций органов и систем организма, в целях наблюдения за эффективностью лечения и проведенных реабилитационных мероприятий, состоя-

нием здоровья и степенью социальной адаптации проводятся повторные переосвидетельствования инвалидов в сроки один раз в шесть месяцев, один или два года с момента установления инвалидности.

При стойких, необратимых морфологических изменениях и нарушениях функций органов и систем организма, невозможности улучшения течения заболевания и восстановления, социальной адаптации вследствие неэффективности проведенных реабилитационных мероприятий инвалидность устанавливается бессрочно в соответствии с перечнем заболеваний и анатомических дефектов, утвержденным в установленном порядке.

Лицам, признанным инвалидами в связи с последствиями ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС, инвалидность I-II групп устанавливается бессрочно, при инвалидности III группы срок переосвидетельствования — 5 лет. Причина инвалидности указывается: «Вызвана аварией на ЧАЭС».

35. При переосвидетельствовании на предмет установления степени утраты профессиональной трудоспособности учитываются:

повреждение здоровья вследствие трудового увечья или профессионального заболевания;

возможность выполнять работу по профессии, полученная в результате проводимых реабилитационных мероприятий, обучения или переобучения;

способность лица выполнять профессиональную деятельность, предшествующую трудовому увечью или профессиональному заболеванию.

36. Повторные экспертизы актов освидетельствований и заключений учреждениями ВТЭК могут проводиться независимо от ранее установленных сроков в случаях, предусмотренных абзацем третьим пункта 33 настоящего Положения.

Для проведения повторного переосвидетельствования ВТЭК направляет инвалиду уведомление с указанием даты, времени и места проведения переосвидетельствования.

В случае неявки надлежаще уведомленного лица на переосвидетельствование, за исключением наличия уважительных причин (нахождение на стационарном лечении, в служебной командировке или на учебе), ему направляется повторное уведомление с указанием даты, времени и места проведения переосвидетельствования.

Повторная неявка надлежаще уведомленного лица на переосвидетельствование без уважительных причин является основанием для приостановления выплат пенсии по инвалидности по истечении 10 дней после назначенной даты проведения повторного переосвидетельствования.

Приостановление выплаты пенсии по инвалидности осуществляется на основании акта, составленного с выездом на место постоянного проживания инвалида, подтверждающего факт неявки инвалида на повторные переосвидетельствования, при участии представителей соответствующего схода граждан махалли, поселка, кишлака или аула, ВТЭК, ВКК и отдела Пенсионного фонда.

На основании указанного акта районные (городские) отделы внебюджет-

ного Пенсионного фонда при Министерстве финансов Республики Узбекистан приостанавливают выплату пенсии с 1 числа месяца, следующего после даты составления акта.

Возобновление выплаты пенсии по инвалидности таким лицам осуществляется только на основании экспертного решения главных ВТЭК о состоянии здоровья граждан со дня приостановления выплат.

37. При несогласии освидетельствуемого с решением районной, межрайонной, городской, специализированной ВТЭК, он в течение месяца может обратиться в главную ВТЭК или, в установленном порядке, в суд. В течение 3 дней после поступления заявления районные, межрайонные, городские и специализированные ВТЭК передают акт переосвидетельствования в главную ВТЭК, которая в течение последующих 15 дней переосвидетельствует заявителя и выносит свое заключение. В случае несогласия с заключением главной ВТЭК, гражданин вправе обратиться в Республиканскую инспекцию медико-социальной экспертизы внебюджетного Пенсионного фонда при Министерстве финансов или в суд.

VII. Виды социальной помощи и перечень заболеваний, последствий травм и дефектов, приводящих к необходимости ее предоставления

38. Социальная помощь инвалидам оказывается в виде денежных выплат (пенсии, пособия, единовременные выплаты), обеспечения техническими и иными средствами, кресло-колясками, протезно-ортопедическими изделиями, печатными изделиями со специальным шрифтом, звукоусиливающими аппаратами и сигнализаторами, а также услуг по медицинской, социальной и профессиональной реабилитации и бытовому обслуживанию.

39. Постоянный посторонний уход, помощь или надзор рекомендуется в случаях, предусмотренных перечнем, утвержденным Министерством здравоохранения Республики Узбекистан по согласованию с заинтересованными министерствами и ведомствами в установленном законодательством порядке.

40. Технические средства реабилитации (специальное оборудование, приборы, приспособления, применяющиеся для компенсации нарушенных функций, конечностей и органов чувств) рекомендуются при следующих состояниях: выраженный монопарез, гемипарез, трипарез, тетрапарез, выраженный гиперкинетический синдром, глухота, культя кисти с отсутствием четырех пальцев и более высокий уровень ампутации, выраженные контрактуры суставов конечностей, болтающийся плечевой, локтевой, коленный сустав, культя стопы по Шарпу и слабовидение обоих или лучше видящего глаза (острота зрения до 0,1 с коррекцией или концентрическое сужение поля зрения до 20 градусов).

41. Обеспечение средствами передвижения осуществляется при следующих показаниях:

кресло-коляска комнатная рекомендуется при следующих состояниях:

хроническая недостаточность кровообращения III степени, легочно-сердечная недостаточность III степени, гемиплегия, выраженный гемипарез, выраженный нижний паразарез, параплегия, выраженный трипарез, триплегия, выраженный тетрапарез, тетраплегия, гиперкинетико-амиостатический синдром, резко выраженная атаксия, ампутационные культы обеих голеней и выше, при невозможности протезирования по медицинским показаниям, деформирующий остеоартроз обоих коленных и лучезапястных суставов кисти рук IV степени;

кресло-коляска прогулочная рекомендуется при следующих условиях: гемиплегия, выраженный гемипарез, выраженный нижний паразарез, параплегия, выраженный трипарез, триплегия, выраженный тетрапарез, тетраплегия, культы обеих голеней или более высокие уровни ампутации, деформирующий остеоартроз обеих коленных и лучезапястных суставов кисти рук IV степени.

42. Обеспечение нуждающихся граждан протезно-ортопедическими изделиями и техническими средствами реабилитации осуществляется в порядке, установленном Министерством труда и социальной защиты населения Республики Узбекистан по согласованию с заинтересованными министерствами и ведомствами.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

к Положению о порядке освидетельствования граждан во врачебно-трудовых экспертных комиссиях

ЛИЦЕВАЯ СТОРОНА

ВНЕБЮДЖЕТНЫЙ ПЕНСИОННЫЙ ФОНД ПРИ МИНИСТЕРСТВЕ ФИНАНСОВ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

ВТЭК № _____

(Республика Каракалпакстан, область), Главная, районная (городская), межрайонная или специализированная

СПРАВКА ОБ ИНВАЛИДНОСТИ

СЕРИЯ 10-А

№ 000001

ЧАСТЬ А

**(передается в соответствующий отдел ВПФ
для назначения пенсии (пособия) по инвалидности)**

Ф.И.О. _____

Адрес _____

_____ Год рождения _____

Освидетельствование: _____
(первичное, повторное (вписать))

Группа инвалидности _____

Причина инвалидности _____

Группа инвалидности установлена до «___» _____ 201__ г.

Дата переосвидетельствования «___» _____ 201__ г.

.....
линия отреза

**ВНЕБЮДЖЕТНЫЙ ПЕНСИОННЫЙ ФОНД
ПРИ МИНИСТЕРСТВЕ ФИНАНСОВ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН**

_____ ВТЭК № _____

(Республика Каракалпакстан, область), Главная, районная (городская), межрайонная или специализированная

СПРАВКА ОБ ИНВАЛИДНОСТИ

СЕРИЯ 10-А

№ 000001

ЧАСТЬ Б

(выдается инвалиду)

Ф.И.О. _____

Год рождения _____ Профессия _____

Освидетельствование: _____
(первичное, повторное (вписать))

Группа инвалидности _____

Причина инвалидности _____

Группа инвалидности установлена до «___» _____ 201__ г.

Дата переосвидетельствования «___» _____ 201__ г.

ОБОРОТНАЯ СТОРОНА

Диагноз ВТЭК _____

Заключение и рекомендации ВТЭК _____

ПРИЛОЖЕНИЕ 2
к Положению о порядке освидетельство-
вания граждан во врачебно-трудовых
экспертных комиссиях

ЛИЦЕВАЯ СТОРОНА

**ВНЕБЮДЖЕТНЫЙ ПЕНСИОННЫЙ ФОНД
ПРИ МИНИСТЕРСТВЕ ФИНАНСОВ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН**

ВТЭК № _____

(Республика Каракалпакстан, область), Главная, районная (городская), межрайонная или специализированная

ВЫПИСКА ИЗ АКТА ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ № _____

ЧАСТЬ А

Об установлении степени утраты профессиональной
трудоспособности и нуждаемости освидетельствуемого
в дополнительных видах помощи (пересылается предприятию)

(адрес и название предприятия, направившего работника во ВТЭК)

Ф.И.О. _____

Адрес _____

Год рождения _____ профессия _____

Освидетельствование: _____

(первично, повторно (вписать))

Дата освидетельствования «___» _____ 201__ г.

Дата травмы, заболевания «___» _____ 201__ г.

Последствие травмы _____

.....
линия отреза

**ВНЕБЮДЖЕТНЫЙ ПЕНСИОННЫЙ ФОНД
ПРИ МИНИСТЕРСТВЕ ФИНАНСОВ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН**

ВТЭК № _____

(Республика Каракалпакстан, область), Главная, районная (городская), межрайонная или специализированная

ВЫПИСКА ИЗ АКТА ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ № _____

ЧАСТЬ Б

Об установлении степени утраты профессиональной
трудоспособности и нуждаемости освидетельствуемого
в дополнительных видах помощи
(выдается освидетельствованному)

Ф.И.О. _____

Год рождения _____ профессия _____

Освидетельствование: _____

(первично, повторно (вписать))

Дата освидетельствования «___» _____ 201__ г.

ОБОРОТНАЯ СТОРОНА

Группа инвалидности _____, степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах _____%, _____

(указывается прописью)

Срок установления степени утраты профессиональной трудоспособности до «___» _____ 201__ г.

Дата очередного освидетельствования «___» _____ 201__ г.

Нуждаемость в дополнительных видах помощи _____

Основание: акт освидетельствования ВТЭК № _____

Дата выдачи справки «___» _____ 201__ г.

М.П. Председатель ВТЭК _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

 Члены комиссии _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

(подпись)

(Ф.И.О.)

(подпись)

(Ф.И.О.)

.....
линия отреза

Члены комиссии _____
 (подпись) (Ф.И.О.)

 (подпись) (Ф.И.О.)

 (подпись) (Ф.И.О.)

Сдал (отв. лицо ВТЭК) _____
 (должность) (подпись) (Ф.И.О.)

Принял (отв. лицо отдела) _____
 (должность) (подпись) (Ф.И.О.)

«___» _____ 201__ года

.....
 линия отреза

**(Возвращается в соответствующую врачебно-трудовую
 экспертную комиссию)**

Ф.И.О. _____
 Год рождения _____ Адрес _____

Решение ВТЭК о снятии группы инвалидности:
 Установленная на основании справки ВТЭК серии _____ за № _____
 _____ группа инвалидности снята

Основание: акт освидетельствования № _____ от «___» _____ 201__ года

Сдал (отв. лицо ВТЭК) _____
 (должность) (подпись) (Ф.И.О.)

Принял (отв. лицо отдела) _____
 (должность) (подпись) (Ф.И.О.)

«___» _____ 201__ года

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2
к постановлению Кабинета Министров
от 1 июля 2011 года № 195

ПОЛОЖЕНИЕ

о порядке установления степени утраты профессиональной трудоспособности лиц, получивших трудовое увечье или профессиональное заболевание

I. Общие положения

1. Настоящее Положение определяет порядок установления степени утраты профессиональной трудоспособности лиц, получивших трудовое увечье или профессиональное заболевание, врачебно-трудовыми экспертными комиссиями (далее — ВТЭК).

2. Степень утраты профессиональной трудоспособности устанавливается в процентах на дату проведения освидетельствования лица, получившего трудовое увечье или профессиональное заболевание (далее — потерпевший), исходя из оценки потери способности осуществлять профессиональную деятельность.

3. Степень утраты профессиональной трудоспособности у потерпевшего устанавливается ВТЭК:

при трудовом увечье — на основании Перечня причин инвалидности, при которых инвалидность считается наступившей вследствие трудового увечья, в соответствии с приложением 1 к настоящему Положению;

при профессиональном заболевании — на основании Перечня профессиональных заболеваний в соответствии с приложением 2 к настоящему Положению. При этом также представляется выписка из заключения учреждения здравоохранения, специально уполномоченного в соответствии с законодательством.

II. Общие правила определения степени утраты профессиональной трудоспособности

4. Степень утраты профессиональной трудоспособности определяется, исходя из последствий повреждения здоровья вследствие трудового увечья или профессионального заболевания, с учетом имеющихся у потерпевшего способностей, психофизиологических возможностей и качеств, позволяющих продолжать выполнять профессиональную деятельность, предшествовавшую трудовому увечью и/или профессиональному заболеванию, того же содержания и в том же объеме, либо с учетом снижения квалификации, уменьшения объема выполняемой работы и тяжести труда в обычных, специально созданных производственных или иных условиях, и устанавливается в пределах от 5 до 100 процентов.

5. Степень утраты профессиональной трудоспособности при повторных

трудовых увечьях или вновь возникших профессиональных заболеваниях в целом не может превышать 100 процентов и определяется:

на момент освидетельствования по каждому из них отдельно, независимо от того, имели они место в период работы у одного работодателя или у разных работодателей;

в зависимости от влияния их последствий на его способность выполнять профессиональную деятельность, предшествовавшую повторному трудовому увечью, с учетом профессиональных знаний и умений пострадавшего;

с учетом результатов реализации индивидуальной программы реабилитации потерпевшего по восстановлению профессиональной трудоспособности в прежней профессии, предшествовавшей предыдущему трудовому увечью.

6. Основным методологическим принципом экспертизы степени утраты профессиональной трудоспособности потерпевшего является совокупный анализ:

клинико-функциональных критериев;

характера профессиональной деятельности (квалификации, качества и объема труда, способности к его выполнению);

категории и степени ограничений жизнедеятельности.

7. Клинико-функциональные критерии включают:

характер и тяжесть трудового увечья и профессионального заболевания; особенности течения патологического процесса, обусловленного трудовым увечьем или профессиональным заболеванием;

характер (вид) и степень нарушений функций организма (значительно выраженная, выраженная, умеренная, незначительная);

клинический, реабилитационный и клинико-трудовой прогноз, а также психофизиологические возможности.

8. При определении степени утраты профессиональной трудоспособности учитывается выраженность нарушений функций организма потерпевшего, приводящих к ограничению способности к трудовой деятельности и другим категориям ограничения жизнедеятельности.

9. При определении степени утраты профессиональной трудоспособности учитывается способность потерпевшего после возникновения трудового увечья или профессионального заболевания выполнять работу в полном объеме по своей прежней профессии в обычных или специально созданных производственных или иных условиях труда.

10. Кратность снижения квалификации определяется с учетом установленных тарифно-квалификационных разрядов, классов, категорий для данной профессиональной деятельности.

11. Степень утраты профессиональной трудоспособности устанавливается в зависимости от уровня снижения квалификации, с учетом уменьшения коэффициента сложности работ.

12. При определении степени утраты профессиональной трудоспособности учитываются классы условий труда по показателям вредности и опас-

ности факторов производственной среды, тяжести и напряженности трудового процесса.

III. Определение степени утраты профессиональной трудоспособности

13. Потерпевшему устанавливается 100 процентов утраты профессиональной трудоспособности, если у него в результате трудового увечья или профессионального заболевания, при значительно выраженных нарушениях функций организма, наступила полная утрата способности к профессиональной деятельности, в том числе в специально созданных производственных или иных условиях труда.

14. Клинико-функциональными критериями установления 100 процентов утраты профессиональной трудоспособности являются следующие значительно выраженные нарушения функций организма:

а) нижняя параплегия; значительно выраженный тетрапарез, трипарез, парапарез с повышением мышечного тонуса по спастическому типу или гипотонией, с минимальным объемом (5,0 — 6,0 градусов) активных движений во всех суставах нижних конечностей, значительно выраженным снижением мышечной силы (до 1 балла), с невозможностью 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);

б) значительно выраженный парез обеих верхних конечностей с минимальным объемом 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); снижение мышечной силы верхних конечностей (до 1 балла); нарушение основной функции верхней конечности: невозможен схват и удержание крупных и мелких предметов, сохранена лишь вспомогательная функция — поддержание и прижатие предметов;

в) 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;

г) ампутационные культы обеих нижних конечностей (непротезированные) в сочетании с культей верхней конечности, начиная с отсутствия всех пальцев кисти;

д) 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 в минуту после незначительно-

го 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 процентов, снижение индекса Тиффно менее 40 процентов и коэффициента использования кислорода до 20 процентов, снижение сократительной способности миокарда правого желудочка в сочетании с нарушением легочной гемодинамики);

е) значительно выраженные сенсорные нарушения (практическая или абсолютная слепота единственного или лучше видящего глаза: острота зрения с коррекцией — 0,03 — 0, поле 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) — пороги Э-У более 300 мкА или не определяются, лабильность менее 20 Гц или отсутствует, КЧСМ (критическая частота слияния мельканий) менее 20 в секунду (в норме выше 45 Гц) или отсутствует — при наличии противопоказаний к выполнению любого труда;

ж) значительно выраженные нарушения функций тазовых органов (недержание мочи, кала).

15. Потерпевшему устанавливается от 70 до 90 процентов утраты профессиональной трудоспособности, если он вследствие выраженных нарушений функций организма может выполнять профессиональный труд (работу) лишь в специально созданных производственных условиях.

При этом степень утраты профессиональной трудоспособности устанавливается в зависимости от уровня снижения квалификации при выполнении работы в специально созданных производственных условиях. В случаях, когда:

а) потерпевший, ранее выполнявший квалифицированную работу в обычных производственных условиях, может выполнять только неквалифицированные виды труда в специально созданных производственных условиях, устанавливается 90 процентов утраты профессиональной трудоспособности;

б) потерпевший может выполнять в специально созданных производственных условиях работу более низкой квалификации с учетом профессиональных знаний и навыков, устанавливается 80 процентов утраты профессиональной трудоспособности;

в) потерпевший может выполнять в специально созданных производственных условиях работу по профессии, предшествовавшей трудовому увечью или профессиональному заболеванию, устанавливается 70 процентов утраты профессиональной трудоспособности.

16. Клинико-функциональными критериями установления 70 — 90 про-

центров утраты профессиональной трудоспособности являются следующие выраженные нарушения функций организма:

а) выраженный парез обеих нижних конечностей, тетрапарез, трипарез, 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, перонеальной походкой с выраженным свисанием стоп; передвижение с дополнительной опорой (костыли);

б) выраженное нарушение биомеханики ходьбы — увеличение количества шагов при ходьбе на 100 метров до 204 — 226 (в норме 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;

в) 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: невозможен схват мелких предметов, длительное и прочное удержание крупных предметов, ЭМГ — II тип;

г) 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;

д) ампутационные культы бедер или голеней 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 отведения 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;

е) 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 легких до 50 — 55% должной, максимальной вентиляции легких — до 5 — 54%, увеличение минутного объема дыхания до 150%, снижение индекса Тиффно до 54 — 40%, коэффициента использования кислорода до 28%, снижение сократительной способности миокарда правого желудочка в сочетании с нарушением легочной гемодинамики);

ж) выраженные сенсорные нарушения: высокая степень слабовидения единственного или лучше видящего глаза, острота зрения с коррекцией равна или менее 0,08 — 0,04, 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-У — 200 — 300 мкА, лабильность — 20 — 35 Гц, КЧСМ — 20 — 35 п/сек.;

з) 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 снижено — в анальном канале наружного сфинктера — 10 — 15 мм рт. ст., внутреннего сфинктера — 16 — 25 мм рт. ст. (норма 35 — 62 мм рт. ст.).

17. Потерпевшему устанавливается от 40 до 60 процентов утраты профессиональной трудоспособности, если он:

может в обычных производственных условиях выполнять профессиональный труд с выраженным снижением квалификации либо с уменьшением объема выполняемой работы;

утратил способность продолжать профессиональную деятельность вследствие умеренного нарушения функций организма, но может в обычных производственных условиях продолжать профессиональную деятельность более низкой квалификации.

18. При этом, в зависимости от уровня снижения их квалификации, объема производственной деятельности или категории тяжести труда, потерпевшим с умеренными нарушениями функций организма устанавливаются следующие степени утраты профессиональной трудоспособности:

а) 60 процентов утраты профессиональной трудоспособности — в случаях, если потерпевший может выполнять:

работу по профессии, но со снижением квалификации на четыре тарификационных разряда;

работу с использованием профессиональных знаний, умений и навыков, но со снижением квалификации на четыре тарификационных разряда;

неквалифицированный физический труд со снижением разряда работ на четыре категории тяжести;

б) 50 процентов утраты профессиональной трудоспособности — в случаях, если потерпевший может выполнять:

работу по профессии со снижением квалификации на три тарификационных разряда;

работу по профессии с уменьшением объема производственной деятельности (на 0,5 ставки);

неквалифицированный физический труд со снижением разряда работ на три категории тяжести;

в) 40 процентов утраты профессиональной трудоспособности — в случаях, если потерпевший может выполнять:

работу по профессии с уменьшением объема производственной деятельности;

работу с использованием профессиональных знаний, умений и навыков, но со снижением квалификации на два тарификационных разряда;

работу по профессии со снижением квалификации на два тарификационных разряда;

неквалифицированный физический труд со снижением разряда работ на две категории тяжести.

19. Клинико-функциональными критериями установления 40 — 60 процентов утраты профессиональной трудоспособности являются следующие умеренные нарушения функций организма:

а) 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 суставах 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, перонеальной походкой с незначительным или умеренным свисанием стоп; передвижение иногда с использованием дополнительной опоры (трость);

б) 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;

в) умеренное нарушение биоэлектрической активности — АКБА в пределах более 25 процентов, но менее 70 процентов от нормы;

г) умеренный парез верхней конечности:

гемипарез с ограничением амплитуды активных движений в плечевом

суставе (35 — 40 градусов), локтевом (30 — 45 градусов), лучезапястном (30 — 40 градусов);

с умеренным снижением мышечной силы верхней 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 достигают 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 процентов от нормы;

д) 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;

е) 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;

ж) ампутационные культы конечности (бедро, 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;

з) дыхательная недостаточность I-II А степени (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 в минуту после физической нагрузки с восстановлением до исходного уровня в течение 5 минут, умеренное снижение жизненной емкости легких до 56 — 69 процентов должной, максимальной вентиляции легких — до 55 — 58 процентов, увеличение минутного объема дыхания до 142 — 148 процентов, снижение индекса Тиффно до 74 — 55 процентов, коэффициента использования кислорода до 36 — 44 процентов, поглощения кислорода в минуту — 277 — 287 мл.), нарушение кровообращения I-II А стадии (незначительная тахикардия (90 — 99 ударов в минуту), признаки умеренного снижения сократительной способности мио-

карда правого желудочка в сочетании с нарушением легочной гемодинамики);

и) умеренные сенсорные нарушения: нарушения функций зрительного анализатора — средняя степень слабовидения: снижение остроты зрения единственного или лучше видящего глаза с коррекцией 0,09 — 0,2 поле зрения — периферические границы менее 40 градусов, но шире 20 градусов, зрительная работоспособность умеренно снижена, показатели ЭФИ — пороги Э-U — 100 — 150 мкА, лабильность от 30 — 35 до 40 — 43 Гц, КЧСМ от 30 — 35 до 40 — 43 п/сек.; выраженное снижение слуха: восприятие разговорной речи до 0,5 — 1,5 метров, слуховой порог — 61 — 80 дцб, порог разборчивости речи — 80 — 90 дцб;

к) 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 — неудержание 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.

20. Потерпевшему устанавливается от 5 до 30 процентов утраты профессиональной трудоспособности, если он может в обычных производственных условиях выполнять профессиональный труд с умеренным или незначительным снижением квалификации, либо с уменьшением объема выполняемой работы, либо при изменении условий труда, влекущих снижение заработка потерпевшего, или если выполнение его профессиональной деятельности требует большего напряжения, чем прежде.

21. При этом, в зависимости от уровня снижения квалификации, объема производственной деятельности или категории тяжести труда, потерпевшим, имеющим незначительные нарушения функций организма, устанавливается следующая степень утраты профессиональной трудоспособности:

а) 30 процентов утраты профессиональной трудоспособности — 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 профессии с незначительным снижением объема профессиональной деятельности (снижение нормы выработки на 1/3 часть прежней загрузки);

б) 20 процентов утраты профессиональной трудоспособности — в случаях, если потерпевший может выполнять работу со снижением объема профессиональной деятельности на 1/5 часть прежней загрузки;

в) 5 — 10 процентов утраты профессиональной трудоспособности — в случаях, если потерпевший может выполнять работу по профессии со

снижением объема профессиональной деятельности на 1/10 часть прежней загрузки.

22. Клинико-функциональными критериями установления 5 — 30 процентов утраты профессиональной трудоспособности являются следующие незначительные нарушения функций организма:

а) незначительный 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 движений во всех суставах, с незначительным нарушением 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 процентов от нормы;

б) незначительный 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 процентов от нормы;

в) незначительная контрактура плечевого, локтевого или лучезапястного суставов; отсутствие одного-двух пальцев рук, исключая первый палец, с сохранением основной функции кисти;

г) незначительные вестибулярно-мозжечковые нарушения: головокружения, возникающие эпизодически; иногда спонтанный нистагм I степени;

д) незначительные статодинамические нарушения (неустойчивость в позе Ромберга, Сарбо), гиперрефлексия вестибулярной возбудимости с продолжительностью поствращательного нистагма 50 — 80 секунд, калорического нистагма 80 — 90 секунд;

е) 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);

ж) 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 процентов должной, максимальной вентиляции легких — до 60 — 74 процентов, увеличение минутного объема дыхания до 130 —

140 процентов, поглощения кислорода в минуту — до 260 — 270 мл, признаки компенсаторной гиперфункции миокарда правого желудочка);

з) незначительные сенсорные нарушения:

нарушения функций зрительного анализатора — малая степень слабо-видения единственного или лучше видящего глаза, острота зрения с коррекцией более 0,3, поля зрения — периферические границы в норме или сужены поля до 40 градусов, зрительная работоспособность в норме, показатели ЭФИ — пороги Э-У от 80 до 100 мкА, лабильность свыше 40 до 43 — 45 Гц, КЧСМ свыше 40 до 43 — 45 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;

и) незначительные 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, монометрия выявляет снижение давления наружного сфинктера — 22 — 33 мм рт. ст., внутреннего сфинктера — 41 — 58 мм рт. ст.

23. Степень утраты профессиональной трудоспособности при очередном переосвидетельствовании устанавливается с учетом результатов медицинской и профессиональной реабилитации потерпевшего.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

к Положению о порядке установления степени утраты профессиональной трудоспособности лиц, получивших трудовое увечье или профессиональное заболевание

ПЕРЕЧЕНЬ

причин инвалидности, при которых инвалидность считается наступившей вследствие трудового увечья

Инвалидность считается наступившей вследствие трудового увечья, если травма, отравление, тепловой удар, ожог, обморожение, утопление, поражение электрическим током или молнией, а также иное повреждение здоровья при стихийных бедствиях или авариях, вызвавшие инвалидность, произошли (кроме случаев противоправного деяния):

а) при выполнении трудовых обязанностей (в том числе во время командировки), а также при совершении каких-либо действий в интересах предприятия или организации, хотя бы и без специального поручения;

б) на территории предприятия, организации или в ином месте работы в течение рабочего времени (включая и установленные перерывы), а так-

же в течение времени, необходимого для приведения в порядок орудий производства, одежды и т. п. перед началом или по окончании работы;

в) вблизи предприятия, организации или иного места работы в течение рабочего времени (включая и установленные перерывы), если нахождение там не противоречило правилам внутреннего трудового распорядка;

г) в пути на работу или с работы;

д) на территории вахтового поселка с работником, работающим вахтово-экспедиционным методом и находившимся на сменном отдыхе во время стихийного бедствия;

е) при выполнении государственных или общественных обязанностей, а также при выполнении заданий общественных организаций, зарегистрированных в установленном порядке в соответствии с законодательством Республики Узбекистан, хотя бы эти задания и не были связаны с основной работой;

ж) при выполнении долга гражданина Республики Узбекистан по спасению человеческой жизни, по охране государственной, коллективной собственности, собственности граждан Республики Узбекистан и правопорядка;

з) при выполнении в течение рабочего дня поручений, заданий администрации (руководителя отдела, подразделения, цеха, участка и т. д.), не входящих в круг обязанностей работника;

и) в связи с выполнением донорских функций.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

к Положению о порядке установления степени утраты профессиональной трудоспособности лиц, получивших трудовое увечье или профессиональное заболевание

ПЕРЕЧЕНЬ

профессиональных заболеваний

1. Заболевания, вызываемые воздействием токсико-химических факторов:

1.1. Токсические поражения органов дыхания:

1.1.1. Ринофаринголарингит

1.1.2. Эрозия слизистых верхних дыхательных путей

1.1.3. Перфорация носовой перегородки

1.1.4. Трахеит

1.1.5. Бронхит (все формы)

1.1.6. Пневмосклероз

1.2. Токсическая анемия

1.3. Токсический гепатит**1.4. Токсическая нефропатия****1.5. Токсические поражения нервной системы:**

1.5.1. Полиневропатия

1.5.2. Энцефалопатия

1.5.3. Неврозоподобные состояния

1.6. Токсические поражения глаз:

1.6.1. Катаракта

1.6.2. Конъюнктивит

1.6.3. Кератоконъюнктивит

1.7. Токсические поражения костей:

1.7.1. Остеопороз

1.7.2. Остеосклероз

1.7.3. Некроз костей челюсти

1.8. Болезни кожи:

1.8.1. Эпидермоз

1.8.2. Контактный дерматит

1.8.3. Фотодерматит

1.8.4. Онихии

1.8.5. Паранихии

1.8.6. Токсическая меланодермия

1.8.7. Масляные фолликулиты

1.8.8. Экзема

1.9. Металлическая и фторопластовая (тефлоновая) лихорадка**2. Заболевания, вызываемые воздействием
промышленных аэрозолей и пыли:****2.1. Пневмокониозы**

2.1.1. Силикоз

2.1.2. Силикатозы

2.1.3. Металлокониозы

2.1.4. Пневмокониозы от смешанной пыли и другие

2.1.5. Гиперчувствительные пневмониты

2.2. Биссиноз**2.3. Хронический бронхит профессиональный (пылевой, токсико-пылевой в сочетании с неблагоприятными метеофакторами):**

необструктивный

обструктивный

астматический

2.4. Новообразования

3. Заболевания, вызываемые воздействием физических факторов

3.1. Заболевания, связанные с воздействием ионизирующего излучения:

- 3.1.1. Лучевая болезнь
острая лучевая болезнь
хроническая лучевая болезнь
- 3.1.2. Местные лучевые поражения (острые и хронические)

3.2. Заболевания, связанные с воздействием неионизирующих излучений:

- 3.2.1. Вегето-сосудистая дистония
- 3.2.2. Астенический синдром
- 3.2.3. Астено-вегетативный синдром
- 3.2.4. Гипоталамический синдром

3.3. Местные повреждения тканей лазерным излучением:

- 3.3.1. Ожоги кожи
- 3.3.2. Поражения роговицы глаза
- 3.3.3. Поражения сетчатки

3.4. Вибрационная болезнь

3.5. Кохлеарный неврит (нейросенсорная тугоухость)

3.6. Вегетативно-сенсорная (ангионевроз) или сенсомоторная полиневропатия рук

3.7. Электроофтальмия

3.8. Катаракта

3.9. Декомпрессионная (кессонная) болезнь и ее последствия

3.10. Перегрев:

- 3.10.1. Тепловой удар
- 3.10.2. Судорожное состояние

3.11. Заболевания, вызванные воздействием пониженной температуры:

- 3.11.1. Облитерирующий эндартериит
- 3.11.2. Вегетативно-сенсорная полиневропатия

3.12. Ониходистрофия, механические эпидермозы (омозолелости и др.)**4. Заболевания, связанные с физическими перегрузками и перенапряжением отдельных органов и систем:****4.1. Координаторные неврозы, в т. ч. писчий спазм****4.2. Заболевания периферической нервной системы:**

4.2.1. Моно- и полиневропатии, в т. ч. компрессионные и вегетативно сенсорные полиневропатии верхних конечностей

4.2.2. Рефлекторные синдромы шейного и пояснично-крестцового уровня (нейрососудистый, миотонический, нейродистрофический)

4.2.3. Шейно-плечевая, пояснично-крестцовая радикулопатия

4.2.4. Радикуломиелопатия шейного и пояснично-крестцового уровня

4.3. Заболевания опорно-двигательного аппарата:

4.3.1. Хронические миофиброзы предплечий и плечевого пояса, тендовагиниты

4.3.2. Стенозирующие лигаментозы, стилоидозы (локтевой и плечевой), эпикондилиты

4.3.3. Периаартрозы (плечелопаточный, локтевой, коленный, деформирующие остеоартрозы той же локализации) с нарушением функции; бурситы, асептические остеонекрозы

4.4. Опушение и выпадение матки, стенок влагалища

4.5. Выраженное варикозное расширение вен нижних конечностей, осложненное воспалительными (тромбофлебитом) и трофическими расстройствами

4.6. Заболевания, вызываемые перенапряжением голосового аппарата:

4.6.1. Хронический ларингит

4.6.2. Вазомоторный монохордит

4.6.3. Узелки голосовых складок («узелки певцов»)

4.6.4. Контактные язвы голосовых складок

4.6.5. Фоностения

4.7. Прогрессирующая близорукость**4.8. Эмфизема легких****4.9. Неврозы****5. Заболевания, вызываемые действием биологических факторов:**

5.1. Инфекционные и паразитарные заболевания, с которыми работники находятся в контакте в процессе работы:

- 5.1.1. Туберкулез
- 5.1.2. Бруцеллез
- 5.1.3. Сап
- 5.1.4. Сибирская язва
- 5.1.5. Клещевой энцефалит
- 5.1.6. Орнитоз
- 5.1.7. Узелки доярок
- 5.1.8. Токсоплазмоз
- 5.1.9. Вирусный гепатит
- 5.1.10. Микозы кожи
- 5.1.11. Эризепоид розенбаха
- 5.1.12. Чесотка
- 5.1.13. Сифилис

5.2. Дисбактериоз, кандидомикоз кожи и слизистых, висцеральный кандидоз

6. Аллергические заболевания:

- 6.1. Конъюнктивит
- 6.2. Ринит, ринофарингит, ринофаринголарингит, риносинусит
- 6.3. Бронхиальная астма
- 6.4. Астматический бронхит
- 6.5. Экзогенный альвеолит
- 6.6. Дерматит, экзема, токсикодермия
- 6.7. Отек квинке, крапивница, анафилактический шок
- 6.8. Токсико-аллергический гепатит
- 6.9. Поражения центральной и периферической нервной системы и др.

7. Новообразования, возникающие под воздействием канцерогенных веществ на рабочем месте:

- 7.1. Опухоли кожи (гиперкератозы, эпителиомы, папилломы, рак, лейкокератозы)
- 7.2. Опухоли полости рта и органов дыхания
- 7.3. Опухоли печени
- 7.4. Рак желудка
- 7.5. Лейкозы
- 7.6. Опухоли мочевого пузыря (папилломы, рак)
- 7.7. Опухоли костей

ПЕРЕЧЕНЬ
основных инвалидизирующих заболеваний и критериев установления
инвалидности при данных заболеваниях

1. Критерии определения ограничения жизнедеятельности при основных инвалидизирующих внутренних болезнях и часто наблюдаемых синдромах

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
1.1. Некоторые инфекционные и паразитарные болезни (Фтизиатрия) — А (МКБ-10)			
1.1.1. Очаговый туберкулез легких (А 15)			
Очаговый туберкулез легких — характеризуется наличием единичных или множественных очагов диаметром не более 1,5 см, локализующихся на ограниченном участке одного или обоих легких. Клиническое излечение отмечается у 90 — 95% больных. При неблагоприятном течении заболевания и наличии осложнений со стороны легких и других органов больным туберкулезом с первично выявленным заболеванием определяется группа инвалидности.			
I степень	Рентгенологически единичные плотные очаги различной давности, диаметром не более 1,5 см локализируются в ограниченном участке одного легкого, занимают 1-2 сегмента. Отсутствует выделение микобактерий туберкулеза в мокроте. Легко выраженная интоксикация организма, отсутствие отклонений со стороны анализов крови и мочи. ДН 0 ст.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Клинико-рентгенологическая стабилизация процесса, единичные очаги различной давности, диаметром не более 1,5 см, локализующиеся на ограниченном участке одного или обоих легких, занимающие 1 или 2 сегмента. Отсутствие или небольшое выделение микобактерий туберкулеза в мокроте. Слабо выраженная интоксикация организма. Отсутствует лейкоцитоз. СОЭ до 18 — 20 мм/ч. ДН I ст. ЧД 22 — 25/мин.	самообслуживанию — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
III степень	Клинико-рентгенологическая стабилизация процесса отсутствует, рентгенологически определяется наличие свежих очагов и множественные очаги различной давности, диаметром не более 1,5 см, локализующиеся на участках I или 2 сегментов. Отсутствие или выделение микобактерий туберкулеза в мокроте, выраженная симптоматика общей интоксикации организма. Лейкоцитоз до $10 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 20 — 30 мм/ч. ДН II ст. ЧД более 26/мин.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — III ст.	II группа
1.1.2. Диссеминированный туберкулез легких (A 15)			
Диссеминированный туберкулез легких — характеризуется образованием множественных туберкулезных очагов. По клиническому течению выделяют острые, подострые и хронические формы.			
I степень	После специфического лечения практически отсутствует клиническая картина процесса, симптомы расстройства функций различных систем организма, отсутствуют признаки легочного сердца и нарушение функции дыхания.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	После специфического лечения отмечается благоприятный клинический исход, с формированием ДН I ст., ЧД 22 — 25/ мин. или умеренные нарушения функций других систем организма. Отсутствуют микобактерии туберкулеза в мокроте.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Замедленная положительная клинико-рентгенологическая динамика процесса на фоне специфического лечения. Хроническая субкомпенсированная фаза легочного сердца, кровохарканье, кровотечение, ДН II ст., ЧД более 26/мин. Выделение микобактерий туберкулеза в мокроте. Нуждается в длительном адекватном специфическом и симптоматическом лечении.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — III ст.	II группа
IV степень	Отсутствие положительной клинико-рентгенологической динамики процесса, прогрессирование процесса; несмотря на лечение, возникают тяжелые легочные и внелегочные осложнения (ДН III ст., амилоидоз внутренних органов, декомпенсированное легочное сердце и др.). Нуждается в длительном адекватном специфическом и симптоматическом лечении.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа
1.1.3. Инфильтративный туберкулез легких (A 15)			
Инфильтративный туберкулез легких — характеризуется острым течением и быстрым прогрессированием. Выделяют два основных варианта течения: прогрессирующий и инволютивный.			

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
I степень	После специфического и патогенетического лечения отмечается инволютивное течение заболевания, в среднем после обнаружения процесса спустя 6 — 10 мес. Отсутствие микобактерий туберкулеза в мокроте. Отсутствуют проявления общей интоксикации организма, рентгенологические, лабораторные признаки активности, ДН 0 ст.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Наличие небольших инфильтратов, без распада. На фоне лечения отмечается благоприятное течение заболевания; без формирования выраженных нарушений функции дыхания и кровообращения. ДН I ст. ЧД 22 — 25 /мин.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Наличие обширных инфильтратов, отличающихся тенденцией к прогрессирующему течению, несмотря на специфическое лечение. ДН II ст. ЧД более 26 /мин., ХСН II-III ст. ФК по NYHA. Различают несколько клинико-рентгенологических вариантов: лобулярный, облаковидный, лобит, перициссурит, казеозная пневмония. В лабораторных данных характерно отсутствие лейкоцитоза при повышении СОЭ.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — III ст.	II группа
IV степень	Наличие обширных инфильтратов, с быстро прогрессирующим течением, резко выраженные проявления общей интоксикации организма, несмотря на активную специфическую и патогенетическую терапию. ДН III ст., ХСН III-IV ст. ФК по NYHA.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.; обучению — III ст.	I группа
1.1.4. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких (A 15)			
Фиброзно-кавернозный туберкулез легких — характеризуется фиброзной каверной в легком, выраженным фиброзом в легочной ткани, очагами бронхогенной диссеминации.			
I степень	Характеризуется наличием небольшой (до 10 мм) каверны и развитием фиброзных изменений в окружающих тканях. Течение стабильное, благодаря химиотерапии, отсутствуют микобактерии туберкулеза в мокроте. Практически отсутствуют признаки общей интоксикации организма, ДН 0 ст.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Доброкачественное течение процесса, характеризуется наличием каверны до 2 см диаметром и развитием фиброзных изменений в окружающих тканях, эмфиземы, бронхоэктазов. Течение стабильное, благодаря химиотерапии удается ликвидировать бронхолегочные диссеминации. Отмечаются умеренные признаки общей интоксикации организма. ДН I ст. ЧД 22 — 25/мин. Отсутствие выделения микобактерий туберкулеза в мокроте.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
III степень	Характеризуется частыми и длительными обострениями, выраженными признаками общей интоксикации организма, развитием ДН II ст., ЧД более 26/мин. ХСН II-III ст. ФК по NYHA., вследствие декомпенсации легочного сердца, выраженные нарушения функции дыхания, легочное кровотечение. Возможны осложнения со стороны других систем: почек, печени, ЦНС и др.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — III ст.	II группа
IV степень	Характеризуется обширными анатомическими изменениями легких, внелегочной локализацией туберкулеза с амилоидозом внутренних органов, значительно выраженными симптомами интоксикации и декомпенсации легочно-сердечной системы с ДН III ст., ХСН III-IV ст. ФК по NYHA.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа
1.1.5. Цирротический туберкулез легких (A 15)			
Цирротический туберкулез легких — характеризуется массивным разрастанием соединительной ткани в легком и плевре в результате инволюции фиброзно-кавернозного, диссеминированного, реже инфильтративного туберкулеза и поражения плевры.			
I степень	Отсутствуют признаки активности специфического или хронического неспецифического воспалительного процесса, ограниченный цирротический процесс, без кровохарканья. ДН-0.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Характеризуется разрастанием грубой соединительной ткани в легких, в плевре, с преобладанием фиброзных изменений над специфическими, процесс чаще односторонний. Рентгенологически выявляются признаки грубого деформирующего склероза. Отсутствуют микобактерии туберкулеза в мокроте. Анализ крови в пределах нормы. ДН I ст., ЧД 22-25 /мин.	передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Распространенные морфологические изменения в обоих легких, длительно сохраняющиеся симптомы интоксикации организма за счет специфического и неспецифического воспаления. ДН II ст., ЧД 22-25 /мин. ХСН II-III ФК NYHA, легочное сердце в фазе декомпенсации.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — III ст.	II группа
IV степень	Обширный двухсторонний цирротический процесс, сопровождающийся выраженными симптомами общей интоксикации организма и длительной декомпенсацией, при наличии ДН III ст. ЧД более 26 /мин. ХСН III-IV ФК NYHA, хронического легочного сердца в фазе декомпенсации, развития амилоидоза и других тяжелых осложнений.	самообслуживанию — III ст.; передвижению III ст.; обучению — III ст.	I группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
1.1.6. Туберкулема легких (А 15)			
Туберкулема легких — характеризуется наличием казеозно-некротического инкапсулированного образования в легком, диаметром более 1 см, с хроническим торпидным течением			
I степень	Туберкулема имеет регрессирующее течение с легко выраженной интоксикацией организма, с отсутствием клинических, рентгенологических и лабораторных признаков активности процесса. ДН 0 ст.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Несмотря на длительное лечение туберкулема химиопрепаратами, сохраняются симптомы умеренной степени общей интоксикации организма, клинико-лабораторные анализы в пределах нормы. Рентгенологически отмечаются умеренные изменения вокруг туберкулем. ДН I ст. ЧД 22-25/мин. Отсутствие микобактерий туберкулеза в мокроте.	передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Неблагоприятное течение специфического процесса или послеоперационного периода, осложненного обострением специфического процесса, с выраженной интоксикацией организма. ДН II ст. ЧД более 26/мин. Выделение микобактерий туберкулеза в мокроте.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — III ст.	II группа
1.1.7. Туберкулез верхних дыхательных путей — надгортанника, гортани, глотки (А 15.5)			
I степень	Общее состояние удовлетворительное. Клинически проявляется выделением небольшого количества мокроты, незначительной потерей массы тела, незначительной охриплостью и изменением голоса, болями в ушах, болями при глотании. Лабораторно СОЭ в пределах нормы. Рентгенологически специфические признаки не выявляются.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Общее состояние относительно удовлетворительное. Клинически отмечается кашель с выделением мокроты, потеря массы тела, охриплость и изменение голоса, до свистящего шепота, боли в ухе, боли при глотании, язвы на языке. Объективно выявляется изъязвление голосовых связок.	обучению — I ст.; общению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
1.1.8. Туберкулезный плеврит и эмпиема плевры (А 15.6)			
Туберкулезный плеврит характеризуется воспалением плевры и накоплением экссудата в плевральной полости. Эмпиема плевры — тяжелое гнойное заболевание, требующее длительного, часто хирургического лечения.			

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
III степень	Боль при дыхании тупого характера в нижних отделах груди. Умеренная лихорадка, небольшой сухой кашель, одышка при незначительной физической нагрузке, притупление перкуторного звука над проекцией нижних отделов легкого, отсутствие дыхательных шумов при аускультации соответствующей области. Наличие микобактерий туберкулеза в экссудате и отделяемом из бронхов. При распространении гнойного процесса эмпиемы на грудную стенку в области межреберий может возникнуть абсцесс («холодный»). ДН II ст. ЧД свыше 26/мин., торакальные свищи. ХСН II-III ФК NYHA.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — III ст.	II группа
IV степень	Постоянная тупая и ноющая боль в нижних отделах груди «плевральные боли», одышка в покое, притупление перкуторного звука над легкими, отсутствие дыхательных шумов. Средостение смещено в противоположную сторону. Наличие микобактерий туберкулеза в мокроте и выделениях из свища. ДН III ст., ХСН IV ФК NYHA.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа
1.1.10. Туберкулез нервной системы (A 17)			
I степень	После проведенной специфической химиотерапии общее состояние больного удовлетворительное. Отсутствует симптоматика органических поражений нервной системы. Легкие проявления астенизации центральной нервной системы. Данные ЭЭГ, КТ, МРТ в пределах нормы.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	После проведенной химиотерапии общее состояние больного относительно удовлетворительное. Умеренно выраженный астено-невротический синдром, обычно сочетается с вегето-сосудистыми нарушениями, легкие органические изменения психики (психоорганический синдром умеренно выраженной степени), небольшая потеря слуха (тугоухость I-II степеней) или зрения. Данные ЭЭГ, КТ, МРТ в пределах легких отклонений от нормы. Монопарез или гемипарез умеренной степени выраженности. Редкие эпилептические припадки, иногда задержка психомоторного развития. КТ — признаки внутричерепной гипертензии.	передвижению — I ст.; ориентации — I ст.; общению — I ст.; обучению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	После комплексного специфического и симптоматического лечения общее состояние средней тяжести. Выраженная картина астенизации нервной системы в сочетании с выраженными вегетативно-сосудистыми нарушениями, органическими изменениями психики (выраженный психоорганический синдром), пол-	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; ориентации — II ст.; общению — II ст.;	II группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	ная глухота. Выраженные двигательные нарушения (моно-, гемипарез) в зависимости от локализации поражения, психоорганические изменения (иногда слабоумие), постоянное снижение критики к своему поведению и окружающей обстановке с возможностью частичной коррекции только при регулярной помощи других лиц, частые эпилептические припадки. ЭЭГ — снижение биоэлектрической активности мозга. КТ — выраженная внутричерепная гипертензия с признаками атрофии коры головного мозга.	контролю своего поведения — II ст.; обучению — II ст.; трудовой деятельности — III ст.	
IV степень	Резко выраженное снижение интеллекта, слепота, резко выраженные двигательные нарушения (моно-, геми-, три-, тетраплегии), резко выраженные проявления нарушения ликвородинамики, частые и длительные эпилептические припадки. Неспособность контролировать свое поведение, невозможность его коррекции, нуждаемость в постоянной помощи (надзор других лиц). ЭЭГ — снижение биоэлектрической активности мозга. КТ — выраженная внутричерепная гипертензия с признаками атрофии коры головного мозга.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.; ориентации — III ст.; общению — III ст.; контролю своего поведения — III ст.	I группа
1.1.11. Туберкулез костей и суставов (А 18.0)			
I степень	Симптомы туберкулезной интоксикации организма отсутствуют. В результате поражения периферических нервов и спинномозговых корешков, отмечаются нарушения передвижения в виде легкой степени моторных и сенсорных нарушений. Выявляются легкие признаки полинейропатии, головокружения, неуверенной походки, слабость в конечностях. Результаты лабораторно-рентгено-томографических исследований: отсутствует активность туберкулезного и воспалительного процесса.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Симптомы туберкулезной интоксикации отсутствуют. Отмечаются умеренные симптомы нарушения передвижения в виде средней степени моторных и сенсорных нарушений. Выявляются признаки полинейропатии, легкой степени выраженности геми-, монопареза. Отмечается утомляемость, эпизодические боли в области пораженных суставов, ограничения движения в суставах различной выраженности, но не более нарушения функции суставов II степени. Рентгенологическая картина остеопороза без очагов деструкции костной ткани. Лабораторно отсутствуют признаки активности туберкулезного и воспалительного процесса.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
III степень	<p>Отмечается выраженная симптоматика нарушения передвижения в виде моторных и сенсорных нарушений выраженной степени. Выявляются умеренно выраженные спастические геми-, пара- или монопарезы, выраженные нарушения функций верхних и (или) нижних конечностей, выраженная утомляемость, боли в пораженных зонах, ограничения движения в суставах, выраженная картина туберкулезного процесса, легкие или умеренные нарушения функции тазовых органов.</p> <p>Анкилоз сустава в функционально невыгодном положении. Локтевого (под углом менее 60 градусов или более 150 градусов, или при фиксации предплечья в положении крайней пронации или супинации), тазобедренного, коленного под углом менее 180 градусов или при укорочении конечности более чем на 7 см после резекции голеностопного сустава с порочным положением стопы и значительным нарушением функции статики-динамики. Нарушение функции суставов III степени. Рентгенологические признаки остеопороза, очаги деструкции костной ткани.</p>	<p>самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — III ст.</p>	II группа
IV степень	<p>Отмечается резко выраженная картина активности туберкулезного процесса в позвоночном столбе, а также резко выраженная картина моторных, сенсорных и интегративных нарушений. Выявляются резко выраженные геми-, парапарезы или параличи. Резко выраженная картина общей туберкулезной интоксикации организма, выраженные нарушения функции тазовых органов и суставов III-IV степеней. Могут быть туберкулезные свищи, туберкулезные абсцессы с общим тяжелым состоянием больного. Рентгенологически отмечаются картины деструкции тел позвонков, костной ткани и суставов. Кифосколиотическая деформация позвоночника, а также деформация грудной клетки с нарушением функции внешнего дыхания III степени. Лабораторно отмечается резко выраженная картина активности туберкулезного процесса: ускоренная СОЭ и нейтропения.</p>	<p>самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.</p>	I группа
1.1.12. Туберкулез почек и мочевыводящих путей (А 18.1)			
I степень	<p>Общее состояние удовлетворительное, температура тела в норме. Клиническая симптоматика в виде не резко выраженной слабости, вялости, головной боли, периодических отеков век, снижение аппетита, артериальное давление в преде-</p>	<p>Ограничения жизнедеятельности нет</p>	Ограничение по линии ВКК

Степень нарушения функций функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	делах нормы, почки не пальпируются, мочеиспускание свободное, отсутствует выделение микобактерий туберкулеза в моче, отсутствуют пиурия, гипоизостенурия, протеинурия, лейкоцитурия, эритроцитурия. Уровень креатинина крови ниже 0,18 ммоль/л, клубочковая фильтрация более 50% от должной.		
II степень	Общее состояние относительно удовлетворительное, субфебрильное повышение температуры тела, почки не пальпируются, умеренные боли в пояснице, мочеиспускание свободное, умеренно болезненное, небольшое выделение микобактерий туберкулеза в моче, незначительные пиурии, гипоизостенурия, до 1020, протеинурия, лейкоцитурия, эритроцитурия. Уровень креатинина более 0,19 ммоль/л, снижена клубочковая фильтрация 50% и ниже. ХПН I ст. Не резко выраженная анемия, гипоальбуминемия. Рентгенологическая стадия начальной деструкции характеризуется картиной папилита, изъеденности сосочка, тубулярный или форникальный рефлюкс, булавовидное расширение, как бы «обшнуровывание», размытость, инъекционность контуров чашечки, затек контрастного вещества в виде «язычков».	передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Общее состояние средней тяжести, повышение температуры тела, высокие показатели артериальной гипертензии, особенно систолическое, отмечается болезненность в проекциях почек, выраженные боли в пояснице, мочеиспускание частое, малыми порциями, болезненное, выделение микобактерий туберкулеза в моче, значительная пиурия, лейкоцитурия, эритроцитурия, гипоизостенурия до 1010 — 1012. Уровень креатинина не более 0,71 ммоль/л, клубочковая фильтрация снижена 30% и ниже. ХПН II ст. Суточный диурез уменьшен, выраженная анемия, гипоальбуминемия. Рентгенологически ограниченные деструктивные каверны 1,0 см и более в диаметре, признаки значительной деформации чашечно-лоханочной системы.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — III ст.	II группа
IV степень	Общее состояние тяжелое. Резко выраженная картина общей интоксикации организма, резко выраженная артериальная гипертензия, часто почки пальпируются, резко выраженные боли в пояснице, мочеиспускание частое, резко болезненное, резко выраженная пиурия, протеинурия, эритроцитурия. Анемия, застойная сердечная недостаточность, перикардит, симптомы отека мозга, легких. Клубочковая фильтрация менее 25%. Осмотическая плотность мочи уравнена с осмотической концентрацией плазмы крови. В плазме крови белок до	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	40 г/л. Креатинин крови превышает 0,72 ммоль/л. Тяжелый ацидоз. Рентгенологически — субтотальная или тотальная деструкция — характерно поликавернозное поражение двух почек, наличие выраженных теней в почечной паренхиме.		
1.1.13. Абдоминальный туберкулез (А 18.3)			
I степень	Симптомы туберкулезной интоксикации организма отсутствуют. Результаты лабораторных, УЗИ и Рентгено-томографических исследований: отсутствие активности туберкулезного и воспалительного процесса органов брюшной полости.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Симптомы туберкулезной интоксикации отсутствуют. В результате поражения туберкулезом функции желудочно-кишечного тракта отмечаются периодические нарушения моторно-эвакуаторной функции. Отмечается утомляемость, эпизодические боли в области эпигастрия и по ходу кишечника. Рентгено-томографические исследования и на УЗИ отмечают уплотненные мезентериальные лимфатические узлы в виде конгломерата. Лабораторные: отсутствуют признаки активности туберкулезного и воспалительного процесса.	передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Отмечается выраженная картина активности туберкулезного процесса, а также выраженная картина нарушения функции желудочно-кишечного тракта, отмечаются периодические нарушения моторно-эвакуаторной функции, снижение аппетита, утомляемость, кахексия, эпизодические боли в области эпигастрия и по ходу кишечника, запоры, поносы, асцит, наличие симптомокомплекса спаечной болезни. Обнаружение БК в кале. Рентгено-томографические исследования и на УЗИ отмечают уплотненные мезентериальные лимфатические узлы в виде конгломерата. Лабораторные признаки активности туберкулезного и воспалительного процесса.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — III ст.	II группа
IV степень	Отмечается резко выраженная картина активности туберкулезного процесса, а также резко выраженная картина нарушения функции желудочно-кишечного тракта, отмечаются нарушения моторно-эвакуаторной функции, снижение аппетита, утомляемость, кахексия, эпизодические боли в области эпигастрия и по ходу кишечника, запоры, поносы, асцит. Обнаружение БК в кале. Рентгено-томографические исследования и на УЗИ отмечают уплотненные мезентериаль-	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	ные лимфатические узлы в виде конгломерата. Лабораторные: резко выраженная картина активности туберкулезного процесса (ускоренная СОЭ и нейтропения). Состояние после операции по поводу абдоминального туберкулеза, осложненного стомой.		
1.1.14. Туберкулез глаз (А 18.5)			
I степень	При любых проявлениях туберкулезного поражения роговой оболочки воспалительного, дистрофического характера. Легкая степень нарушения темновой адаптации — ухудшение зрения в сумерках при дистрофии сетчатки. Острота зрения в пределах 0,03 — 1,0 с коррекцией в лучшем видящем глазу, незначительное сужение поля зрения на 10 — 15 градусов. Клинико-лабораторные и функциональные исследования: признаки отсутствия активности туберкулезного процесса.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	При любых проявлениях туберкулезного поражения роговой оболочки воспалительного, дистрофического характера. Развитая стадия заболевания со снижением остроты зрения в пределах 0,09 — 0,2 с коррекцией в лучшем видящем глазу, сужение поля зрения на 20°, либо при наличии функциональной скотомы у лиц, профессия которых предъявляет повышенные требования к состоянию центрального зрения. При наличии заболевания на одном глазу острота зрения 0 — 0,2 с коррекцией или концентрическое сужение поля зрения до 5°. Клинико-лабораторные и функциональные исследования — наличие активного туберкулезного процесса.	самообслуживанию — I ст.; ориентации — I ст.; обучению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Любые туберкулезные поражения роговой оболочки (кератиты, дистрофии роговой оболочки) с хроническим течением, не поддающиеся лечению. Далеко зашедшая стадия заболевания. Нарушение световой чувствительности тяжелой степени при дегенерации сетчатки. На глазном дне желтовато-белые блестящие точечные либо пигментированные отложения. Резкое сужение ретинальных сосудов. Атрофия диска зрительного нерва, резкое снижение или отсутствие центральных рефлексов сетчатки. Снижение остроты зрения в пределах 0,04 — 0,08 с коррекцией, концентрическое сужение поля зрения до 20°. Клинико-лабораторные и функциональные исследования: наличие активного туберкулезного процесса.	самообслуживанию — II ст.; ориентации — II ст.; обучению — II ст.; трудовой деятельности — III ст.	II группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
IV степень	Любые туберкулезные поражения роговой оболочки с грубыми дистрофическими изменениями. Далеко зашедшая, либо терминальная стадия заболевания. Нарушение световой чувствительности тяжелой степени. Наличие множественных и дегенеративных очагов на сетчатке. Возможны осложнения в виде атрофии зрительного нерва, катаракты, вторичной глаукомы, отслойки сетчатки и др. Снижение остроты зрения в лучше видящем глазу до 0,03 с коррекцией, концентрическое сужение поля зрения до 10° — 5° от точки фиксации, либо центральная скотома до 15°. Клинико-лабораторные и функциональные исследования: признаки наличия активного туберкулезного процесса или полная потеря зрения после туберкулезного поражения глаз.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.; ориентации — III ст.	I группа
1.1.15. Состояние после хирургического вмешательства по поводу туберкулеза (А 18.8)			
I степень	Сегментарная резекция легких. Результаты оперативного вмешательства благоприятны. Признаки активности процесса отсутствуют. Общие симптомы интоксикации организма практически отсутствуют. Рентгенологически отсутствуют какие-либо признаки активного туберкулеза. Функции внешнего дыхания в пределах нормы. ДН 0 степени. Сердечно-сосудистая недостаточность отсутствует. Гемограмма в норме.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Нефро-, пульмон-, лоб-, билобэктомия или сегментарная резекция. Результаты оперативного вмешательства благоприятны. Симптомы общей интоксикации организма легкой степени. Признаки активности отсутствуют. Рентгенологически не обнаруживаются признаки туберкулезного процесса. Гемограмма в норме. ХПН I ст., ДН I степени. ХСН I ФК NYHA. При деформации грудной клетки в связи с последствиями оперативного вмешательства — резекции пяти и более ребер при ДН I ст.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Нефро-, пульмон-, лоб-, билобэктомии и сегментарная резекция. Результаты оперативного вмешательства благоприятны, однако отмечается рецидивирующее течение основного заболевания и развитие субкомпенсированной фазы адаптационно-компенсаторной функции организма. Симптомы общей интоксикации организма умеренно выражены. ДН II ст., ХПН II ст., ХСН II-III ФК NYHA.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — III ст.	II группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
IV степень	Нефро-, пульмон-, лоб-, билобэктомии при неблагоприятном результате оперативного вмешательства, развитие декомпенсации адаптационно-компенсаторной функции организма, симптомы общей интоксикации организма резко выражены, явно выраженные метаболические изменения (кахексия), выраженная картина активного специфического и неспецифического воспалительного процесса (лейкоцитоз, эозинофилия, эритроцитопения, ускоренная СОЭ). ДН III ст., ХПН III ст., ХСН III-IV ФК NYHA.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.; общению — III ст.	I группа
1.2. Болезни крови С, D (МКБ-10)			
1.2.1. Множественная миелома. С 90			
Множественная миелома (миеломная болезнь, болезнь Рустицкого-Каллера) — парапротеинемический гемобластоз, характеризующийся злокачественной опухолевой пролиферацией плазматических клеток одного клона с гиперпродукцией моноклонального иммуноглобулина			
I степень	Болевой синдром, обусловленный остеодеструкцией, анемия, нефропатия с клиникой ХПН I (латентная), инфекционные осложнения. Анализ крови: Нв — выше 100 г/л, общий белок 70 г/л, повышенное СОЭ, содержание белка Бенс-Джонса в моче положительно, в костном мозге появляются плазматические клетки более 2%, наблюдается деструкция костной ткани.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Поражение костей в виде генерализованного остеопороза, переломы костей, амилоидоз почек с протеинурией и клиникой ХПН II (компенсаторная), радикулярные боли, компрессия спинного мозга, внутричерепные плазмцитомы, симптоматическая периферическая нейропатия, непостоянная гепатоспленомегалия, синдром гипервязкости, кровоточивость, инфекционные осложнения, лихорадка. В анализах: анемия (Нв-меньше 80 г/л), повышение СОЭ, пролиферация плазматических клеток, гиперпротеинемия, гиперкальциемия, выявление М градиента в сыворотке крови, выявления белка Бенс-Джонса до 4 г/л, тромбоцитопения.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень,	Прогрессирование процесса выражается в росте опухолевой массы, усиление остеолиза, клиническая симптоматика с распространением поражения костей, почек с клиникой ХПН III (интермиттирующая), гепатоспленомегалия, множественные плазмцитомы, гиперпротеинемия, гиперкальциемия, выявление М градиента в сыворотке крови. В анализах: анемия (Нв-меньше 60 г/л), повышенное СОЭ, содержание белка Бенс-Джонса от 4 до 12 г/л.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II / III ст.	II группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
IV степень	Выраженная клиническая симптоматика с генерализованным поражением костей, неврологические осложнения, поражение почек с клиникой ХПН IV (терминальная стадия), множественные плазмоцитомы. В анализах: анемия, повышенное СОЭ, кальций выше 2,99 ммоль/л, содержание белка Бенс-Джонса более 12 г/л.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа
1.2.2. Острые лейкозы (Гемобласты) С 91.0-92.0-92.4-92.5-93.0-94.0-94.2-95.0			
Острые лейкозы — быстро прогрессирующие формы лейкоза, характеризующиеся замещением нормального костного мозга незрелыми бластными гемопоэтическими клетками без дифференциации их в нормальные зрелые клетки крови.			
I степень	Выздоровление при длительности полной клинико-гематологической ремиссии в течение 5 лет и более, отсутствие костномозговых рецидивов.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Полная и стойкая ремиссия, длящаяся не менее 1 года, после завершения программы специфического лечения, необходимость уменьшения объема труда или перевод на другую работу, переобучение непротивопоказанной профессии. Лабораторные данные: уменьшение количества бластных клеток на 2-3 порядка, т. е. 99,0 — 99,9% на фоне полихимиотерапии, терапия продолжается в течение 2,5 лет и более. В пунктате костного мозга — уменьшение бластных клеток меньше 3%. Общий анализ крови — нормальный, бластные клетки отсутствуют. Симптоматика болезни может отсутствовать.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Полная и стойкая ремиссия, длящаяся не менее 1 года, при продолжении программы специфического лечения. Наличие стойких выраженных нарушений других органов и систем, как результат осложнения заболевания или цитостатической терапии. Явления гипертермии, геморрагического синдрома, различные инфекционные осложнения, нарушение активности, симптомы интоксикации, флебиты. Лабораторные данные: в периферической крови появляются бластные клетки, тромбоцитопения, анемия, лейкоцитоз или миелотоксический агранулоцитоз, количество бластных клеток в костном мозге в пределах 5%.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II / III ст.	II группа
IV степень	Острая стадия заболевания, даже при наличии ремиссии, длящаяся менее года, и в случае рецидива заболевания. Клинические проявления: гипертермия, геморрагический синдром, различные инфекционные осложнения, слабость, нарушение активности, симптомы интоксикации, оссалгии, полиорганные пора-	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.; ориентации — III ст.	I группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	<p>жения, кровоизлияния во внутренние органы, ДН III ст., признаки ХСН III-IV ФК NYHA, менингеальные синдромы, флебиты, лейкоэмическая инфильтрация десен, миокарда, кожи, яичек, пульмонит, лимфоаденопатия и гепатоспленомегалия.</p> <p>Лабораторные данные: общий анализ крови — бластные клетки в периферической крови, тромбоцитопения, лейкоцитоз или миелотоксический агранулоцитоз. Иногда отсутствуют бластные клетки (алейкемический вариант). Выраженное угнетение нормального кроветворения, в костном мозге количество бластных клеток более 5% или тотальный бластоз. Спинномозговая жидкость — бластный цитоз и наличие эритроцитов.</p>		
1.2.3. Хронический лимфобластный лейкоз. С91.1.			
Хронический лимфобластный лейкоз — лимфопролиферативное неопластическое заболевание, характеризующееся пролиферацией и увеличением в периферической крови количества зрелых лимфоцитов на фоне лимфоцитарной инфильтрации костного мозга, лимфатических узлов, селезенки и других органов.			
I степень	Изолированный лимфоцитоз (костного мозга и периферической крови) без признаков интоксикации.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Анализ крови — лейкоцитоз до $50 - 100 \times 10^9/\text{л}$, лимфоцитоз в крови более $15,0 \times 10^9/\text{л}$, тромбоциты более $100 \times 10^9/\text{л}$, лимфоцитоз в костном мозге более 40%. Показатели красной крови, гранулоцитов, тромбоцитов либо нормальные, либо не требуют по клинической картине медикаментозного вмешательства, катаральные заболевания не учащены. В этой стадии противоопухолевая терапия, как правило, не нужна. Признаков интоксикации нет. Увеличение лимфоузлов. Необходимость рационального трудоустройства, переквалификации и уменьшения объема выполняемой работы.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Появляется повышенная утомляемость, слабость, потливость, снижается работоспособность, теряется масса тела, появляется цитолитические кризы; нарастает опухолевая масса, появляются рецидивирующие инфекции, ежедневно наблюдается субфебрильная температура. Анализ крови — лейкоцитоз за $100 \times 10^9/\text{л}$ и нарастает ежемесячно, содержание гемоглобина менее 100 г/л, тромбоцитов менее $100 \times 10^9/\text{л}$. Лимфоцитоз сопро-	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II / III ст.	II группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	воздается гепатоспленомегалией, независимо от размеров лимфоузлов. Лимфоузлы увеличены. Требуется проведение специфического лечения.		
IV степень	Наиболее частыми осложнениями являются цитопенические синдромы. Развивается резкое угнетение нормальных ростков кроветворения, гипогаммаглобулинемия, повышается инфекциозность. Наблюдается кахексия, лимфатическая инфильтрация внутренних органов, зуд кожи. Одним из проявлений терминальной стадии может стать гипертермия, экссудативный плеврит и саркомный рост в лимфатических узлах. Анализ крови: лейкоцитоз, иногда может развиться лейкопения, снижение тромбоцитов ниже $90 \times 10^9/\text{л}$, анемия и увеличение размеров лимфоузлов, селезенки и печени; лимфоцитоз до 80%, появляется бластоз.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа
1.2.4. Хронический миелолейкоз С 92.1			
Хронический миелолейкоз — злокачественная опухоль кроветворной ткани, исходящая из клеток — предшественниц миелопоэза, морфологическим субстратом которой являются дифференцирующиеся и зрелые гранулоциты.			
I степень	Редкие случаи выздоровления после успешной трансплантации костного мозга.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
II степень	Хроническая стадия: повышенная потливость, утомляемость, тяжесть в левом подреберье, снижение массы тела, спленомегалия, инфаркт селезенки, острые боли в левом подреберье. Печень не всегда увеличена или гепатомегалия в 20% случаях. Мучительный приапизм, реже нарушение зрения или функций головного мозга с головными болями, заторможенностью. Анализ крови: лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево (постепенное увеличение числа миелоцитов и метамиелоцитов, появление промиелоцитов), склонность к тромбоцитозу, увеличен процент эозинофилов и базофилов. Выявляется Филадельфийская хромосома или bcr/abl ген в крови либо в костном мозге. Гиперклеточность костного мозга с увеличением количества молодых гранулоцитов, увеличение размеров селезенки. Необходим ежедневный прием специфических лекарств.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II / III ст.	II группа
III степень	Терминальная стадия: развивается картина острого лейкоза. Появляется резкая слабость, длительные боли в костях, суставах, гипертермия, проливной пот.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	<p>Печень и селезенка быстро увеличиваются, присоединяется картина геморрагического диатеза. Могут появляться экстрамедуллярные бластные инфильтраты, нейрорлейкемия, кожные лейкемиды, приапизм.</p> <p>Анализ крови и костного мозга: увеличиваются бластные клетки более 30%. Количество лейкоцитов может резко увеличиваться, но может быть и небольшим — всего $10 - 15 \times 10^9/\text{л}$. Базофилия, эозинофилия, анемия нормохромного типа.</p>		
1.2.5. Эритремия. С94.0.			
Эритремия (истинная полицитемия) — доброкачественное миелопролиферативное заболевание, характеризующееся тотальной гиперплазией клеточных элементов костного мозга, наиболее выраженной в эритроцитарном ростке			
I степень	Малосимптомная клиника. Кровотечение из носа, десен, кожный зуд, связанный с приемом водных процедур, эритромелалгия, мягкая, умеренная гипертония, поддающаяся лечению.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	<p>Характерна эритроцианотическая окраска кистей рук и лица, видимых слизистых, мягкого неба, чувство жара, конечности горячие на ощупь, дерматит кожных покровов, спленомегалия.</p> <p>Анализ крови: тромбоцитоз $1500 - 2000 \times 10^9/\text{л}$, эритроцитоз $6 - 8 \times 10^9/\text{л}$, лейкоцитоз, повышение гемоглобина до $180 - 220 \text{ г/л}$, повышение гематокрита, появление ретикулоцитов в крови.</p>	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	При наличии осложнений основного заболевания — почечной колики, подагры, артериальной гипертензии III ст., гепатоспленомегалии, дерматита лица пустулезного типа, тромбозов вен конечностей, нарушения зрения, геморрагии, кровотечения, жгучих болей в конечностях, тромбофлебитов, язвы желудка и 12-перстной кишки, инфарктов, инсультов, осложненной ХСН II-III ФК NYHA, ХПН II ст.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II/III ст.	II группа
IV степень	Усиление геморрагических синдромов, выраженная гепатомегалия, спленомегалия, желтуха, печеночная недостаточность III ст., резкое общее истощение больных до кахексии, острые боли в печени и в селезенке, асептическая лихорадка, глоссит, инфекционные и сосудистые осложнения с наличием ХСН III-IV ФК NYHA и ХПН терминальная стадия.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.; общению — III ст.; ориентации — III ст.	I группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
1.2.6. Железодефицитная анемия. D50. Анемии, обусловленные дефицитом витамина В₁₂ и фолиевой кислоты. D51, D52			
<p>Железодефицитная анемия — анемия, обусловленная дефицитом железа в сыворотке крови, костном мозге и депо.</p> <p>Анемии, обусловленные дефицитом витамина В₁₂ и фолиевой кислоты — группа анемии, обусловленной нарушением синтеза ДНК в эритрокариоцитах, вследствие дефицита витамина В₁₂ и/или фолиевой кислоты.</p>			
I степень	Обострения 1 раз в год продолжительностью до 10 — 14 дней. В клинике преобладает общеанемический синдром. В крови гемоглобин до 90 г/л, эритроциты $3,5 \times 10^{12}$, сывороточное железо до 10 мкмоль/л (норма 12,5 — 25 мкмоль/л)	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Обострения 2-3 раза в году до 20 — 30 дней. В клинической картине преобладает общеанемический и сидеропенический (изменение ногтей, волос, трещины на коже, заеды, дисфагия, извращения вкуса) синдромы. Поражается сердечно-сосудистая система: миокардиодистрофия, тахикардия до 90 уд. в мин., ХСН I-II ФК NYHA. В крови гемоглобин 70 г/л, эритроциты в пределах 3×10^{12} /л, сывороточное железо 5 — 10 мкмоль/л, выраженный анизоцитоз, пойкилоцитоз, уровень ферритина снижен до 10 нг/л.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Обострения 5-6 раз в год и более длительностью до 40-60 дней, выраженные клинические и гематологические нарушения (гемоглобин менее 70 г/л, эритроциты менее 3×10^{12} /л., сывороточное железо менее 5 мкмоль/л, резко выраженный анизоцитоз, пойкилоцитоз, ферритин резко снижен, менее 10 нг/мл). ХСН II- III ФК NYHA.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II/III ст.	II группа
Примечание: Показатели клинического исследования крови без признаков хронической сердечной недостаточности не являются критерием для установления инвалидности.			
1.2.7. Гемолитические анемии наследственные D-55 — D59. Гемолитические анемии аутоиммунные D-59, D-60			
Гемолитические анемии — группа анемий, характеризующихся синдромом гемолиза (повышенным разрушением эритроцитов) в виде внезапных гемолитических кризов, сопровождаемых резкими болями, желтухой, потемнением цвета мочи, а также увеличением печени и селезенки. Для наследственных гемолитических анемий характерны аномалии развития: башенный череп, микрофтальмия, высокое верхнее «готическое» небо, изменение расположения зубов, укорочение мизинца, синдактилии и пр. Картина крови — снижение гемоглобина до низких			

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
цифр, эритропения, ретикулоцитоз, нормохромия, иногда лейкоцитоз, тромбоцитопения, осмотическая резистентность снижена. В костном мозге — гиперплазия красного ростка, иногда количество эритрокариоцитов уменьшается. Биохимические анализы — гипербилирубинемия за счет не прямой фракции, увеличение количества глобулинов. В моче обнаруживается гемосидерин и свободный гемоглобин.			
I степень	Обострения (кризы) 1-2 раза в году, длительностью 15 — 20 дней, не резко выраженный гемолитический синдром (моча темная, сгущение желчи, стеркобилин в кале, превышающий норму в 25 раз, повышение в сыворотке крови прямого билирубина, повышение температуры тела). В крови гемоглобин до 90 г/л, ретикулоциты — 10 — 20%, не прямой билирубин 20 — 40 мкмоль/л.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Обострения (кризы) 2-3 раза в год до 25 — 30 дней, умеренно выраженный гемолитический синдром, поражение сердечно-сосудистой, нервной, пищеварительной системы (подъемы АД, вестибулярные нарушения, желчная, печеночная, почечная колика, гепатит, желтуха, гепатолиенальный синдром), трофические расстройства, кровотечения. В крови гемоглобин 70 г/л, билирубин 40 — 50, лейкопения, лейкоцитоз. ХСН I-II ст. ФК NYHA.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Обострения (кризы) 5-6 раз в год, длительностью более 2 мес. Развиваются осложнения ССС в виде ХСН II-III ст. ФК NYHA, гепатолиенальный синдром, проходящие нарушения мозгового кровообращения, изменения психики. В крови: анемия тяжелой степени, не прямой билирубин 50 мкмоль/л и более.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II/III ст.	II группа
IV степень	Стабильно тяжелая анемия, лейкоцитопения, тромбоцитопения с резко выраженными нарушениями функции внутренних органов и систем (ХСН III-IV ФК NYHA, ХПН IV ст.), интоксикацией, миелотоксическим агранулоцитозом, глубокой тромбоцитопенией, кахексией, развитием реакции отторжения трансплантата костного мозга.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа
1.2.8. Апластическая анемия D60-D61			
Апластическая анемия — нарушение гемопоэза, характеризующаяся редукцией эритроидного, миелоидного и мегакариоцитарного кровото- ворных ростков костного мозга и панцитопенией в крови.			
I степень	Трехростковая цитопения: анемия, лейкопения, тромбоцитопения (анемический, геморрагический, инфекционно-воспалительный синдромы). Лимфатические узлы, печень и селезенка не увеличены.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	<p>В анализах крови: анемия легкой степени, чаще нормохромная, макроцитарная, ретикулоцитопения, лейкоцитопения, лимфоцитоз и тромбоцитопения.</p> <p>В костном мозге: уменьшение количества гранулоцитарных клеток, относительный лимфоцитоз. Количество эритрокариоцитов снижено. Мегакариоциты отсутствуют или значительно снижены.</p> <p>Трепанобиопсия: диффузное заполнение костномозговых полостей жировой тканью с небольшими очагами кровотворных клеток.</p> <p>Биохимические анализы: повышение сывороточного железа.</p>		
II степень	Анемия средней степени тяжести после достижения стойкой клинико-гематологической ремиссии с умеренными нарушениями функции ССС, нервной и других систем.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Анемия тяжелой степени, при неполной и нестойкой клинико-гематологической картине: тромбоцитопения, лейкоцитопения, с выраженными нарушениями функции внутренних органов и систем (ХСН II-III ФК NYHA, ХПН интермиттирующая стадия, печеночная недостаточность, кровоизлияния в сетчатку глаз, кровотечения из внутренних органов).	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II / III ст.	II группа
IV степень	Стабильно тяжелая анемия, лейкоцитопения, тромбоцитопения с резко выраженными нарушениями функции внутренних органов и систем (ХСН III-IV ФК NYHA, ХПН терминальная стадия), интоксикацией, миелотоксическим агранулоцитозом, глубокой тромбоцитопенией, кахексией, развитием реакции отторжения трансплантата костного мозга.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа
1.2.9. Гемофилия А.В.С дефицит 8-9-11 факторов крови D66.-67-68			
Наследственные коагулопатии — генетически обусловленные нарушения в системе свертывания крови, связанные с дефицитом или молекулярными аномалиями плазменных факторов свертывания и компонентов калликреин-кининовой системы			
I степень	Бессимптомное или неинтенсивное течение заболевания, кровотечения, кровоизлияния в суставы носят эпизодический характер и самостоятельно рассасываются, не оставляя изменений.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Любая травма или оперативные вмешательства могут быть причиной кровотечения. Со стороны анализов гемостаза выявляется дефицит VII, IX, XI факторов свертывания крови, гемартроз одного крупного сустава. При наличии противопоказаний к условиям труда.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
III степень	Кровоизлияния в крупные суставы, желудочно-кишечные кровотечения, кровоизлияния во внутренние органы, анкилоз двух одноименных суставов, внутрисуставные переломы.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II / III ст.	II группа
IV степень	Кровоизлияния во внутренние органы, нарушения психики. Поражение опорно-двигательной системы: анкилоз двух и более суставов с контрактурой в функционально невыгодном положении.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.; общению — III ст.; ориентации — III ст.; контролю поведения — III ст.	I группа
1.2.10. Тромбоцитопении и тромбоцитопатии врожденные и приобретенные D 69. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура D 69.3 Наследственная геморрагическая телеангиоэктазия Болезнь Виллебранда D 68.0			
<p>Тромбоцитопения — уменьшение количества тромбоцитов в крови.</p> <p>Тромбоцитопатии врожденные и приобретенные — группа геморрагических диатезов, обусловленных нарушением функционального состояния тромбоцитов (качественные нарушения функции тромбоцитов).</p> <p>Клинически наблюдаются повышенная кровоточивость, кровотечения различных локализаций (носовые, десневые, маточные, ЖКТ, геморроидальные). Картина крови — анемия, эритропения, гипохромия, сидеропения, уменьшение ферритина, тромбоциты — в норме или тенденция к уменьшению. Гемостаз — снижение и нарушение адгезивной способности тромбоцитов, снижена агрегация тромбоцитов, генетические дефекты тромбоцитов.</p>			
I степень	В клинике преобладает геморрагический синдром. Анемия легкой степени, кровоизлияния эпизодические, без серьезных последствий.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	В клинической картине преобладает легкий геморрагический синдром: кожные геморрагии, кровоточивость слизистых оболочек, кровоизлияния в различные органы и ткани. Гипохромная анемия средней степени, уменьшение ферритина, тромбоциты в норме или тромбоцитопения, удлинение времени кровотечения при нормальных показателях протромбинового и тромбинового времени. В костном мозге увеличено количество мегакариоцитов.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
III степень	Выраженные клинические признаки анемии и геморрагических синдромов (кровотечения в слизистые оболочки, кожные покровы, в суставы, в головной мозг, маточные, десневые, пищеводные, желудочно-кишечные кровотечения). Гипохромная анемия тяжелой степени, глубокая тромбоцитопения, удлинение времени кровотечения при нормальных показателях протромбинового и тромбинового времени. В костном мозге увеличено количество мегакариоцитов.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II/III ст.	II группа
1.3. Болезни эндокринной системы класс E МКБ-10			
1.3.1. Синдром гипотиреоза Субклинический гипотиреоз вследствие йодной недостаточности E02 Врожденный гипотиреоз E 03.1. Гипотиреоз, вызванный медикаментами и другими внешними веществами E03.2 Постинфекционный гипотиреоз E03.3 Атрофия щитовидной железы (приобретенная) E 03.5 Другие уточненные гипотиреозы E03.8 Гипотиреоз не уточненный E03.9			
Гипотиреоз — состояние, при котором уровень гормонов щитовидной железы в крови снижен.			
I степень	Соматические нарушения легкие. Бессимптомное течение. Легкое урежение сердечного ритма (незначительная брадикардия). Незначительная хроническая ишемия мозга. В неврологическом статусе определяется «микроорганическая» симптоматика, нарушение конвергенции, умеренные когнитивные расстройства лобно-подкоркового характера без нарушения профессиональной и социальной адаптации. Физическая активность пациента не ограничена. Гормональные и метаболические нарушения незначительные. Концентрация Т3, Т4, свободного Т3, свободного Т4 в норме или незначительно снижены.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Соматические нарушения умеренные. Отечность губ, языка, запоры. Брадикардия умеренная, ниже 60 ударов в минуту, лабильность АД. ХСН I-II ФК NYHA. Хроническая ишемия мозга I степени. Ухудшается профессиональная и социальная адаптация больного, однако сохраняется возможность самообслуживания.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; общению — I ст.; ориентации — I ст.; обучению — I ст.;	III группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	Гормональные и метаболические нарушения в виде снижения концентрации Т3, Т4, свободного Т3, свободного Т4 в сыворотке крови и повышение ТТГ более 5,0 мМЕ/л. Необходимость постоянной заместительной терапии в умеренных дозах.	трудовой деятельности — I ст.	
III степень	Соматические нарушения выраженные. Замедленная речь, мегаколон (упорные запоры), выраженная слабость. Выраженная брадикардия — ниже 50 ударов в минуту и реже. ХИМ II стадии. ХСН II-III ФК NYHA. Гормональные и метаболические нарушения, значительное снижение уровней гормонов Т3, Т4, свободного Т3, свободного Т4 и повышение концентрации ТТГ. Необходимость постоянной заместительной терапии тироксином в умеренных и высоких дозах. Эмоционально-личностные расстройства проявляются в эмоциональной лабильности, депрессии, снижение критики прогрессирует.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; общению — II ст.; обучению — II ст.; ориентации — II ст.; контролю поведения — II ст.; трудовой деятельности — II/III ст.	II группа
IV степень	Соматические нарушения значительно выраженные. Гипотермия (температура тела ниже 36,6 градусов), отсутствие словесного контакта, гипорефлексия, мегаколон, кишечная непроходимость. Прогрессирующая брадикардия — ниже 40 ударов в 1 минуту. ХИМ III степени. ХСН III-IV ФК NYHA. Эмоционально-личностные расстройства проявляются в эмоциональной лабильности, депрессии, снижении критики резко выраженной, вплоть до кретинизма. Гормональные и метаболические нарушения значительные. Выраженное снижение концентрации Т3, Т4, свободного Т3, свободного Т4, повышение ТТГ. Необходимость постоянной заместительной терапии в дозе выше 150 мкг тироксина в сутки и более.	самообслуживанию — III ст.; передвижению III ст.; общению — III ст.; обучению — III ст.; ориентации — III ст.	I группа
1.3.2. Гипотиреоз врожденный — группа заболеваний врожденного или наследственного генеза, сопровождающихся снижением продукции тиреоидных гормонов			
I степень	Соматические нарушения легкие или незначительные. До начала лечения адинамия, утомляемость, сонливость, лабильность АД. Легкое урежение сердечного ритма (брадикардия до 60 ударов в минуту). Легкая мышечная слабость и боли в области мышц. Незначительное снижение в психомоторном развитии (до года), интеллектуально-речевой сфере (после года), задержка роста. ХИМ I ст., ХСН I ФК.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	Гормональные и метаболические нарушения субклинические. До начала лечения: уровни T ₃ , T ₄ , свободного T ₃ и свободного T ₄ в норме или незначительно снижены, тиреотропный гормон (ТТГ) повышен.		
II степень	Соматические нарушения умеренные. До начала лечения адинамия, утомляемость, сонливость, отечность, лабильность АД. Урежение сердечного ритма (брадикардия ниже 60 ударов в минуту). Неврозоподобная симптоматика: гипорефлексия, замедление речи, скорости мышления, снижение памяти, умеренная или выраженная миотония. Нейропатия, запоры, задержка роста, а также возможна легкая степень слабоумия. ХИМ I ст., ХСН I-II ФК. Гормональные и метаболические нарушения умеренные или выраженные. До начала лечения: уровни T ₃ , T ₄ , свободного T ₃ и свободного T ₄ незначительно или умеренно снижены, тиреотропный гормон (ТТГ) повышен. Необходимость постоянной заместительной терапии.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; общению — I ст.; трудовой деятельности — I ст. ориентации — I ст.; обучению — I ст.; контролю за своим поведением — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Соматические нарушения выраженные. До начала лечения брадикардия 50 ударов в минуту, глухость сердечных тонов, миопатии, задержка роста, снижение памяти, особенно долговременной, депрессивное состояние. Нарушение половой функции, упорные запоры, возможны также осложнения в виде гипотиреоидного полисерозита, асцита, перикардита, гидроторакса, умственной отсталости. ХИМ II ст., ХСН IIIA-III ФК. Гормональные и метаболические нарушения выраженные или значительные. До начала лечения: уровни T ₃ , T ₄ , свободного T ₃ и свободного T ₄ умеренно или значительно снижены, тиреотропный гормон (ТТГ) повышен. Необходимость постоянной заместительной терапии.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; ориентации — II ст.; общению — II ст.; контролю за своим поведением — II ст.; трудовой деятельности — III ст.	II группа
IV степень	Соматические нарушения значительно выраженные, тяжелые. До начала лечения значительные или резкие нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы: брадикардия 40 ударов в минуту и ниже, артериальная гипотония. Желудочно-кишечные нарушения: упорные запоры, мегаколон. Значительные нарушения мочевыделительной системы: снижение суточного диуреза, уменьшение фильтрации и почечного кровотока, осложнения в виде гипотиреоидного полисерозита, асцита, перикардита, гидроторакса, умственной отсталости средней и тяжелой степени, выраженные нарушения нервно-психической сферы, задержка роста. ХИМ III ст., ХСН IIIB, III/IV ФК.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.; ориентации — III ст.; общению — III ст.; контролю за своим поведением — III ст.	I группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	Гормональные и метаболические нарушения значительные. До начала лечения: уровни T ₃ , T ₄ , свободного T ₃ и свободного T ₄ выражено снижены, тиреотропный гормон (ТТГ) повышен. Резистентность к тиреоидным гормонам, необходимость постоянной заместительной терапии.		
1.3.3. Синдром тиреотоксикоза Е 05 Тиреотоксикоз с диффузным зобом Е 05.0 Тиреотоксикоз с токсическим одноузловым зобом Е 05.1 Тиреотоксикоз с токсическим многоузловым зобом Е 05.2			
Тиреотоксикоз — синдром, развитие которого связано с выработкой избыточного количества тиреоидного гормона. Диффузный токсический зоб — заболевание, сопровождающееся увеличением щитовидной железы и повышенной выработкой тиреоидных гормонов.			
I степень	<p>Соматические нарушения легкие. Тахикардия от 90 до 100 ударов в минуту, без нарушения ритма. Эндокринная офтальмопатии 0-I степени. Отсутствие экзофтальма (20 мм и менее), протрузия глазного яблока отсутствует или увеличивается на 3-4 мм, диплопия отсутствует или может носить перемежающийся характер, острота зрения сохранена. Незначительные признаки хронической ишемии мозга (повышенная утомляемость, раздражительность, нарушение сна).</p> <p>Гормональные и метаболические нарушения незначительные. Повышение T₃, T₄, снижение ТТГ.</p>	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Соматические нарушения умеренные. Тахикардия на фоне лечения от 100 до 120 ударов в минуту, возможны нарушения ритма. Дефицит массы тела до 10 — 20%. Повышение артериального давления выше 130/80 мм рт. ст. Развитие эндокринной офтальмопатии I степени. Протрузия глазного яблока составляет 5 — 7 мм, минимальная степень экзофтальма (21 — 23 мм), диплопия не постоянная, острота зрения 0,8 — 0,5. ХСН I-II ФК NYHA, хроническая ишемия мозга I степени. Минимальные когнитивные расстройства (снижение памяти), в том числе профессиональной, из-за нарушения активного поиска в памяти и воспроизведения материала при достаточной его сохранности, а также нарушения внимания, замедления психических процессов (брадифрения), ограничения способности к планированию и контролю, эмоционально-личностные расстройства (эмоциональная лабильность, депрессия, снижение критики).	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; общению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	Гормональные и метаболические нарушения. Повышение уровня T ₃ , T ₄ или свободного T ₃ , свободного T ₄ и снижение ТТГ в сыворотке крови.		
III степень	<p>Соматические нарушения выраженные: дефицит массы тела (свыше 20%). Развитие эндокринной офтальмопатии II степени, протрузия глазного яблока составляет свыше 5 — 7 мм, средняя степень экзофтальма (24 — 27 мм), диплопия почти постоянная, острота зрения 0,5. Тахикардия выше 120 ударов в минуту, нарушения сердечного ритма. Артериальная гипертензия 2 ст., хроническая ишемия мозга II стадии, возможны псевдобульбарные расстройства, остаточные явления перенесенных острых нарушений мозгового кровообращения в виде выраженной пирамидной и экстрапирамидной симптоматики. Когнитивные расстройства характеризуются снижением критики, подкорковой или подкорково-корковой деменцией с преобладающей дисфункцией подкорково-лобных систем. Эмоционально-личностные расстройства проявляются апатико-абулическим синдромом, расторможенностью. Эндокринная кардиомиопатия с нарушением ритма. ХСН II-III ФК NYHA. После тиреоидэктомии и радиойодтерапии возможно развитие тяжелого гипотиреоза (см. раздел синдрома гипотиреоза) и необходимость в постоянной заместительной терапии.</p> <p>Гормональные и метаболические нарушения: умеренное или выраженное повышение концентрации T₃, T₄ или свободного T₃, свободного T₄ и снижение ТТГ в сыворотке крови.</p>	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; ориентации — II ст.; общению — II ст.; контролю за своим поведением — II ст.; трудовой деятельности — III ст.	II группа
IV степень	Соматические нарушения тяжелые. Резко выраженный дефицит веса. Тяжелая степень офтальмопатии, выраженная степень экзофтальма (более 27 мм), протрузия глазного яблока составляет свыше 8 мм, диплопия постоянная, острота зрения меньше 0,5. Тахикардия более 120 ударов в минуту и выше, со стойким нарушением ритма. Хроническая ишемия мозга III степени — определяются псевдобульбарные расстройства, стойкие остаточные явления перенесенных острых нарушений мозгового кровообращения в виде резко выраженной пирамидной и экстрапирамидной симптоматики. Когнитивные расстройства характеризуются снижением критики, подкорковой или подкорково-корковой деменцией с преобладающей дисфункцией подкорково-лобных систем. Эмоционально-личностные расстройства проявляются апатико-абулическим синдромом, заторможенностью. ХСН III-IV ФК NYHA.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.; ориентации — III ст.; общению — III ст.; контролю за своим поведением — III ст.	I группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	<p>После тиреоидэктомии и радиойодтерапии возможно развитие стойкого тяжелого гипотиреоза (см. раздел синдрома гипотиреоза) и необходимость в постоянной заместительной терапии.</p> <p>Гормональные и метаболические нарушения значительные. Выраженное снижение уровней Т₃, Т₄, свободного Т₃, свободного Т₄, существенное снижение ТТГ.</p>		
1.3.4. Сахарный диабет 1 типа E10.0-E10.9			
Сахарный диабет 1 типа (инсулинозависимый) — это группа метаболических (обменных) заболеваний, характеризующихся гипергликемией, которая является результатом дефектов секреции инсулина, действия инсулина или обоих этих факторов.			
I степень	<p>Соматические нарушения незначительные или легкие. Отсутствие нарушений или наличие умеренных нарушений функции зрения — непролиферативная ретинопатия с двухсторонним снижением остроты зрения до 0,4 с коррекцией. Нефропатия I-II ст. Незначительная ангиопатия нижних конечностей с хронической артериальной недостаточностью и признаки хронической ишемии мозга.</p> <p>Необходима постоянная сахароснижающая терапия.</p>	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	<p>Соматические нарушения умеренно выраженные. Признаки умеренных нарушений со стороны органа зрения — непролиферативная ретинопатия со снижением остроты зрения в лучше видящем глазу до OU-0,15 с коррекцией. Нефропатия III ст. Периферическая нейропатия I ст. Ангиопатия нижних конечностей с ХАН I ст., ХИМ I, ХСН I-II ФК НУНА).</p> <p>Необходима постоянная сахароснижающая, гипотензивная терапия и лечение дислипидемии.</p>	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; ориентации — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	<p>Соматические нарушения в виде: нарушения органа зрения: макулопатия или препролиферативная ретинопатия со снижением остроты зрения в лучше видящем глазу от 0,05 до 0,1 с коррекцией. Нефропатия IV ст. Периферическая выраженная нейропатия II ст., Синдром диабетической стопы (СДС) 2 ст. с гнойно-некротическими осложнениями (ампутиационные культя). Выраженная автономная нейропатия. Ангиопатия нижних конечностей с ХАН II ст. ХИМ II ст., ХСН II-III ФК НУНА.</p> <p>Необходима постоянная сахароснижающая, гипотензивная терапия и лечение дислипидемии.</p>	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; ориентации — II ст.; трудовой деятельности — II ст.; (возможен труд в специально созданных условиях)	II группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
IV степень	<p>Соматические нарушения значительные, тяжелые. Частые гипокликемические комы. Резкие нарушения зрения: макулопатия или пролиферативная ретинопатия, катаракта, глаукома с остротой зрения единственного или лучше видящего глаза от 0,04 до 0. Концентрическое двустороннее сужение полей зрения до 5 градусов от точки фиксации. Периферическая нейропатия III ст. (резко выраженная) центральная нейропатия III. Нефропатия V ст. Резко выраженная автономная нейропатия. Ангиопатия нижних конечностей с ХАН III ст. Синдром диабетической стопы 4-5 ст. с гнойно-некротическими осложнениями (ампутационные культы). Хроническая ишемия мозга III. ХСН III-IV ФК NYHA.</p> <p>Необходима постоянная сахароснижающая, гипотензивная терапия и лечение дислипидемии. Гемодиализ.</p>	<p>самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.; общению — III ст.; обучению — III ст.; ориентации — III ст.</p>	I группа
<p>Примечание: При определении степени ограничения жизнедеятельности учитывать самое тяжелое поражение из органов мишени. Уровень гликемии и HbA1c не являются критерием для определения степени ограничения жизнедеятельности. Доза сахароснижающих препаратов (инсулина) и уровень глюкозы крови не является критерием для определения степени ограничения жизнедеятельности.</p>			
<p>1.3.5. Сахарный диабет 2 типа (E11.0-E11.9)</p>			
<p>Сахарный диабет 2 типа (инсулиннезависимый) — это группа метаболических (обменных) заболеваний, характеризующихся гипергликемией, которая является результатом дефектов секреции инсулина, действия инсулина или обоих этих факторов.</p>			
I степень	<p>Соматические нарушения незначительные или легкие. Отсутствие нарушений или наличие умеренных нарушений функции зрения — непролиферативная ретинопатия с двухсторонним снижением остроты зрения до 0,4 с коррекцией. Нефропатия I-II ст. Незначительная ангиопатия нижних конечностей с хронической артериальной недостаточностью и признаки хронической ишемии мозга.</p> <p>Необходима постоянная сахароснижающая, гипотензивная терапия и лечение дислипидемии.</p>	<p>Ограничения жизнедеятельности нет</p>	Ограничение по линии ВКК
II степень	<p>Соматические нарушения умеренно выраженные. Выраженные нарушения со стороны органа зрения — непролиферативная ретинопатия со снижением остроты зрения в лучше видящем глазу до OU-0,15 с коррекцией. Нефропатия III ст. Периферическая нейропатия I ст. Ангиопатия нижних конечностей с ХАН I ст. хроническая ишемия мозга I ст. ХСН I-II ФК NYHA.</p>	<p>передвижению — I ст.; ориентации — I ст.; трудовой деятельности — I ст.</p>	III группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	Необходима постоянная сахароснижающая, гипотензивная терапия и лечение дислипидемии.		
III степень	Соматические нарушения выраженные. Значительные нарушения органа зрения: макулопатия или препролиферативная ретинопатия со снижением остроты зрения в лучше видящем глазу от 0,05 до 0,1 с коррекцией. Нефропатия IV ст. Выраженная периферическая нейропатия II ст. Синдром диабетической стопы 2 ст. с гнойно-некротическими осложнениями (ампутационные культы). Выраженная автономная нейропатия. Ангиопатия нижних конечностей с ХАН II ст. хроническая ишемия мозга II. ХСН II-III ФК NYHA. Необходима постоянная сахароснижающая, гипотензивная терапия и лечение дислипидемии.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; ориентации — II ст.; трудовой деятельности — II ст. (возможен труд в специально созданных условиях)	II группа
IV степень	Соматические нарушения значительно выраженные. Частые гипокликемические комы. Резкие нарушения органа зрения: макулопатия или пролиферативная ретинопатия, катаракта, глаукома с остротой зрения единственного или лучше видящего глаза от 0,04 до 0. Концентрическое двустороннее сужение полей зрения до 5 градусов от точки фиксации. Резко выраженная периферическая нейропатия III ст., центральная нейропатия III ст. Нефропатия V ст. Выраженная или значительная автономная нейропатия. Ангиопатия нижних конечностей с ХАН III ст. Синдром диабетической стопы 4-5 ст., с гнойно-некротическими осложнениями (ампутационные культы), хроническая ишемия мозга III, ХСН III-IV ФК NYHA. Необходима постоянная сахароснижающая, гипотензивная терапия и лечение дислипидемии. Гемодиализ.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.; ориентации — III ст.	I группа
<p>Примечание: При определении степени ограничения жизнедеятельности учитывать самое тяжелое поражение из органов мишени. Уровень гликемии и HbA1c не являются критерием для определения степени ограничения жизнедеятельности. Доза сахароснижающих препаратов (таблетированных или инсулина) не являются критерием для определения степени ограничения жизнедеятельности.</p>			
1.3.6. Гипопаратиреоз E 20			
<p>Гипопаратиреоз — заболевание, при котором в организме по каким-либо причинам производится недостаточно гормона паратитовидных желез (паратгормона) или нарушается чувствительность тканевых рецепторов к этому гормону, в результате чего снижается функция паратгормона. Это состояние сопровождается приступами тонических судорог.</p>			

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
I степень	<p>Соматические нарушения. Незначительные парестезии при органических поступлениях кальция с пищей, незначительное повышение судорожной готовности при значительной и очень значительной физической нагрузке, у женщин до и во время менструации. Положителен симптом Хвостека III (сокращение мышц лица, при постукивании в месте выхода лицевого нерва впереди наружного слухового прохода — сокращаются мышцы только в области угла рта).</p> <p>Коррекция диетой, эпизодическим или постоянным приемом препаратов кальция, эпизодическим приемом препаратов витамина Д (и его аналогов).</p> <p>Метаболические нарушения. Кальций крови в норме или гипокальциемия кратковременная, легко корригируется, фосфор в крови в норме. При сомнении диагноза — определение паратгормона в крови.</p>	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	<p>Соматические нарушения. Умеренные признаки повышения судорожной активности при умеренной физической нагрузке и значительной гипервентиляции, парестезии, эпизодические судороги (чаще в кистях рук и стопах) при умеренной и значительной физической нагрузке и длительном напряжении мышц кистей рук и стоп. Удлинение интервала QT на ЭКГ. Положителен симптом Хвостека II (сокращаются мышцы в области крыльев носа и угла рта), симптом Хвостека III (сокращаются мышцы только в области угла рта). Положителен симптом Труссо (судороги в области кисти — «рука акушера», «пишущая рука» — через 2-3 минуты после перетягивания плеча жгутом или манжеткой аппарата для измерения артериального давления.).</p> <p>Необходимость постоянного приема средне терапевтических доз препаратов кальция и витамина Д (и его аналогов).</p> <p>Метаболические нарушения. Гипокальциемия (снижение общего и ионизированного кальция 1,82 — 2,08 ммоль/л), гипокальциурия, гипер- или нормофосфатемия, гиперфосфатурия, при сомнении диагноза определение паратгормона в крови.</p>	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; обучению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Соматические нарушения. Выраженные эпизоды гипо-паратиреоидного криза. Постоянная повышенная судорожная готовность мышц конечностей. Офтальмопатия, выраженные вегетативные нарушения, наличие начальных признаков моноорганный недостаточности, задержка роста у детей, множественный кариес. Гиперостификация скелета по данным остеоденситометрии. Патологические	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; обучению — II ст.; трудовой деятельности — II ст.	II группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	<p>изменения РЭГ, ЭЭГ, удлинение интервала QT на ЭКГ. Положителен симптом Хвостека I (сокращаются все мышцы лица на стороне постукивания) и/или II, III. Положителен симптом Труссо. Диспепсия, нефрокальциноз без ХПН.</p> <p>Зависимость от постоянной терапии высокими дозами производных витамина Д и препаратами кальция, периодическая необходимость во введении глюконата кальция внутривенно. Низкая чувствительность к заместительной терапии.</p> <p>Метаболические нарушения. Гипокальциемия 1,56 — 1,82 ммоль/л (за счет ионизированной фракции <1 ммоль/л), гипокальциурия (или гиперкальциурия при повышенной чувствительности и передозировке витамина Д). Гиперфосфатемия (>1,5 ммоль/л), при сомнении диагноза определение паратгормона в крови.</p>		
IV степень	<p>Соматические нарушения. Значительно выраженные нефрокальциноз с ХПН. Кальциноз сосудов головного мозга с выраженной неврологической симптоматикой, психические нарушения, катаракта (по причине отложения кальция в хрусталике), резкие ограничения подвижности в суставах, частые рецидивы синусовой или предсердной пароксизмальной тахикардии (синдром удлинения), ларинго и бронхоспазм, дисфония, рвота, понос, эпилептические припадки, психоз, экстрапирамидальные нарушения. Длительно некомпенсированный гипопаратиреоз или рефрактерный к заместительной терапии препаратами кальция и витамина Д, с развитием осложнений. Положителен симптом Хвостека I, II, III. Положителен симптом Труссо, Вейса (сокращение круглой мышцы век и лобной мышцы при поколачивании у наружного края глазницы), Гофмана (появление парестезий при надавливании в участках разветвления нервов), Шлезингера (судороги в разгибательных мышцах бедра и стопы при быстром пассивном сгибании ноги в тазобедренном суставе при выпрямленном коленном суставе), Эрба (повышенная возбудимость нервов конечностей при раздражении слабым гальваническим током), проба с гипервентиляцией (является причиной усиления судорожной готовности или развитие приступа тетании при глубоком форсированном дыхании).</p> <p>Зависимость от постоянной терапии высокими дозами производных витамина Д и препаратами кальция, периодическая необходимость во введении глюконата кальция внутривенно. Низкая чувствительность к заместительной терапии.</p>	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.; общению — III ст.; ориентации — III ст.; контролю за своим поведением — III ст.	I группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	Метаболические нарушения. Гипокальциемия < 1,56 ммоль/л (за счет ионизированной фракции <1 ммоль/л), гипокальциурия (или гиперкальциурия при повышенной чувствительности и передозировке витамина Д). Гиперфосфатемия (>1,5 ммоль/л), при сомнении диагноза определение паратгормона в крови.		
1.3.7. Гиперпаратиреоз E21			
Гиперпаратиреоз — это заболевание, при котором происходит избыточная продукция гормона паращитовидных желез (паратгормона), в результате чего в крови повышается количество кальция, одновременно количество кальция в костной системе уменьшается и возникает склонность к переломам костей.			
I степень	Соматические нарушения незначительные. Остеопения (истончение кортикального слоя). Легкий астенический синдром Метаболические нарушения. 1. ПТГ (пг/мл) <60, сыв. Са (ммоль/л) — 2.5, Са ⁺⁺ (ммоль/л) — 0.95, Са в моче (ммоль/с) — 2.4, цАМФ пМ — 9. 6, гиперкальциурия >6 ммоль/сут., гипофосфатемия > 1,0 ммоль/л., повышение активности щелочной фосфатазы, денситометрия (компактное вещество) мг/мм. изм. в шкале в течение 6 — 12 мес. (%) <3, эхоостеометрия (м/сек) — >3200 по лучевой кости. Необходима постоянная гипотензивная терапия. После хирургического удаления аденоматозной ткани лечение препаратами кальция.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Соматические нарушения умеренные. Прогрессирование заболевания, возможны в анамнезе патологические переломы. Умеренная и выраженная мышечная слабость, клиническая истощаемость. Системный остеопороз (краевая резорбция ногтевых фаланг) или остеопения, стойкая АГ II ст., ХСН I-II ФК NYHA. ХИМ I ст. Депрессия, раздражительность, плаксивость, психическое возбуждение при кризе, дефицит массы 10 — 15%, диспепсические явления, уро- или холелитиаз. Астенический синдром умеренный, пародонтоз. Метаболические нарушения. ПТГ (пг/мл) < 60 — 90; Сыв. Са (ммоль/л) — 2.5 — 2.75; Са ⁺⁺ (ммоль/л) — 0.95 — 1.3; Са в моче (ммоль/л) — 2.4 — 4.3; цАМФ пМ — 9 — 14; гиперкальциурия >6 ммоль/сут.; гипофосфатемия > 1,0 ммоль/л.; повышение активности щелочной фосфатазы, денситометрия (компактное вещество) мг/мм. изм. в шкале в течение 6 — 12 мес. (%) <3 — 5; эхоостеометрия (м/сек) >3000 — 3200 по лучевой кости.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; обучению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	Необходима постоянная гипотензивная терапия. После хирургического удаления аденоматозной ткани лечение препаратами кальция.		
III степень	<p>Соматические нарушения выраженные. Выраженные проявления осложнений заболевания с нарушением функции органов. Выраженная и резко выраженная мышечная слабость, депрессии. Изменение роста (снижение). Диффузный остеопороз (краевая резорбция ногтевых фаланг, наличие кист, эпюлидов, патологические переломы с восстановлением функции), стойкая АГ II-III ст., ХСН II-III ФК NYHA. Развернутые проявления язвенно-эрозивных поражений ЖКТ, дефицит массы тела свыше 15%, уролитиаз без ХПН или нефрокальциноз без ХПН.</p> <p>Метаболические нарушения ПТГ (пг/мл) >90; Сыв. Са (ммоль/л) >2.75; Са⁺⁺ (ммоль/л) >1.3; Са в моче (ммоль/с) >4; цАМФ пМ>14; гиперкальциурия >6 ммоль/сут; г гипофосфатемия > 1,0 ммоль/л; повышение активности щелочной фосфатазы; денситометрия (компактное вещество) мг/мм. изм. в шкале в течение 6 — 12 мес. (%) >5 — 9. Эхоостеометрия (м/сек) <3000 по лучевой кости.</p> <p>Необходима постоянная гипотензивная терапия. После хирургического удаления аденоматозной ткани лечение препаратами кальция.</p>	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; общению — II ст.; обучению — II ст.; трудовой деятельности — II, III ст.	II группа
IV степень	<p>Соматические нарушения значительно выраженные. Резко выраженные проявления осложнений заболевания с нарушением функции органов. Резко выраженная мышечная слабость. Диффузный остеопороз с множественными патологическими переломами и надломами костей без восстановления функций. Деформация скелета. Выраженные психические нарушения. Стойкая АГ III ст. ХСН III-IV ФК NYHA. Уролитиаз. Нефрокальциноз с ХПН терминальной стадии.</p> <p>Метаболические нарушения. Гиперкальциемия >3,2 ммоль/л., гипофосфатемия, повышение активности щелочной фосфатазы, гиперурикемия, гиперкреатининемия, изогипостенурия, уремия.</p> <p>Необходима постоянная гипотензивная терапия. После хирургического удаления аденоматозной ткани лечение препаратами кальция.</p>	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.; ориентации — III ст.; общению — III ст.; контролю своего поведения — II, III ст.	I группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
1.3.8. Гиперфункция гипофиза E 22 Гормонально-активные опухоли гипофиза (акромегалия (E22.0), пролактинома (E22.1)).			
Акромегалия — нейроэндокринное заболевание, вызванное хронической избыточной секрецией СТГ (гормона роста) у лиц с законченным физиологическим ростом и характеризующееся патологическим диспропорциональным периостальным ростом костей, хрящей, мягких тканей, внутренних органов, а также нарушением функционального состояния сердечно-сосудистой, легочной системы, периферических эндокринных желез, обмена веществ.			
Пролактинома — опухоль передней доли гипофиза, в избытке вырабатывающая пролактин.			
I степень	Соматические нарушения легкие. Отсутствие неврологической симптоматики и зрительных нарушений. Незначительные признаки ХИМ. Индекс массы тела (ИМТ) менее 27. (Вес/рост x 100) Гормональные и метаболические нарушения. Незначительное повышение уровня пролактина или соматотропина, или гонадотропинов, или тиротропина при поддержании параметров гомеостаза в пределах нормы. Остеопения. На МРТ микроаденома гипофиза (в пределах турецкого седла)	Ограничения жизнедеятельности нет.	Ограничение по линии ВКК
II степень	Соматические нарушения умеренно выраженные. Слабо выраженная неврологическая симптоматика, темпоральное ограничение полей зрения и амблиопия. ХСН I-II ФК NYHA, ХИМ I ст. Индекс массы тела 27 — 30. Гормональные и метаболические нарушения. Умеренное повышение уровня пролактина или соматотропина, или гонадотропинов, или тиротропина при незначительных изменениях параметров гомеостаза. Нарушение толерантности к глюкозе. Диффузный остеопороз костей. Состояние после аденомэктомии гипофиза и лучевой терапии. На МРТ аденома гипофиза в пределах турецкого седла.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Соматические нарушения выраженные. Выраженная неврологическая симптоматика, прогрессирующее ограничение полей зрения. Атрофия зрительных нервов со снижением остроты зрения на 50%. Значительные изменения со стороны сердечно-сосудистой системы (миокардиодистрофия, артериальная гипертензия). ХСН II-III ФК NYHA, ХИМ II, печеночная недостаточность. Индекс массы тела более 30. Гормональные и метаболические нарушения. Выраженное нарушение уровня пролактина или соматотропина, или гонадотропинов, или тиротропина, сопро-	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II/III ст.	II группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	<p>вождающиеся явными отклонениями параметров гомеостаза. Вторичный сахарный диабет, увеличение экскреции Са с мочой. Состояние после оперативного или лучевого лечения со вторичной недостаточностью функции одной периферической железы. Несахарный диабет.</p> <p>На МРТ аденома гипофиза с инвазией за пределы турецкого седла, рецидив роста образования.</p>		
IV степень	<p>Соматические нарушения значительно выраженные. Выраженная прогрессирующая неврологическая симптоматика, прогрессирующее ограничение полей зрения, атрофия зрительных нервов с амврозом. Значительные изменения со стороны сердечно-сосудистой системы (миокардиодистрофия, артериальная гипертензия). ХСН III-IV ФК NYHA, ХИМ III ст., печеночная недостаточность.</p> <p>Гормональные и метаболические нарушения. Выраженное нарушение уровня пролактина или соматотропина, или гонадотропинов, или тиротропина, сопровождающиеся явными отклонениями параметров гомеостаза. Развитие явлений вторичной гормональной недостаточности, обусловленные размерами образования или примененными методами лечения (операция или лучевая терапия). Пангипопитуитаризм. Несахарный диабет.</p> <p>На МРТ аденома гипофиза с массивной инвазией за пределы турецкого седла или рецидив независимо от примененных способов лечения.</p>	<p>самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.; ориентации — II, III ст.; общению — III ст.</p>	I группа
1.3.9. Гормонально-неактивные опухоли гипофиза — аденомы гипофиза, протекающие без клинических проявлений гиперсекреции гипофизарных гормонов. Е 23			
I степень	<p>Соматические нарушения незначительные. Отсутствие неврологической симптоматики и зрительных нарушений.</p> <p>Гормональные и метаболические нарушения незначительные. Уровни гипофизарных гормонов и других параметров гомеостаза в пределах нормы.</p> <p>На МРТ опухоль гипофиза в пределах турецкого седла (инциденталомы).</p>	<p>Ограничения жизнедеятельности нет.</p>	Ограничение по линии ВКК
II степень	<p>Соматические нарушения умеренно выраженные. Умеренно выраженная неврологическая симптоматика, ограничение полей зрения без снижения остроты зрения, но с атрофией зрительных нервов.</p> <p>Гормональные и метаболические нарушения. Уровни гипофизарных гормонов и других параметров гомеостаза незначительно снижены. Наличие СПКЯ</p>	<p>передвижению — I ст.; ориентации — I ст.; трудовой деятельности — I ст.</p>	III группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	(Синдром поликистоза яичников). Присоединение вторичной недостаточности функции одной периферической железы. На МРТ опухоль гипофиза с инвазией за пределы турецкого седла.		
III степень	Соматические нарушения выраженные. Выраженная неврологическая симптоматика, ограничение полей зрения с амблиопией (слепота). Значительные изменения со стороны сердечно-сосудистой системы (миокардиодистрофия, артериальная гипертензия I ст.). Присоединение вторичной недостаточности функции двух периферических желез, частичный гипопитуитаризм. Гормональные и метаболические нарушения. Снижение уровня более 2-х гипофизарных гормонов, слабо выраженные изменения гомеостаза, СПКЯ. (Синдром поликистоза яичников). На МРТ опухоль с массивной инвазией за пределы турецкого седла в полость черепа, рецидив роста после лечения, но в пределах турецкого седла.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; ориентации — II ст.; обучению — II ст.; трудовой деятельности — II, III ст.	II группа
IV степень	Соматические нарушения значительно выраженные. Резко выраженная и прогрессирующая неврологическая симптоматика, ограничение полей зрения с амаврозом (слепота). Значительные изменения со стороны сердечно-сосудистой системы (миокардиодистрофия, артериальная гипертензия II-III ст., резко выраженная внутричерепная гипертензия (ширина 3-желудочка более 10 мм). Присоединение вторичной недостаточности функции более трех периферических желез, пангипопитуитаризм. Гормональные и метаболические нарушения. Выраженное нарушение уровня пролактина или соматотропина, или гонадотропинов, или тиротропина, сопровождающееся явными отклонениями параметров гомеостаза. На МРТ опухоль гипофиза с массивной инвазией в полость черепа, рецидив роста образования независимо от метода лечения.	самообслуживанию — III ст. передвижению — III ст. ориентации — III ст. общению — III ст.	I группа
1.3.10. Гипофизарный нанизм E 23.0			
Гипофизарный нанизм (соматотропная недостаточность) — клинический синдром, характеризующийся резким отставанием в росте и физическом развитии, связанный с абсолютным или относительным дефицитом гормона роста.			
I степень	Соматические нарушения незначительные. I степень гипофизарного нанизма: рост у мужчин 149 — 140 см, у женщин — 130 — 120 см, слабое развитие мышечной системы.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	Гормональные и метаболические нарушения. Нормальное или незначительное снижение уровня гормонов роста (выявляется при проведении фармакологических проб).		
II степень	<p>Соматические нарушения умеренные. II степень гипофизарного нанизма: рост у мужчин — 140 — 130 см, у женщин — 120 — 110 см, выраженная дисгармоничность развития (детские пропорции черепа на рентгенограмме, спланхномикрия), слабое развитие мышечной системы. Вторичный гипотиреоз средней степени, эндокринный психосиндром (депрессивно-фобический, психастенический, апатический на фоне личностных и характерологических изменений с выраженной дезадаптацией личности).</p> <p>Гормональные и метаболические нарушения. Умеренное или выраженное снижение уровня гормона роста (выявляется при проведении фармакологических проб), незначительное снижение Т3, Т4 с повышением ТТГ.</p>	<p>самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; ориентации — I ст.; общению — I ст.; обучению — I ст.</p>	III группа
III степень	<p>Соматические нарушения выраженные. Выраженное отставание в физическом развитии, III степень гипофизарного нанизма: рост у мужчин ниже 130 см, у женщин — ниже 110 см. Выраженная или незначительная дисгармоничность (спланхномикрия) развития, признаками выраженного истощения гипофиза. Нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы — гипотония, брадикардия, нарушение ритма.</p> <p>Гормональные и метаболические нарушения. Выраженное снижение уровня гормона роста (выявляется при проведении фармакологических проб), незначительное снижение тиреоидных, тиреотропного, гонадотропного, половых гормонов.</p>	<p>самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; общению — I ст.; обучению — II ст.; трудовой деятельности — II ст.</p>	II группа
IV степень	<p>Соматические нарушения значительно выраженные. Значительно выраженное отставание в физическом развитии, III степень гипофизарного нанизма: рост у мужчин ниже 130 см, у женщин — ниже 110 см. Выраженная или значительная дисгармоничность (спланхномикрия) развития с признаками значительно выраженного истощения гипофиза. Значительно выраженные нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы: гипотония, брадикардия, АГ III ст, аритмия, ХСН III- IV ФК NYHA.</p> <p>Гормональные и метаболические нарушения. Значительно выраженное снижение уровня гормонов роста (выявляется при проведении фармакологических</p>	<p>самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.; общению — III ст.</p>	I группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	проб), незначительное снижение тиреоидных, тиреотропных, гонадотропных, половых гормонов.		
1.3.11. Несахарный диабет E 23.2			
Несахарный диабет — несахарное мочеизнурение, эндокринное заболевание, связанное с пониженным содержанием в крови гормона вазопрессина и характеризующееся постоянной усиленной жаждой и чрезмерно повышенным мочеотделением.			
I степень	Соматические нарушения незначительные. Отсутствие сопутствующих соматических и эндокринных патологий. Гормональные и метаболические нарушения. Дисбаланс водно-электролитных нарушений, легкая степень — выделение до 6—8 литров мочи / сутки без лечения со снижением удельного веса или компенсация на фоне приема адекватной дозы препаратов. Незначительные признаки хронической ишемии мозга.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Соматические нарушения умеренно выраженные. Изменение полей зрения без снижения остроты зрения, но с атрофией зрительных нервов. Наличие сопутствующих: соматических и эндокринных патологий, ХСН I-II ФК NYHA, ХИМ I ст. Гормональные и метаболические нарушения. Выделение 8 — 14 литров мочи / сутки без лечения со снижением удельного веса, или субкомпенсация на фоне приема адекватной дозы препаратов, бывают эпизоды жажды и полиурии в течение дня.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Соматические нарушения выраженные. Наличие сопутствующих соматических и эндокринных патологий и их осложнений (ЦНС, зрительных, сердечно-сосудистых, ЖКТ и моче-половых). ХСН II-III ФК NYHA, ХИМ II ст. Гормональные и метаболические нарушения. Выделение более 14 литров мочи / сутки без лечения, жажда и полиурия сохраняются на фоне приема максимально возможных доз препаратов, гипернатриемия.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; обучению — II ст.; трудовой деятельности — II, III ст.	II группа
IV степень	Соматические нарушения значительно выраженные. Ограничение полей зрения с амврозом, значительные изменения со стороны сердечно-сосудистой системы (миокардиодистрофия, артериальная гипертензия). Резко выраженная внутричерепная гипертензия (ширина 3-желудочка более 10 мм). ХСН III-IV ФК NYHA, ХИМ III ст.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.; общению — III ст.	I группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	Гормональные и метаболические нарушения. Значительно выраженное отклонение параметров гомеостаза. Неконтролируемая полиурия, генетические и почечные формы несахарного диабета.		
1.3.12. Гипоталамический синдром E23.3			
Нейроэндокринная форма гипоталамического синдрома — сложный симптомокомплекс, возникающий при поражении гипоталамической области и характеризующийся вегетативными, эндокринными, обменными и трофическими расстройствами. Смотреть раздел неврологии			
I степень	Соматические нарушения незначительные. Незначительные отклонения ИМТ (от 27 до 29,9), нарушения фертильности, незначительные нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы. Отсутствие неврологической симптоматики. Гормональные и метаболические нарушения. Уровни гипофизарных гормонов и других параметров гомеостаза в пределах нормы.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Соматические нарушения умеренно выраженные. Слабо выраженная неврологическая симптоматика, изменения на глазном дне. Значительные отклонения ИМТ (30 — 34,9), нарушения фертильности, нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы (стойкая артериальная гипертензия или гипотония, миокардиодистрофия, ХСН I-II ФК NYHA, ХИМ I ст. Хроническая легочная недостаточность I ст. Гормональные и метаболические нарушения. Уровни гипофизарных гормонов и других параметров гомеостаза в пределах нормы.	передвижению — I ст.; контролю своего поведения — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Соматические нарушения выраженные. Выраженная неврологическая симптоматика и изменения на глазном дне. Нарушение фертильности. ХСН II-III ФК NYHA, ХИМ II ст. Хроническая легочная недостаточность II ст. Гормональные и метаболические нарушения. Уровни гипофизарных и периферических гормонов изменены, выраженные изменения гомеостаза.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II ст.	II группа
IV степень	Соматические нарушения значительно выраженные. Выраженная и прогрессирующая неврологическая симптоматика, прогрессирующее снижение зрения и атрофия зрительного нерва, ХСН III-IV ФК NYHA, ХИМ III ст., хроническая легочная недостаточность III ст. Нарушения фертильности. Гормональные и метаболические нарушения. Выраженное изменение уровней тропных гормонов, сопровождающееся явными отклонениями секреции периферических гормонов и параметров гомеостаза.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.; ориентации — III ст.; общению — III ст.	I группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
1.3.13. Синдром Иценко Кушинга E 24			
Синдром Иценко Кушинга — тяжелое многосимптомное заболевание гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, протекающее с клинической картиной гиперкортицизма, обусловленное наличием опухоли гипофиза (АКТГ — зависимый синдром) или опухолью надпочечников (АКТГ — независимый синдром) или опухолью внеэндокринной локализации (эктопический синдром) и характеризующееся повышенной секрецией АКТГ и увеличением продукции кортизола корой надпочечников.			
I степень	<p>Соматические нарушения незначительные или легкие. Избыточный вес с индексом массы тела (ИМТ) менее 27. Остеопения, зрение сохранено. Незначительные признаки хронической ишемии мозга.</p> <p>Гормональные и метаболические нарушения. Незначительное повышение уровня кортизола при сохранении нормогликемии и нормальных показателей электролитов.</p> <p>При этом обязательно исключить наличие очага гиперсекреции кортизола (кортикотропинома в гипофизе, опухоль надпочечника и экстрагипофизарной локализации-эктопический очаг) на МРТ/КТ гипофиза, надпочечников, органов грудной и брюшной полости.</p>	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	<p>Соматические нарушения умеренно выраженные. Диспластическое ожирение. Индекс массы тела 27, АГ II стадии, диффузный остеопороз костей без переломов, нарушение половой функции, нарушение полей зрения с амблиопией (снижение остроты зрения с атрофией диска зрительного нерва), наличие нарушения толерантности к глюкозе, ХСН I-II ФК NYHA, хроническая ишемия мозга I ст. Депрессивный синдром легкой степени.</p> <p>Гормональные и метаболические нарушения. Нарушение ритма секреции кортизола и АКТГ, гипергликемия, гипокалиемия и гипернатриемия, диспротеинемия, дислипидемия. Состояние после аденомэктомии гипофиза и адреналэктомии с полной ремиссией без необходимости к заместительной гормональной терапии (ЗГТ). Наличие образования в гипофизе, надпочечниках или эктопического очага гиперсекреции по данным МРТ, КТ.</p>	передвижению — I ст.; самообслуживанию — I ст.; общению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Соматические нарушения выраженные. Диспластическое ожирение. Индекс массы тела 28 — 30, артериальная гипертензия III стадии, наличие миокардиодистрофии, плохо поддающейся коррекции, остеопороз с переломами, прогрессирующее снижение зрения (50%), хронические воспалительные про-	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; общению — II ст.; ориентации — II ст.;	II группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	<p>цессы, требующие лечения, мочекаменная болезнь с нарушением функции почек, нарушения половой функции, наличие стероидного диабета, депрессивный синдром средней степени тяжести, ХСН II/ III ФК NYHA, ХИМ II ст.</p> <p>Гормональные и метаболические нарушения. Стойкое повышение уровня кортизола, гипергликемия, дислипидемия, стойкая гипокалиемия и гипернатриемия, диспротениемия. Отсутствие ремиссии на фоне проводимой терапии не зависимо от способов лечения. Состояние после аденомэктомии гипофиза и адrenaлэктомии с частичной ремиссией или с необходимостью к ЗГТ гормонами периферических желез. Вторичная надпочечниковая недостаточность легкой степени. Состояние после лучевой терапии. Несахарный диабет. Наличие образования в гипофизе, надпочечниках или эктопического очага гиперсекреции по данным МРТ, КТ или не локализованный очаг без достижения ремиссии болезни.</p>	<p>трудовой деятельности — II, III ст.</p>	
IV степень	<p>Соматические нарушения значительно выраженные. Диспластическое ожирение, индекс массы тела более 30, стойкая артериальная гипертензия III стадии, плохо поддающаяся коррекции, миокардиодистрофия, выраженный остеопороз и наличие переломов, наличие стероидного диабета, нарушение функции почек, хронические воспалительные процессы, мочекаменная болезнь с нарушением функции почек, нарушения половой функции, нарушение полей зрения с амаврозом (слепота), депрессивный синдром тяжелой степени. ХСН III/ IV ФК NYHA, ХИМ III ст.</p> <p>Гормональные и метаболические нарушения. Рецидивирующая гиперкортизолемиа, стойкая гипергликемия, выраженная гипокалиемия и гипернатриемия, диспротеинемия, упорный лейкоцитоз и эритропения.</p> <p>Отсутствие ремиссии на фоне проводимой терапии независимо от способов лечения.</p> <p>Состояние после аденомэктомии гипофиза и адrenaлэктомии без ремиссии и необходимостью к заместительной гормонотерапии гормонами периферических желез. Вторичная надпочечниковая недостаточность средней и тяжелой степени, состояние после лучевой терапии, несахарный диабет.</p> <p>Наличие образования в гипофизе, надпочечниках или эктопического очага гиперсекреции по данным МРТ, КТ или остаточной ткани опухоли с рецидивирующим ростом без достижения ремиссии болезни.</p>	<p>самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.; ориентации III ст.; общению — III ст.; контролю за своим поведением — III ст.</p>	I группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
1.3.14. Гиперальдостеронизм E26.0			
Гиперальдостеронизм — это синдром, обусловленный гиперсекрецией главного надпочечникового минералокортикоида — альдостерона			
I степень	Соматические нарушения незначительные. АГ I ст., отсутствие признаков миокардиодистрофии, незначительная мышечная слабость. Незначительные признаки Хронической ишемии мозга. Гормональные и метаболические нарушения. Незначительное повышение уровня альдостерона при сохранении нормальных показателей электролитов, уровень АРП нормальный. КТ надпочечников: отсутствие образования.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Соматические нарушения умеренные. АГ II ст., наличие миопатического синдрома, миокардиодистрофии, ХСН I/ II ФК NYHA, хронической ишемии мозга I ст. Гормональные и метаболические нарушения. Умеренное повышение уровня альдостерона, уровень АРП нормальный или низкий, незначительная гипокалиемия и гипернатриемия, изогипостенурия. КТ надпочечников: наличие образования или диффузной узелковой гиперплазии надпочечников с одной или с 2-х сторон.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Соматические нарушения выраженные. АГ III ст., частые кризы, миокардиодистрофия, остеопороз, прогрессирующее снижение зрения, ХСН II/ III ФК NYHA, хроническая ишемия мозга II ст., упорная полиурия, выраженная миопатия с краткосрочными приступами миоплегии, парестезии. Состояние после адреналэктомии со вторичной недостаточностью надпочечников. Гормональные и метаболические нарушения. Выраженное повышение уровня альдостерона, уровень АРП низкий, стойкая гипокалиемия и гипернатриемия, изогипостенурия. КТ надпочечников: наличие образования или диффузно-узловой гиперплазии надпочечников с одной стороны, отсутствие ремиссии после радикальных способов терапии.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II, III ст.	II группа
IV степень	Соматические нарушения значительно выраженные. Стойкая АГ III ст., плохо поддающаяся коррекции, с частыми кризами, миокардиодистрофия, миопатия с	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.;	I группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	<p>частыми приступами миоплегии, парестезии и тетания, лабильность пульса, ортостатическая гипотония, диабет сахарный вторичный, психоэмоциональные нарушения, ХСН III/IV ФК NYHA, хроническая ишемия мозга III ст.</p> <p>Гормональные и метаболические нарушения. Выраженное повышение уровня альдостерона, уровень АРП низкий, выраженная гипокалиемия и гипернатриемия, изогипостенурия, протеинурия.</p> <p>КТ надпочечников: наличие образования или рецидив роста.</p>	общению — III ст.	
1.3.15. Гипокортицизм E 27.1 Аддисонова болезнь.			
Гипокортицизм — (надпочечниковая недостаточность) — этот термин объединяет патологические изменения, вызванные гипофункцией коры надпочечников (E 27.1)			
I степень	<p>Соматические нарушения незначительные. Легкие нарушения сердечно-сосудистой системы (умеренное снижение артериального давления за счет систолического, тенденция к тахикардии), ХСН I ФК, признаки незначительной хронической ишемии мозга.</p> <p>Гормональные и метаболические нарушения. Нормальные или незначительные. Уровень кортизола в норме, в течение дня снижается. Аденокортикотропный гормон (АКТГ) — повышен.</p>	Ограничения жизнедеятельности нет.	Ограничение по линии ВКК
II степень	<p>Соматические нарушения умеренно выраженные. Гиперпигментация кожи, слизистой полости рта. Гипотермия, артериальная гипотония (на ЭКГ — выраженный низкий вольтаж зубцов). Умеренное или выраженное нарушение желудочно-кишечного тракта (снижение кислотности, атрофический гастрит, диспептические расстройства. Нарушение половой сферы, снижение либидо у мужчин. Склонность к гипогликемическим реакциям. Повышенная нервная возбудимость, бессонница, депрессия, невроты, потеря веса, судороги. ХСН I/II ФК NYHA, хроническая ишемия мозга I ст.</p> <p>Гормональные и метаболические нарушения умеренные или выраженные. Уменьшение клубочковой фильтрации и реабсорбции натрия и хлоридов. Умеренное или выраженное снижение в крови кортизола, альдостерона, повышение уровня АКТГ, Меланинстимулирующий гормон (МСГ). Гиперкалиемия, гипонатриемия, гипогликемия. Необходимость постоянной заместительной терапии препаратами глюкокортикоидов (до 10 мг).</p>	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
III степень	Соматические нарушения выраженные. Значительная гиперпигментация кожи, слизистой полости рта. Редкие аддисоновые кризы. Выраженная артериальная гипотония, экстрасистолическая тахикардия, ритм глухости тонов сердца, выраженные и значительные диспепсические нарушения, гипогликемические состояния, психозы, резкая потеря веса, судороги. ХСН II/III ФК NYHA, хроническая ишемия мозга II ст. Гормональные и метаболические нарушения. Значительное снижение уровня кортизола, альдостерона, повышение уровня АКТГ, выраженная гипогликемия, гипонатриемия. Необходимость постоянной заместительной терапии препаратами глюкокортикоидов (до 20 мг) и минералокортикоидов, половых гормонов, метаболической терапии.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II, III ст.; общению — III ст.	II группа
IV степень	Соматические нарушения значительно выраженные. Частые аддисоновые кризы (снижение систолического АД до 50 мм рт. ст., диастолического до 0). Значительные нарушения нервно-психической сферы (психозы и т. д.), дефицит веса. ХСН III/IV ФК NYHA, хроническая ишемия мозга III ст. Гормональные и метаболические нарушения. Значительное снижение уровня кортизола, альдостерона, повышение уровня АКТГ, МСГ, выраженная гипогликемия, гипонатриемия. Необходимость постоянной заместительной терапии препаратами глюко- и минералокортикоидами, в том числе, невозможность компенсации при постоянной заместительной, инфузионной, метаболической терапии.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.; общению — III ст.; контролю своего поведения — III ст.	I группа
1.3.16. Феохромоцитома E27.5			
Феохромоцитома — опухоль, исходящая из хромоаффинных клеток и секретирующая катехоламины (адреналин, норадреналин, дофамин).			
I степень	Соматические нарушения легкие. АД I ст. или редкие кризы, продолжающиеся несколько минут. Незначительные признаки хронической ишемии мозга. Гормональные и метаболические нарушения. Незначительное повышение уровня метанефринов плазмы или мочи, при сохранении нормогликемии. КТ надпочечников: отсутствие образования.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Соматические нарушения выраженные. АД II ст. с кризами средней частоты, продолжающимися от нескольких минут до 1-2 ч., ХСН I/II ФК NYHA, хроническая ишемия мозга I ст. Гипертоническая ретинопатия I.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; обучению — I ст.;	III группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	Гормональные и метаболические нарушения. Умеренное повышение уровня метанефринов плазмы или мочи, гипергликемия в момент кризов, дислипидемия. КТ надпочечников: наличие образования в брюшной полости или в надпочечниках.	трудовой деятельности — I ст.	
III степень	Соматические нарушения выраженные. Стойкая АГ III ст. с частыми кризами, продолжающимися от нескольких часов, выраженные нейровегетативные проявления, изменение массы тела, нарушения толерантности к глюкозе, ХСН II/III ФК NYHA, хроническая ишемия мозга II ст., гипертоническая ретинопатия II. Гормональные и метаболические нарушения. Выраженное повышение уровня метанефринов плазмы или мочи, гипергликемия. Состояние после адреналэктомии с полной ремиссией и легкой надпочечниковой недостаточностью. КТ надпочечников: наличие образования в брюшной полости или в надпочечниках или рецидив после примененных методов лечения.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; обучению — II ст.; трудовой деятельности — II, III ст.	II группа
IV степень	Соматические нарушения значительно выраженные. Стойкая АГ III ст., плохо поддающаяся коррекции, осложняющаяся кровоизлияниями в сетчатку глаза, мозга, инфарктом миокарда или легких, отеком легких, вторичным сахарным диабетом, отсутствие ремиссии. ХСН III/IV ФК NYHA, ХИМ III ст., гипертоническая ретинопатия III. Состояние после адреналэктомии с полной ремиссией, сопровождающаяся надпочечниковой недостаточностью средней и тяжелой степени. Гормональные и метаболические нарушения. Выраженное повышение уровня метанефринов плазмы или мочи. КТ надпочечников: наличие образования в брюшной полости или в надпочечниках или рецидив после примененных методов лечения.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.; ориентации — III ст.; общению — III ст.	I группа
1.3.17. Синдром Шерешевского-Тернера Q 96			
Синдром Шерешевского-Тернера — хромосомная болезнь, сопровождающаяся характерными аномалиями физического развития, низкорослостью и половым инфантилизмом.			
I степень	Соматические нарушения. Небольшое отставание в росте в период полового развития от сверстников. Низкорослость (отставание на 1 сигму от физиологических норм).	Ограничения жизнедеятельности нет.	Ограничение по линии ВКК

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	Гормональные и метаболические нарушения незначительные. Частичная моносоμία. Незначительное повышение уровня гонадотропных гормонов.		
II степень	Соматические нарушения умеренные. Снижение роста на 2 сигмы от физиологических норм. Формирование кожных крыловидных складок на боковых поверхностях шеи, низкая граница роста волос на шее. Выраженные нарушения функции внутренних органов (пороки сердца, органов зрения, почек и т. д.). ХСН I/ II ФК NYHA . Гормональные нарушения умеренные. Умеренное повышение уровня гонадотропных гормонов, снижение эстрогенов. Половой хроматин отрицательный. Полная моносоμία.	Передвижению — I ст.; общению — I ст.; обучению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Соматические нарушения значительные. Низкорослость более 3 сигм. Значительные нарушения функции внутренних органов (пороки развития сердца, крупных сосудов, почек, органов зрения). АГ III ст. ХСН II/III ФК NYHA . Гормональные и метаболические нарушения выраженные. Выраженное повышение уровня гонадотропных гормонов, снижение эстрогенов. Половой хроматин отрицательный. Полная моносоμία, мозаицизм.	передвижению — II ст.; общению — II ст.; обучению — II ст.; трудовой деятельности — II, III ст.	II группа
IV степень	Соматические нарушения резкие. Низкорослость (отставание более 4 сигм). Выраженная общая диспластичность тела. Значительные или резкие нарушения функции внутренних органов с явлениями декомпенсации (врожденные пороки развития: сердца, почек, зрения, сосудов и т. д.). ХСН III/ IV ФК NYHA . Гормональные нарушения значительные. Выраженное повышение уровня гонадотропных гормонов, снижение эстрогенов. Половой хроматин отрицательный, сложный мозаицизм.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.; общению — III ст.	I группа
1.4. Болезни системы кровообращения I (МКБ-10)			
1.4.1. Ревматическая лихорадка с вовлечением сердца I 01 (I 01.0, I 01.1, I 01.2, I 01.8, I 01.9)			
Ревматическая лихорадка — токсико-иммунологическое системное воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественной локализацией процесса в сердечно-сосудистой системе, развивающееся у предрасположенных к нему лиц в связи с острой инфекцией, вызванной гемолитическим стрептококком группы А, преимущественно в возрасте 7 — 15 лет.			
I степень	Очаговый ревмокардит, без поражения клапанов и признаков недостаточности кровоснабжения, редкие обострения.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
II степень	Затяжное или подострое течение ревматической лихорадки с минимальной активностью, наличие II степени порока митрального или аортального клапана, увеличение размеров сердца, функциональные шумы в сердце, перебои, умеренная хроническая недостаточность мозгового кровообращения, нарушения ритма сердца легкой или средней степени, ХСН I/II ФК по NYHA	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Диффузный ревмокардит со средней и высокой степенью активности, затяжного или непрерывно рецидивирующего течения, тяжелым поражением миокарда, ЦНС, наличие III степени порока митрального или аортального клапана с развитием гипертензии в малом круге кровообращения, увеличение размеров сердца, шумы в сердце, аритмии, ХСН II/III ФК по NYHA	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II / III ст.	II группа
IV степень	Диффузный ревмокардит с полиорганными поражениями и выраженными дистрофическими изменениями внутренних органов (кахекия), ХСН III/IV ФК по NYHA.	самообслуживанию — III ст. передвижению — III ст.	I группа
1.4.2. Ревматические пороки I 05, I06, I07, I08, I09			
I степень	Изолированный порок сердца, в начальной стадии, без признаков недостаточности кровоснабжения.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Наличие II степени порока митрального или аортального клапана, осложненные нарушением ритма, ХСН I/II ФК по NYHA, хронической ишемией мозга (ХИМ) I степени, легочной гипертензии I степени, после пластических операций (комиссуротомии и протезирования) без тромбоэмболических и инфекционно-септических осложнений, больным регулярно получающих противоревматическую и симптоматическую терапию с минимальной активностью ревматического процесса.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Наличие III степени порока митрального или аортального клапана, осложненные мерцательной аритмией, повторные тромбоэмболии в анамнезе после протезирования клапанов и реконструкции клапанов в первый год после операции, сохраняющиеся или возникшие осложнения в результате неэффективного лечения, наличие III степени активности ревматического процесса или септического эндокардита в послеоперационном периоде, нуждающимся в повторной операции при рестенозе, пороки с ХСН II/III ФК по NYHA, хроническая ишемия мозга II степени, легочная гипертензия II степени.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II / III ст.	II группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
IV степень	Наличие ХСН III/IV ФК по NYHA с дистрофическими изменениями во внутренних органах, хроническая ишемия мозга III степени, тяжелые неустраняемые последствия тромбоэмболии сосудов головного мозга и сердца, неэффективность хирургического лечения с прогрессированием сердечной недостаточности и развитием дистрофических изменений во внутренних органах при неблагоприятном прогнозе, невозможность повторного хирургического лечения с развитием ХСН III стадии.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.; ориентации — III ст.; общению — III ст.	I группа
1.4.3. Эссенциальная гипертензия I 10 Гипертоническая болезнь I 11, I 12, I 13 Вторичная гипертензия I 15			
Артериальная гипертензия — стабильное повышение систолического артериального давления более 140 мм. рт. ст. и/или диастолического артериального давления более 90 мм рт. ст.			
I степень	При низком риске развития сердечно-сосудистых осложнений (см. приложение), отсутствии недостаточности кровоснабжения.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	При среднем риске у лиц с противопоказанными условиями труда; при высоком риске и очень высоком риске развития сердечно-сосудистых осложнений в сочетании с ХСН I ст. II ФК по NYHA. Частота кризов 3 — 5 раз в году.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	При умеренно выраженном поражении органов мишеней, высоком и очень высоком риске развития сердечно-сосудистых осложнений, кризах средней частоты 6 раз и более в году, с нестойким эффектом лечения в сочетании с ХСН II ст. III ФК по NYHA, ХИМ II степени.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II / III ст.	II группа
IV степень	Гипертоническая болезнь III стадии, в том числе злокачественная гипертензия III степени с тяжелыми осложнениями ХСН III ст. IVФК по NYHA, ХИМ III степени, ХПН.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.; ориентации — III ст.; общению — III ст.	I группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
1.4.4. Стенокардия I 20 Хроническая ишемическая болезнь сердца I 25 Перенесенный в прошлом инфаркт миокарда I 25.2 Аневризма сердца I 25.3			
<p>Стенокардия — это клинический синдром, проявляющийся чувством дискомфорта или болью в грудной клетке сжимающего, давящего характера, которая локализуется чаще всего за грудиной и может иррадиировать в левую руку, шею, нижнюю челюсть, эпигастральную область. Стенокардия обусловлена преходящей ишемией миокарда, развивается при несоответствии между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой коронарным кровотоком.</p>			
I степень	<p>ФК I — Боль за грудиной или в области сердца, непродолжительная, при необычно большой или экстремальной нагрузке, купируется самостоятельно. ЭКГ, снятая во время болевого эпизода фиксирует изменения конечной части желудочкового комплекса — сегмента ST и зубца T. ВЭМ: ≥ 100 — 125 вт; ДП 278 у. е.</p> <p>Тредмилл: 7 МЕ. ЭхоКГ: без особенностей.</p> <p>ФК II — боль при ходьбе больше 200 м по ровной местности или во время подъема по лестнице более чем на один пролет в обычном темпе, купируется самостоятельно. ЭКГ снятая во время болевого эпизода фиксирует изменения конечной части желудочкового комплекса — сегмента ST и зубца T. ВЭМ: 75 — 99 вт. Тредмилл: 4,9 — 6,9 МЕ. ЭхоКГ: без особенностей. Доплер: возможно $E < A$.</p>	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	<p>ФК III при наличии ХСН I ст. ФК по NYHA — боль возникает при ходьбе 100 — 200 м по ровной местности или при подъеме по лестнице на один пролет в обычном темпе, при повседневных условиях, купируется приемом нитроглицерина. При наличии постинфартного кардиосклероза (ПИКС) возможно наличие зубца Q. Возможны аритмии (желудочковая экстрасистолия, наджелудочковая экстрасистолия, мерцательная аритмия нормосистолический вариант) преходящие или единичные. После имплантации электрокардиостимулятора (ЭКС) и стабильном течении основного заболевания.</p> <p>ВЭМ: 50 — 74 вт. Тредмилл: 2,0 — 3,9 МЕ. ЭхоКГ: ПИКС — зоны гипокинезии. Доплер — ДДЛЖ I тип ($E < A$).</p>	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	<p>ФК III в сочетании с ХСН II А-Б ст. III ФК по NYHA — перенесенный инфаркт миокарда с тяжелыми осложнениями (нарушения ритма, мерцательная</p>	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.;	II группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	<p>аритмия тахи-, брадисистолический вариант, нарушения проводимости сердца, аневризмы сердца, наличие тромба, перикардит). После имплантации электрокардиостимулятора (при неэффективности работы электрокардиостимулятора), после реваскуляризации при выраженном снижении функциональных резервов сердечно-сосудистой системы, после резекции постинфарктной аневризмы с пластикой, при неудовлетворительных результатах лечения, в т. ч. повторных операций, гнойных осложнений.</p> <p>ЭКГ покоя. При наличии ПИКС возможно наличие зубца Q. Возможны аритмии (желудочковая экстрасистолия, наджелудочковая экстрасистолия, мерцательная аритмия, блокады AV и пучка Гисса), признаки аневризмы сердца. ВЭМ: не проводят. Тредмилл: не проводят. ЭхоКГ: ПИКС — зоны гипо- и акинезии. Возможно дилатация (КДР>5,5 см.), аневризма сердца, тромб сердца.</p> <p>Допплер — ДДЛЖ I, II тип.</p>	<p>трудовой деятельности — II / III ст.</p>	
IV степень	<p>ФК IV по NYHA в сочетании ХСН III ст. Невозможность выполнять любой вид физической деятельности без возникновения неприятных ощущений, т. е. приступы стенокардии в покое, прием нитроглицерина обязателен. ЭКГ покоя: при наличии ПИКС возможно наличие зубца Q. Возможны аритмии (желудочковая экстрасистолия, наджелудочковая экстрасистолия, мерцательная аритмия, блокады AV и пучка Гисса). ВЭМ: не проводят. Тредмилл: не проводят. ЭхоКГ: ПИКС — зоны гипо- и/или акинезии. Возможно дилатация (КДР>5,5 см; ФВ<50%). Допплер — ДДЛЖ I, II тип</p>	<p>самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.</p>	I группа
1.4.5. Другие формы легочно-сосудистой недостаточности I 27 (I 27.0, I 27.9)			
<p>Первичная легочная гипертензия (ЛГ) — состояние, характеризующееся постепенным повышением легочно-сосудистого сопротивления и давления в легочной артерии, приводящее к развитию правожелудочковой недостаточности.</p>			
<p>Хроническое легочное сердце — гипертрофия и дилатация правых отделов сердца в результате гипертензии в малом круге кровообращения, развившиеся вследствие заболеваний бронхов и легких, поражений легочных сосудов или деформаций грудной клетки.</p>			
I степень	<p>При I стадии ЛГ клинические признаки не выражены. Рентгенологические признаки (РП): отсутствует + клиника основного заболевания. ЭКГ: признаки отсутствуют или преходящая перегрузка ПЖ. Степень дыхательной недостаточности (СДН): PO₂ и PCO₂ в норме. Центральная гемодинамика (ЦГ): нормо- и гиперкинетический тип. Среднее давление в ЛА 0 — 24 мм вод. ст.</p>	<p>Ограничения жизнедеятельности нет</p>	Ограничение по линии ВКК

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
II степень	При II стадии ЛГ возникает одышка при обычной физической нагрузке, акроцианоз, сердечный толчок усиленный, акцент II тона над легочным стволом. РП: расширение корней легких, выбухание легочного ствола, гипертрофия правого желудочка. ЭКГ: чаще имеются признаки перегрузки или гипертрофия правого предсердия, гипертрофия правого желудочка. СДН: умеренная гипоксемия. ЦГ: гипер- и эукинетический тип. Среднее давление в ЛА 25 — 49 мм вод. ст. ХСН I/, ДН I ст.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	При III стадии ЛГ одышка при незначительной нагрузке, акроцианоз, сердечный толчок усиленный, акцент II тона над легочным стволом + диффузный цианоз, увеличение печени, отеки. РП: то же, что во II степени + дилатация правого желудочка. ЭКГ: признаки ГПП и гипертрофия ПЖ. СДН: II значительная гипоксемия, гиперкапния. ЦГ: гипокинетический тип. ЭхоКГ: определяется увеличение правого желудочка более 36 мм, правого предсердия 38 — 48 мм, толщина ПЖ более 5 мм, парадоксальное движение межжелудочковой перегородки. Д-ЭХОКГ: выявляется недостаточность трехстворчатого клапана и недостаточность клапана легочной артерии. Среднее давление в ЛА 50 — 75 мм вод. ст. ХСН II/ III ФК по NYHA. ДН II ст.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II / III ст.	II группа
IV степень	При III стадии ЛГ одышка в покое, акроцианоз, сердечный толчок, усиленный акцент II тона над легочным стволом + диффузный цианоз, увеличение печени, отеки, дистрофические изменения в других органах (кахексия). РП: то же + дилатация правого предсердия, правого желудочка. ЭКГ: признаки гипертрофия ПП и гипертрофия ПЖ. СДН: III значительная гипоксемия, гиперкапния. ЦГ: гипокинетический тип. ЭхоКГ: определяется увеличение правого желудочка более 36 мм, правого предсердия более 38 — 48 мм, парадоксальное движение межжелудочковой перегородки. Д-ЭХОКГ — выявляется недостаточность трехстворчатого клапана и недостаточность клапана легочной артерии. Среднее давление в ЛА более 75 мм вод. ст. ХСН III/ IV ФК по NYHA. ДН III ст.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа
1.4.6. Миокардиты I 41			
Миокардит — воспалительное заболевание миокарда, вызванное инфекционными, токсическими или аллергическими воздействиями.			
I степень	Миокардит без признаков сердечной недостаточности	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
II степень	Миокардитический кардиосклероз, осложненный недостаточностью ХСН I ст. II ФК NYHA, нарушениями ритма без тенденции к прогрессированию.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Тяжелый миокардит, диффузный кардиосклероз, осложненный ХСН II ст. III ФК NYHA с тяжелыми нарушениями ритма и проводимости.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II / III ст.	II группа
IV степень	Диффузные необратимые осложнения миокардитического кардиосклероза, осложненные ХСН III ст. IV ФК NYHA, тяжелые осложнения, тромбоэмболии сосудов.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа
1.4.7. Кардиомиопатии I 42, I42.0, I42.1, I42.5, I42.6, I42.8, I42.9, I43			
Кардиомиопатии — специфические заболевания мышцы сердца, при которых причина заболевания не известна, либо дисфункция миокарда сочетается с патологией других систем			
I степень	Бессимптомное течение.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Дилатационная кардиомиопатия, медленно прогрессирующего течения с ХСН I ст. II ФК NYHA, легкими нарушениями ритма и отсутствием синкопальных состояний; гипертрофическая кардиомиопатия с прогрессирующим течением и ХСН I ст. II ФК NYHA.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Кардиомиопатия с ХСН II ст. III ФК NYHA с значительными нарушениями ритма и проводимости.	Самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II / III ст.	II группа
IV степень	Кардиомиопатия с ХСН III ст. IV ФК NYHA с тяжелыми нарушениями ритма и проводимости, необратимыми последствиями тромбоэмболии сосудов.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа
1.4.8. Нарушения ритма и проводимости I44-I 49			
Аритмия — изменения нормальной частоты, регулярности и силы сокращения сердца, а также нарушение связи и последовательности активации предсердий и желудочков, которые возникают вследствие расстройств функции автоматизма, возбудимости, проводимости и сократимости.			

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
I степень	Легкая степень — наджелудочковые и желудочковые экстрасистолы I-II класс по Лауну, Синдром слабости синусового узла (СССУ) с частотой ритма более 50 в мин., пароксизмы мерцательной аритмии и наджелудочковой тахикардии, возникающие 1 раз в месяц и реже, длительностью не более 4 часов, предсердно-желудочковая блокада II степени (тип Мобитц I), однопучковые блокады.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Средняя степень — желудочковые экстрасистолы III класс по Лауну, пароксизмы мерцания или трепетания предсердий, наджелудочковой тахикардии, возникающие 2 — 4 раза в месяц, продолжительностью более 4 часов, предсердно-желудочковая блокада II степени (тип Мобитц II), двухпучковые блокады, СССУ с клиническими проявлениями без синкопальных состояний и приступов Морганьи-Адамса-Стокса, узловой ритм при отсутствии сердечной недостаточности и ЧСС более 40 в мин.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Тяжелая степень — желудочковые экстрасистолы IV-V класс по Лауну, пароксизмы мерцательной аритмии, трепетания предсердий, наджелудочковой тахикардии, возникающие несколько раз в неделю, пароксизмы желудочковой тахикардии, постоянная форма мерцательной аритмии, некорректируемая медикаментозно, СССУ с синкопальными состояниями и приступами Морганьи-Адамса-Стокса, трехпучковые блокады, полная предсердно-желудочковая блокада, синдром Фредерика с ЧСС менее 40 в мин. и прогрессирующей сердечной недостаточностью.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II / III ст.	II группа
IV степень	Тяжелая степень нарушения ритма с необратимыми изменениями гемодинамики ХСН III ст. IY ФК NYHA.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа
1.4.9. Сердечная недостаточность I50			
Хроническая сердечная недостаточность — заболевание с комплексом характерных симптомов (одышка, утомляемость и снижение физической активности, отеки и др.), которые связаны с неадекватной перфузией органов и тканей в покое или при нагрузке, часто с задержкой жидкости в организме, вследствие ухудшения способности сердца к наполнению или опорожнению, обусловленное повреждением миокарда, а также дисбалансом вазоконстрикторных и вазодилатирующих нейрогуморальных систем.			
I степень	Недостаточность кровоснабжения I стадии. Физическая активность (ФА) больных с известными заболеваниями сердечно-сосудистой системы не ограничена. Обычные физические нагрузки не вызывают усталости, одышки и сердцебиения. Одышка и сердцебиение развиваются в ответ на повышенную физическую нагрузку.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	<p>ЭКГ: признаки гипертрофии, перегрузки желудочков и/или предсердий, различного рода нарушения ритма (единичные суправентрикулярные и желудочковые экстрасистолы, пароксизмальные суправентрикулярные тахикардии), атреовентрикулярная блокада (АВ) блокада I ст.</p> <p>ЭхоКС и доплер-ЭхоКС: диастолическая дисфункция — ТМЖП (толщина межжелудочковой перегородки) + ТСЛЖ (толщина стенки ЛЖ) : $2 > 1,3$ см / или ТЗСЛЖ $> 1,2$ см, гипертрофический тип спектра трансмитрального доплеровского потока (ТМДП) ($E / A < 1,0$), соотношение $E/Ea > 15$, Vp менее 45 см/сек.</p> <p>Тест с 6-минутной ходьбой (ТШХ) — больной может пройти расстояние от 426 м до 550 м без развития одышки.</p> <p>Потребление кислорода 18,1 — 22,0 мл/мин/м².</p> <p>Количество баллов по шкале оценки состояния (ШОКС) — менее 3 (см приложение).</p>		
II степень	<p>Недостаточность кровоснабжения II стадии, ХСН II ФК по NYHA</p> <p>Симптомы: в покое отсутствуют, но в ответ на обычные физические нагрузки развиваются усталость, одышка или сердцебиение. Клиника обусловлена незначительными нарушениями гемодинамики в одном из кругов кровообращения, которые регрессируют на фоне лечения.</p> <p>ЭКГ: признаки гипертрофии, перегрузки желудочков и/или предсердий, различного рода нарушения ритма (суправентрикулярные и желудочковые экстрасистолы, пароксизмальные суправентрикулярные и желудочковые тахикардии) и проводимости сердца (блокады ножек пучка Гисса, АВ блокада I ст.).</p> <p>ЭхоКС и доплер-ЭхоКС: диастолическая дисфункция: ТМЖП (толщина межжелудочковой перегородки) + ТСЛЖ (толщина стенки ЛЖ) : $2 > 1,3$ см и/или ТЗСЛЖ $> 1,2$ см, гипертрофический тип спектра трансмитрального доплеровского потока (ТМДП) ($E/A < 1,0$), соотношение $E/Ea > 15$, Vp менее 45 см/сек. Псевдонормальный тип спектра ТМДП. ТШХ: больной может пройти расстояние от 150 м до 425 м без развития симптомов ХСН. Потребление кислорода: 14,1 — 18,0 мл/мин/м². ШОКС от 3 до 4 баллов (см. прил.).</p>	<p>самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.</p>	III группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
III степень	<p>Недостаточность кровоснабжения II Б стадии, ХСН III ФК по NYHA.</p> <p>Симптомы в покое отсутствуют, но даже минимальные физические нагрузки вызывают усталость, одышку или сердцебиение.</p> <p>ЭКГ: признаки гипертрофии, перегрузки желудочков и/или предсердий, различного рода нарушения ритма (суправентрикулярные и желудочковые экстрасистолы, в том числе высоких градаций, пароксизмальные суправентрикулярные и желудочковые тахикардии) и проводимости сердца (блокады ножек пучка Гисса, АВ блокада I, II ст.).</p> <p>ЭхоКС и Допплер-ЭхоКС: Систолическая дисфункция: конечно-диастолический размер (КДР) ЛЖ > 6,0 см, индекс конечного диастолического размера (ИКДР) ЛЖ > 3,3 см/м², КСР ЛЖ более 40 мм. Короткая ось левого желудочка в систолу более 4.0 см, длинная ось — более 8.4 см, Фракция укорочения ЛЖ — менее 25%. Увеличение размера ЛП более 40 мм, уменьшение линейной скорости выносящего тракта ЛЖ менее 15 см/с. Индекс сферичности ЛЖ в систолу (отношение короткой оси ЛЖ к длинной оси ЛЖ) > 0,70 и/или относительная толщина стенок ЛЖ (ТМЖП + ТЗСЛЖ / КДР ЛЖ) > 0,30 и < 0,45.</p> <p>Диастолическая дисфункция: ТМЖП (толщина межжелудочковой перегородки) + ТСЛЖ (толщина стенки ЛЖ) : 2 > 1,3 см и/или ТЗСЛЖ > 1,2 см, гипертрофический тип спектра трансмитрального доплеровского потока (ТМДП) (Е/А < 1,0), соотношение Е/Еа > 15, Vp менее 45 см/сек. Псевдонормальный тип спектра ТМДП.</p> <p>ТШХ — расстояние до 150 м без развития симптомов ХСН.</p> <p>Потребление кислорода 14,1 — 18,0 мл/мин/м².</p> <p>ШОКС от 4 до 6 баллов.</p>	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II / III ст.	II группа
IV степень	<p>Недостаточность кровоснабжения III стадии, ХСН IV ФК по NYHA</p> <p>Симптомы: одышка, сердцебиение, удушье в покое выражены в максимальной степени (в т. ч. асцит, анасарка) + развиваются признаки вторичных, в том числе необратимых нарушений функций других органов и их систем (анемия, печеночная, почечная недостаточность и т. д.).</p> <p>ЭКГ: признаки гипертрофии, перегрузки желудочков и/или предсердий, различного рода нарушения ритма (суправентрикулярные и желудочковые экстрасистолы, в том числе высоких градаций, пароксизмальные суправентри-</p>	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	кулярные и желудочковые тахикардии) и проводимости сердца (блокады ножек пучка Гисса, АВ блокада I, II и III ст.). ЭхоКС: признаки финальной стадии ремоделирования сердца. Все вышеперечисленные показатели выражены в крайней степени. ТШХ не выполнима большим. Потребление кислорода $\leq 10,0$ мл/мин/м ² . Сумма баллов по ШОКС более 6-ти.		
1.4.10. Врожденные пороки сердца Q 20-Q 26			
Врожденные пороки сердца — аномалии развития сердца, проявляющиеся нарушением формирования нормальной гемодинамики после рождения ребенка.			
I степень	Бессимптомное течение, стадия относительной компенсации ХСН 0/1 ФК.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Легочная гипертензия I ст. с нарушением ритма и проводимости, ХСН I ст. II ФК NYHA. Развиваются дистрофические и дегенеративные изменения в миокарде и паренхиматозных органах. Рекомендуются оперативное лечение.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; обучение — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Легочная гипертензия II ст. с тяжелыми нарушениями ритма и проводимости, ХСН II ст. III ФК NYHA. Развиваются осложнения после операции или выраженные дистрофические и дегенеративные изменения в миокарде и паренхиматозных органах.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II ст.	II группа
IV степень	Легочная гипертензия III ст. с тяжелыми нарушениями ритма и проводимости, ХСН III IV ФК NYHA.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.; трудовой деятельности — III ст.	I группа
1.5. Болезни органов дыхания J (МКБ-10)			
1.5.1. Хроническая обструктивная болезнь легких J44 (J44.0, J44.1, J44.8, J44.9) Хронический обструктивный бронхит (J40, J41, J41.0, J41.8, J42, J43)			
Хроническая обструктивная болезнь легких — характеризуется ограничением скорости воздушного потока, которое обратимо не полностью, обычно прогрессирует и связано с патологическим воспалительным ответом легких на действие ингалируемых патогенных частиц или газов, также отмечаются существенные внелегочные проявления, дополнительноотягощающие состояние больных.			

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
I степень	<p>Шкала одышки MRC 0-1 степени; ОФВ1 \geq 80%, ОФВ1/ФЖЕЛ $<$70%; 6-минутный шаговый тест \geq 350 м.; PaO₂? 80 мм рт ст, либо SaO₂ \geq 95% — ДН 0. СДЛА $<$30 мм рт ст.</p> <p>Нет системных внелегочных проявлений. Индекс массы тела (ИМТ) $>$21. Нет существенных рентгенологических изменений.</p> <p>Индекс Мура (поперечник ЛА/½ грудной клетки) x 100% = 19 — 21%. Предсердно-торакальное соотношение (отношение расстояния от срединной линии до наиболее удаленной точки правого предсердия к половине поперечника грудной клетки на уровне диафрагмы) не более 30%.</p> <p>Обострение заболевания возникает не более 1 раза в год, отсутствуют осложнения со стороны внутренних органов. ДН-0; НК-0.</p>	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	<p>Шкала одышки MRC 2 степени; ОФВ1 50 — 80%; ОФВ1/ФЖЕЛ $<$70%; 6-минутный шаговый тест 250 — 349 м; тахипноэ — 20 — 24 мин-1; PaO₂60 — 79 мм рт. ст., либо SaO₂ 90 — 94% — ДН I (латентная). При имеющейся патологии легких у больных в покое газовый состав в норме (SaO₂ \geq90 5%, PCO₂ не более 40 мм рт. ст.). При нагрузке отмечается гипоксемия (SaO₂ менее 95%), гипервентиляция с повышением МОД. Одышка после повышенной физической нагрузки сохраняется более 3 мин. СДЛА 30 — 39 мм рт. ст. Рентгенологически: возможно обнаружение низкого стояния купола диафрагмы, уплощение и ограничение ее подвижности, гипервоздушность легочных полей. Индекс Мура (поперечник ЛА/ ½ грудной клетки) x 100% = 27 — 30% — I степень легочной АГ.</p> <p>Предсердно-торакальное соотношение 31 — 40% — I степень увеличения правого предсердия или 41 — 50% — II степень увеличения правого предсердия. Больные с легочной гипертензией (ЛГ) ФК II имеют легкое ограничение физической активности. Они не ощущают дискомфорта в покое, но нормальная физическая активность вызывает усиление одышки, утомляемость, боли в грудной клетке или предобморочные состояния.</p> <p>Обострения заболевания возникают 1-2 раза в год, длительность до 2-3 недель, отсутствуют выраженные осложнения со стороны внутренних органов, ДН I ст.; ХСН I/ II ФК NYHA.</p>	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
III степень	<p>Шкала одышки MRC 3 степени; ОФВ1 30 — 50%, ОФВ1/ФЖЕЛ <70%. Рефрактерность к бронходилатирующим средствам. Ежегодное снижение ОФВ1 более 50 мл; 6-минутный шаговый тест 150 — 249 м; тахипноэ — ЧД>25 мин-1, либо брадипноэ — ЧД<12 мин-1. РаО₂ 60 — 79 мм рт. ст. либо SaO₂ 90 — 94% — ДН II.СДЛA ≥ 50 мм рт. ст. Наличие ориентировочных признаков «избыточной» работы дыхания II степени: тахикардия 100 — 120 в мин., ЧД 25 — 30 мин-1, парадоксальный пульс 10 — 25 мм рт. ст. ИМТ ≤21.</p> <p>ДН II (парциальная) — недостаточная функция легких выявляется в покое, в покое гипоксемия без гиперкапнии, компенсаторная гиперфункция правого желудочка, SaO₂ менее 92%, одышка после небольшой физической нагрузки, сохраняющаяся более 3 минут.</p> <p>Наличие полицитемического синдрома: гематокрит > 47% у женщин и > 52% у мужчин; повышение числа эритроцитов, высокий уровень гемоглобина, низкая СОЭ и повышенная вязкость крови. Рентгенологически: обнаружение низкого стояния купола диафрагмы, уплощение и ограничение ее подвижности, гипервоздушность легочных полей, буллы и увеличение ретростерального пространства; сужение и вытянутость сердечной тени, на фоне обеднения сосудистыми тенями определяется высокая плотность стенок бронхов, инфильтрация по их ходу. Индекс Мура (поперечник ЛА/ ½ грудной клетки) x 100% = 31 — 36% — II степень ЛАГ.</p> <p>Предсердно-торакальное соотношение 51 — 60% — III степень увеличения правого предсердия</p> <p>Больные с ЛГ II, ХСН II ст. III ФК по NYHA / ВОЗ имеют выраженное ограничение физической активности. В покое дискомфорта нет, но при нагрузках меньше обычных усиливается одышка, появляются утомляемость, боли в грудной клетке или предобморочные состояния.</p> <p>Обострения заболевания возникают 3-4 раза в год, появляются и постоянно прогрессируют признаки хронического легочного сердца. ДН-II ст., ХСН II ст. III ФК NYHA ст. (признаки правожелудочковой сердечной недостаточности: тахикардия, акроцианоз, набухание и пульсация шейных вен).</p>	<p>самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II, III ст.</p>	II группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
IV степень	<p>Шкала одышки MRC 4 степени. ОФВ1 <30% или >50% с признаками дыхательной или правожелудочковой недостаточности. Рефрактерность к бронходилатирующим средствам. Ежегодное снижение ОФВ1 более 50 мл.; 6-минутный шаговый тест ≤ 149 м; PaO₂ ≤ 60 мм рт. ст., либо SaO₂ ≤ 90% — ДН III ст. Значительная недостаточность функции легких и правого желудочка в покое, SaO₂ менее 90%, гипоксемия с гиперкапнией, одышка при минимальной физической нагрузке или в покое.</p> <p>СДЛА 40 — 39 мм рт. ст. Наличие ориентировочных признаков «избыточной» работы дыхания III степени: тахикардия >120 в мин., ЧД >30 — 35 мин-1, парадоксальный пульс >25 мм рт. ст. Наличие полицитемического синдрома: гематокрит >47% у женщин и >52% у мужчин; повышение числа эритроцитов, высокий уровень гемоглобина, низкая СОЭ и повышенная вязкость крови. Системные внелегочные проявления: гипотрофия, ИМТ ≤ 21, остеопения либо остеопороз. Рентгенологически признаки те же см. выше. Индекс Мура (поперечник ЛА/ ½ грудной клетки) x 100% = более 37% — III степень ЛАГ. Предсердно-горакальное соотношение более 60% — атриомегалия.</p> <p>Больные с ЛГ III, ХСН III ст. IV ФК по NYHA / ВОЗ не могут переносить никакую физическую нагрузку и у них в покое могут быть признаки правожелудочковой недостаточности. Одышка и/или утомляемость также могут присутствовать в покое, симптомы усиливаются почти при любой физической активности. Обострения 5 и более раз в год, прогрессирующее течение, хроническое легочное сердце, декомпенсированная фаза (тахикардия, акроцианоз, набухание и пульсация шейных вен, отеки на нижних конечностях, увеличение печени, асцит).</p>	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.;	I группа
1.5.2. Бронхиальная астма J 45 (J45.0, J45.1, J45.8, J45.9; J 46)			
<p>Бронхиальная астма — заболевание, обусловленное хроническим аллергическим воспалительным процессом в дыхательных путях. У предрасположенных лиц оно приводит к развитию гиперреактивности бронхов и бронхиальной обструкции, проявляющимися повторными эпизодами одышки, кашля и приступами удушья. Обструкция вариабельна и, по крайней мере, частично обратима спонтанно или под влиянием лечения.</p>			
I степень	Интермиттирующая астма (приступы удушья, реже 1 раза в неделю, ночные — реже 2 раз в месяц, купируются самостоятельно или после применения ингаляторов, обострения реже 1 раза в год и кратковременные, купирование	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	<p>симптомов обострения не требуют парентерального введения препаратов, в том числе глюкокортикоидных) и легкая персистирующая астма (приступы удушья возникают более 1 раза в неделю, однако реже 1 раза в день, ночные приступы — чаще 2 раз в месяц, обострения реже 1 раза в год и кратковременные). ОФВ1 или ПСВ $\geq 80\%$, суточная вариабельность ПСВ $< 20 - 30\%$. Прирост ОФВ1 в пробе с β_2-агонистами короткого действия более 15% (ПСВ более 20%). ДН — 0. Рентгенологически — нет существенных изменений.</p>		
II степень	<p>Среднетяжелая персистирующая астма (приступы удушья могут быть ежедневные, ночные симптомы более 1 раза в неделю, ежедневный прием β_2-агонистов короткого действия, обострения могут нарушать активность и сон, обострения не более 3 раз в год, купирование симптомов обострения требует парентерального введения препаратов, в том числе глюкокортикоидных). ОФВ1 или ПСВ $60 - 80\%$, суточная вариабельность ПСВ $> 20\%$. Объем лекарственной терапии ингаляционными ГКС до 1000 мг/сутки. Умеренная рефрактерность к β_2-агонистам короткого действия — отсутствие прироста ОФВ1 или ФЖЕЛ. Наличие нарушений нервно-психической сферы в преморбидном периоде и в процессе развития заболевания (истероподобный, невротический, психоастеноподобный механизмы). Системные проявления ваготонии — частое сочетание с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, гемодинамические расстройства (брадикардия, гипотензия), мраморность кожных покровов. При оценке тяжести заболевания следует учитывать и сопутствующую патологию, гастроэзофагальный рефлюкс.</p> <p>Снижение показателя мощности выдоха в тесте с физической нагрузкой на 20% и выше. Дыхательная недостаточность (ДН) — I степени, недостаточности кровообращения. ХСН I ст. II ФК NYHA.</p>	<p>самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.</p>	III группа
III степень	<p>Тяжелая персистирующая астма (приступы удушья могут быть ежедневно, частые ночные симптомы астмы, ограничение физической активности, возможны астматические состояния, обострения средней тяжести и тяжелые более 5 раз в год, купирование симптомов обострения требует парентерального введения препаратов, в том числе глюкокортикоидных). ОФВ1 или ПСВ $\leq 60\%$, суточная вариабельность ПСВ $> 30\%$. Объем лекарственной терапии ингаляционными ГКС более 1000 мг/сутки. Возможно необходимость постоянного (в</p>	<p>самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II / III ст.</p>	II группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	<p>течение не менее 6 месяцев) применения системных ГКС в любой дозе в сочетании с ингаляционными глюкокортикоидами или без них. Умеренная рефрактерность к β_2-агонистам короткого действия — отсутствие прироста ОФВ1 или ФЖЕЛ. Шкала одышки MRC 3 степени. Возможно стероидозависимость (уменьшение дозы или отмена глюкокортикоидных препаратов приводит к ухудшению состояния). Рентгенологически при частых обострениях заболевания обнаруживаются низкое стояние купола диафрагмы, уплощение и ограничение ее подвижности, гипервоздушность легочных полей. Возможность легочных осложнений: пневмоторакс, ателектаз, ДН II степени. Возможное формирование внелегочных осложнений: легочное сердце. Индекс Мура (поперечник ЛА/ $\frac{1}{2}$ грудной клетки) $\times 100\% = 31 — 36\%$ — II степень ЛАГ. Предсердно-торакальное соотношение $51 — 60\%$ — III степень увеличения правого предсердия. Больные с ЛГ II, ХСН II ст. III ФК по NYHA имеют выраженные ограничения физической активности. В покое дискомфорта нет, но при нагрузках меньше обычных усиливается одышка, появляются утомляемость, боли в грудной клетке или предобморочные состояния.</p>		
IV степень	<p>Тяжелое, непрерывно-рецидивирующее течение (постоянные симптомы в течение дня, астматические состояния, купирование симптомов обострения требует парентерального введения препаратов, в том числе больших доз системных глюкокортикоидных препаратов). ОФВ1 или ПСВ $\leq 60\%$, суточная вариабельность ПСВ $>30\%$. Объем лекарственной терапии ингаляционными ГКС более 1000 мг/сутки плохо контролирует состояние, дозы системной глюкокортикоидной терапии превышают 20 мг/сутки. Шкала одышки MRC 3-4 степени. Стероидзависимость (уменьшение дозы или отмена глюкокортикоидных препаратов приводит к ухудшению состояния). Полная рефрактерность к β_2-агонистам короткого действия и глюкокортикоидам — отсутствие прироста ОФВ1 или ФЖЕЛ. Стероидорезистентность — отсутствие прироста показателя ОФВ1 более, чем на 15%, при назначении 30 — 40 мг преднизолона.</p> <p>Наличие выраженных часто инвалидизирующих осложнений глюкокортикоидной терапии («кушингоид», стероидный остеопороз и компрессионные переломы позвоночника, язвы желудка, сахарный диабет). Рентгенологически: признаки см. выше. Формирование внелегочных осложнений и прогрессирующая</p>	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	ние легочного сердца. Индекс Мура (поперечник ЛА/ ½ грудной клетки) x 100% = более 37% — III степень ЛАГ. Предсердно-торакальное соотношение более 60% — атриомегалия. Больные с ЛГ III, ХСН III ст. IV ФК по NYHA не могут переносить никакую физическую нагрузку и у них в покое могут быть признаки правожелудочковой недостаточности. Одышка и/или утомляемость также могут присутствовать в покое, и симптомы усиливаются почти при любой физической активности. ДН III ст.		
1.5.3. Бронхоэктатическая болезнь J 47			
Бронхоэктатическая болезнь — приобретенное (в ряде случаев врожденное) заболевание, характеризующееся хроническим прогрессирующим процессом в необратимо измененных (расширенных, деформированных) и функционально неполноценных бронхах преимущественно нижних отделов легких.			
I степень	Обострения не более одного раза, продолжительность до 1 месяца, характерно одностороннее, чаще сегментарное поражение. Симптомы общей интоксикации отсутствуют. ИМТ > 21. Похудания, гипотрофии мышц и снижения мышечной силы нет. ЖЕЛ более 80%; ОФВ1 ≥70%; ДН — незначительный.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Обострения 2-3 раза в год по 40 — 60 дней или до 4 — 6 раза в год по 10 — 15 дней. Симптомы общей интоксикации легкой степени. ИМТ ≤21. Питание незначительно нарушено. Имеет место сочетание выраженной склонности к обострениям и кровохарканиям. ОФВ1 50 — 69%; ЖЕЛ <60%; PaO ₂ 60 — 79 мм рт. ст., либо SaO ₂ 90 — 94% — ДН I. При имеющейся патологии легких у больных в покое газовый состав в норме (SaO ₂ ≥95%, PCO ₂ не более 40 мм рт. ст). При нагрузке отмечается гипоксемия (SaO ₂ менее 95%), гипервентиляция с повышением МОД. Индекс Мура (поперечник ЛА/ ½ грудной клетки) x 100% = 27 — 30% — I степень ЛАГ. Предсердно-торакальное соотношение 31 — 40% — I степень увеличения правого предсердия. Рентгенологически: деформация и усиление легочного рисунка за счет перибронхиальной инфильтрации; ячеистый легочный рисунок (чаще в области нижних сегментов легких), повышенная прозрачность здоровых сегментов легких. Больные с ЛГ I, ХСН I ст. II ФК по NYHA имеют легкое ограничение физической активности. Они не ощущают дискомфорта в покое, но нормальная	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	физическая активность вызывает усиление одышки, утомляемость, боли в грудной клетке или предобморочные состояния. ДН I.		
III степень	<p>Частые и длительные обострения (до 5-6 раз в год), обильные кровохарканья (потеря крови свыше 100 мл в сутки), частые легочные кровотечения, амилоидоз почек с развитием их недостаточности, ДН II ст. и НК I-II ст., ОФВ1 <50% от должного, ЖЕЛ<30%, PaO₂ 60 — 79 мм рт. ст., либо SaO₂ 90 — 94% — ДН II.</p> <p>Индекс Мура (поперечник ЛА/ 1/2 грудной клетки) x 100% = 31 — 36% — II степень ЛАГ.</p> <p>Предсердно-торакальное соотношение 41 — 50% — II степень увеличения правого предсердия.</p> <p>Больные с ЛГ II, ХСН II ст. III ФК по NYHA имеют выраженные ограничения физической активности. В покое дискомфорта нет, но при нагрузках меньше обычных усиливается одышка, появляются утомляемость, боли в грудной клетке или предобморочные состояния.</p> <p>Рентгенологически: те же см. выше + изменение положения корня легкого, смещение сердца в большую сторону из-за уменьшения объема пораженной доли в результате ее сморщивания или ателектаза. ДН II.</p>	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II / III ст.	II группа
IV степень	<p>Не затихающие обострения, сопровождающиеся тяжелой интоксикацией (bronхогенный сепсис, септикопиемия), частые массивные легочные кровотечения, амилоидоз почек с развитием их недостаточности III ст., ДН III ст. и ХСН III ст., ОФВ1 <50% от должного; ЖЕЛ<30%; PaO₂ ≤ 60 мм рт. ст., либо SaO₂ ≤ 90% — ДН III ст. — наблюдается значительная недостаточность функции легких и правого желудочка в покое, SaO₂ менее 90%, гипоксемия с гиперкапнией, одышка при минимальной физической нагрузке или в покое.</p> <p>Распространенность процесса двусторонняя.</p> <p>Рентгенологически: те же см. выше + тонкостенные кистоподобные просветления (полости), с уровнем жидкости (при значительно выраженных мешотчато-кистозных бронхоэктазах средней доли); Индекс Мура (поперечник ЛА/ ½ грудной клетки) x 100% = более 37% — III степень ЛАГ.</p> <p>Предсердно-торакальное соотношение 51 — 60% — III степень увеличения правого предсердия.</p>	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	Больные с ЛГ III, ХСН III ст. IV ФК по NYHA не могут переносить никакую физическую нагрузку и у них в покое могут быть признаки правожелудочковой недостаточности. Одышка и/или утомляемость также могут быть в покое, и симптомы усиливаются почти при любой физической активности.		
1.5.4. Дыхательная недостаточность J 96 (J 96.1, J 96.9)			
Дыхательная недостаточность — неспособность системы дыхания обеспечить нормальный газовый состав артериальной крови.			
I степень	Появление одышки, повышенная утомляемость при физической нагрузке. После прекращения нагрузки частота дыхания восстанавливается в течение 3 — 5 мин. Отмечается нерезкий цианоз слизистых оболочек. Увеличение МОД до 135 — 160% от нормы, снижение ЖЕЛ до 70% от должной, МВЛ до 50% от должной, насыщение артериальной крови кислородом до 93% ДН I ст.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Кратковременная одышка, повышенная утомляемость во время физической нагрузки, нерезкий цианоз слизистых оболочек. ЧДД — 20 — 24 в мин. ЖЕЛ и МВЛ снижаются до 50% от должных, МОД составляет более 160% от нормы. ДН II. ХСН I ст. II ФК NYHA.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Одышка в покое, нарастающая при легкой физической нагрузке. Дыхание поверхностное, отмечается участие в нем вспомогательных мышц, цианоз губ. ЧДД в покое 24 — 28 в мин., при незначительной физической нагрузке учащается на 12 — 16 в мин. и приходит к исходному уровню в течение 5 мин и >. ЖЕЛ снижается до 50% от должной, МВЛ до 35 — 40% от нормы, насыщение артериальной крови кислородом до 90%, МОД увеличивается до 200% от нормы. ДН II Б. ХСН II ст. III ФК NYHA	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II/III ст.	II группа
IV степень	Поверхностное дыхание с частотой до 28 — 30 в мин. и более, резко выраженный цианоз, участие вспомогательных мышц, невозможность выполнения речевой нагрузки. ЖЕЛ менее 50% от должной, МВЛ менее 35% от должной, МОД более 200% от должной или резко снижается насыщение артериальной крови кислородом (до 85%). ДН III. ХСН III ст. IV ФК NYHA.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
1.6. Болезни органов пищеварения К (МКБ-10)			
1.6.1. Язва желудка K25 (K25.0-25.9) Язва двенадцатиперстной кишки K26 (K26.0-K26.9) Пептическая язва неуточненной локализации K27 (K27.0-K27.7, K27.9) Гастроэюнальная язва K28 (K28.0-K28.7, K28.9)			
Язвенная болезнь — хроническое циклически протекающее заболевание, характерным признаком которого является образование в период обострений язв в областях пищеварительного тракта, контактирующих с активным желудочным соком (желудок, проксимальная часть двенадцатиперстной кишки), основным морфологическим проявлением которого служит рецидивирующая язва желудка или двенадцатиперстной кишки, как правило, возникающая на фоне гастрита, вызванного инфекцией <i>Helicobacter pylori</i> .			
II степень	Обострения 2 раза в год, выраженный болевой синдром, купируемый за 10 — 14 дней, незначительное снижение индекса массы тела до 10%, изменение лабораторных показателей (анемия, гипоальбуминемия, гипохолестеринемия, гипопротромбинемия) от 16 до 30% от нормы.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
III степень	Обострения 3-4 раз в год и более, выраженный болевой синдром, необходимость амбулаторного и стационарного лечения не менее 7-8 недель, умеренное снижение индекса массы тела на 15 — 20%, выраженные отклонения лабораторных и функциональных исследований на 30 — 50%. Необходимость оперативного лечения.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
IV степень	Обострения более 4 раз в год, редкие ремиссии, необратимые метаболические изменения других органов и систем (энцефалопатия II, ХСН II ст. III ФК NYHA, спленомегалия, гепатомегалия), значительное снижение индекса массы тела на 20-30%, тяжелая степень анемии, дистрофия.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.	II группа
1.6.2. Болезнь Крона K50 (K50.0, K50.1, K50.8, K50.9)			
Болезнь Крона (гранулематозный илеит) — неспецифический воспалительный гранулематозный процесс, поражающий различные отделы желудочно-кишечного тракта, но преимущественно тонкий и толстый кишечник, характеризующийся сегментарностью, рецидивирующим течением с образованием воспалительных инфильтратов, глубоких продольных язв, наружных и внутренних свищей, стриктур, периаанальных абсцессов.			
I степень	Изолированное поражение тонкой или толстой кишки, легкий болевой, кишечный синдром, легкая слабость, утомляемость, без снижения массы тела и развития осложнений, трофических нарушений.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
II степень	Изолированное поражение тонкой или толстой кишки, редкие обострения 2-3 раз в год, легкий болевой, кишечный синдром, снижение массы тела 10 — 15%, незначительные изменения лабораторных показателей до 15%. Анемия средней степени тяжести.	самообслуживанию — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Сочетанное поражение тонкой и толстой кишки, выраженный болевой, кишечный синдром (диарея 10 — 12 раз в сутки), снижение массы тела 15 — 20%, умеренно выраженные изменения лабораторных показателей до 16 — 30%. Образование наружных, внутренних свищей и наличие осложнений (перфорация, токсическая дилатация, кишечные кровотечения, стриктуры, малигнизация). Анемия тяжелой степени. Дистрофия.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II, III ст.	II группа
IV степень	Тотальное поражение тонкой и толстой кишки, отсутствие стойких ремиссий, поражение эндокринной системы, снижение массы тела 20 — 30%, трофические изменения внутренних органов (ХИМ III ст., ХСН III ст. IV ФК NYHA), гиповитаминоз, кахексия, гипопропротеинемические отеки с наличием осложнений, тяжелая степень анемия.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа
1.6.3. Неспецифический язвенный колит K51 (K51.0, K51.1, K51.2, K51.3, K51.4, K51.5, K51.8, K51.9)			
Неспецифический язвенный колит — хроническое заболевание воспалительной природы неустановленной этиологии с язвенно-деструктивными изменениями слизистой оболочки прямой и ободочной кишки, характеризуется прогрессирующим течением и осложнениями (сужение, перфорация, кровотечения, сепсис и др.).			
I степень	Изолированное поражение прямой кишки, проктосигмоидит, диарея до 4 раз в сутки, с прожилками крови, небольшой отек слизистой кишки, эрозии, единичные поверхностные эрозии. Редкие обострения 1 раз в год и менее, коррекция функциональных нарушений достигается медикаментозным лечением до 2 недель. Отсутствие снижения массы тела и изменения лабораторных показателей.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Изолированное поражение прямой кишки, проктосигмоидит, диарея до 4 раз в сутки, с прожилками крови, небольшой отек слизистой кишки, эрозии, единичные поверхностные эрозии, снижение массы тела до 10 — 15%, температура тела менее 37 ⁰ С, отсутствие системных поражений и осложнений, изменение лабораторных показателей до 15% от нормальных (белок более 65 г/л, СОЭ менее 26 мм/ч, Hb менее 90 г/л., анемия легкой степени). Обострения 2 раза	самообслуживанию — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа

Степень нарушения функций органов организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	в год, необходимость амбулаторного и стационарного лечения не менее 6 недель. Ректальные кровотечения редко, ЧСС норма.		
III степень	Левостороннее субтотальное поражение кишечника, диарея от 5-6 раз в сутки, значительное количество крови, смешанное с калом, зернистая слизистая оболочка кишечника, легкая контактная кровоточивость, множественные эрозии, язвы покрытые фибрином, гноем. Снижение массы тела на 15 — 20%, системные проявления (артралгии, увеит, иридоциклит, узловая эритема, неврит), изменение лабораторных показателей от 16 — 30% (гипопротеинемия, анемия средней, тяжелой степени тяжести, СОЭ 26 — 30 мм/ч, Нб менее 70 г/л, гипохолестеринемия, гипокальциемия). Обострения 3-4 раз в год и более, длительное амбулаторное и стационарное лечение не менее 7-8 недель. Ректальные кровотечения выраженные, температура субфебрильная, ЧСС до 90 в мин.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II ст.	II группа
IV степень	Субтотальное, тотальное поражение кишечника, диарея более 6 — 10 раз в сутки, выделение сгустков крови, выраженное некротическое воспаление слизистой кишки, спонтанные кровотечения, микроабсцессы, псевдополипы. Потеря массы тела 20 — 30%, температура тела более 38 ⁰ С, системные проявления выражены, наличие осложнений (перфорация, токсическая дилатация толстой кишки, кишечные кровотечения, стриктуры толстой кишки, полипы, малигнизация). Изменения лабораторных показателей более 30% от нормальных величин (СОЭ больше 30 мм/ч, анемия тяжелой степени, гипопротеинемия, гипохолестеринемия, изменение функции печени), трофические нарушения, гипопротейнемические отеки, эндокринные нарушения, кахексия.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа
1.6.4. Печеночная недостаточность К72 (К72.0, К72.1, К72.9)			
Печеночная недостаточность — в основе печеночной недостаточности всегда лежит повреждение гепатоцитов (дистрофия и некроз) и развитие цитолитического, холестатического, экскреторно-биллиарных синдромов.			
I степень	Снижение содержания общего белка до 60 г/л, альбумина до 45 — 49%, альбумин-глобулинового коэффициента до 2,5, протромбинового до 60 — 70%, содержание фибриногена в плазме крови до 1,5 г/л, обнаружение уробилинурии+, анемия средней степени тяжести, Нб менее 90 г/л. Хроническая ишемия мозга I ст.	самообслуживанию — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
II степень	Снижение содержания общего белка до 50 г/л, альбумина до 45-44%, альбумин-глобулинового коэффициента до 2,4-2, протромбинового до 50 — 59%, содержание фибриногена в плазме крови до 1,0 г/л, обнаружение уробилинурии ++, анемия тяжелой степени, Hb менее 70 г/л. Хроническая ишемия мозга II ст.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II, III ст.	II группа
III степень	Снижение содержания общего белка менее 50 г/л, альбумина менее 40%, альбумин-глобулинового коэффициента менее 2, протромбинового менее 50, содержание фибриногена в плазме крови менее 1,0 г/л, обнаружение уробилинурии +++, анемия тяжелой степени, Hb менее 60 г/л. Хроническая ишемия мозга III ст., коматозное состояние.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа
1.6.5. Хронический гепатит К73 (К73.0, К73.1, К73.2, К73.8, К73.9)			
Хронический гепатит — воспалительные заболевания печени различной этиологии (вирусы, токсические агенты, аутоиммунные процессы и др.) продолжительностью более 6 мес. По клинико-морфологическим особенностям выделяют 3 основных вида хронических гепатитов: хронический персистирующий гепатит (ХПГ), хронический лобулярный гепатит (ХЛГ), хронический активный гепатит (ХАГ).			
I степень	Незначительно выражена клиническая симптоматика, отсутствие активности воспалительного процесса и серологических маркеров фазы репликации вирусного гепатита. Лабораторные показатели: функции печени в пределах нормальных величин. Показатели АЛТ (аланинаминотрансфераза), АСТ (аспартатаминотрансфераза), ЩФ (щелочная фосфатаза), билирубина в норме. При гепатите В: наличие в сыворотке крови HbsAg антигена, ИФА HBV положительный. При гепатите D: наличие при ИФА анализе положительного HDV антигена. При гепатите С наличие в сыворотке крови: antiHCVAb антигена.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Умеренная выраженность клинических симптомов, умеренный астенический синдром, минимальная активность воспалительного процесса, увеличение активности АЛТ в пределах 2 раза от нормы, отсутствие фиброза или перипортальный фиброз печени. Повышен уровень ЩФ до 2-3 норм. При гепатите В: наличие в сыворотке крови antiHBcorAb и antiHbsAb, антигена, ИФА HBV положительный. При гепатите D: наличие при ИФА анализе положительного HDV антигена. При гепатите С: наличие в сыворотке крови antiHCVAb антигена.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
III степень	<p>Выраженная клиническая симптоматика (гепатомегалия, спленомегалия, желтуха, переходящий асцит, субфебрильная температура. Выраженные изменения лабораторных показателей (увеличение активности АЛТ в пределах 3-5 раз от нормы, повышение щелочной фосфатазы, гипербилирубинемия, гипопротеинемия, повышение тимоловой и сулемовой проб, повышение СОЭ, анемия) и/или наличие серологических маркеров вирусного гепатита в фазе репликации. Фиброз, портальный некроз печени или цирроз печени при гистологическом исследовании. Системные поражения внутренних органов. Повышен уровень ЩФ до 2-3 норм, АЛТ, АСТ свыше 3, нередко повышен билирубин.</p> <p>При гепатите В: наличие в сыворотке крови antiHBsAg и antiHbsAb антигена, ИФА HBV положительный. ПЦР положительный ДНК HBV</p> <p>При гепатите D: наличие при ИФА анализе положительного HDV антигена. ПЦР положительный РНК HDV.</p> <p>При гепатите С: наличие в сыворотке крови antiHCVAb антигена. ПЦР положительный РНК HCV.</p>	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II, III ст.	II группа
IV степень	<p>Выраженная клиническая симптоматика (гепато-спленомегалия, асцит, токсическая энцефалопатия, развитие цирроза печени), кахексия, гипопротеинемические отеки. Изменение лабораторных показателей на 30 — 50% от нормальных величин (анемия, гипохолестеринемия, увеличение щелочной фосфатазы, гипербилирубинемия, гипоальбуминемия, повышение СОЭ). Повышен уровень ЩФ до 2-3 норм, АЛТ, АСТ более 5 раз от нормы, повышен билирубин. ХСН III ст. IV ФК NYHA, ХИМ III ст.</p> <p>При гепатите В: наличие в сыворотке antiHBsAg и antiHbsAb антигена, ИФА HBV положительный. ПЦР положительный ДНК HBV.</p> <p>При гепатите D: наличие при ИФА анализе положительного HDV антигена.</p> <p>При гепатите С: наличие в сыворотке крови antiHCVAb антигена. ПЦР положительный РНК HCV.</p>	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа
1.6.8. Фиброз и цирроз печени К74 (К74.0, К74.1, К74.2, К74.3, К74.4, К74.5, К74.6)			
<p>Цирроз печени — хроническое полиэтиологическое диффузное прогрессирующее заболевание печени, характеризующееся значительным уменьшением количества функционирующих гепатоцитов, нарастающим фиброзом, перестройкой нормальной структуры паренхимы и сосудистой системы печени, появлением узлов регенерации и развитием в последующем печеночной недостаточности и портальной гипертензии.</p>			

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
I степень	Компенсированная стадия, отсутствие снижения массы тела, незначительные изменения лабораторных показателей, отсутствие печеночной недостаточности. Сочетание различных синдромов хронического гепатита, клинически умеренно выраженных. Печень увеличена, спленомегалия, расширена воротная вена. Стадия цирроза по Чайльд-Пью класс А.; билирубин более 34 мкмоль/л, альбумин ниже 35 г/л, протромбиновый индекс 60 — 80%, портальная гипертензия II степени.	самообслуживанию — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
II степень	Выраженная клиническая симптоматика (носовые кровотечения, кожный зуд, желтуха, гепатомегалия, спленомегалия), снижение массы тела до 15 — 30%. Изменение лабораторных показателей (умеренная анемия, лейкопения, тромбоцитопения, повышение АЛТ в 1,5-2 раза). Стадия цирроза по Чайльд-Пью класс В: билирубин 34 — 51 мкмоль/л, альбумин 35-28 г/л, протромбиновый индекс 50 — 59%, асцит мягкий, ХИМ II, портальная гипертензия III степени.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II, III ст.	II группа
III степень	Выраженная клиническая симптоматика (желтуха, кахексия, кожный зуд, токсическая энцефалопатия, асцит, портальная гипертензия, печеночный запах изо рта, геморрагический синдром). Изменение лабораторных показателей, стадия цирроза по Чайльд-Пью класс С: протромбиновый индекс ниже 50%, билирубин более 51 мкмоль/л, альбумин ниже 28 г/л, асцит напряженный, ХИМ III, портальная гипертензия IV степени.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа
1.6.9. Хронический панкреатит К86 (К86.0, К86.1, К86.2, К86.3, К86.8, К86.9)			
Хронический панкреатит — хроническое воспалительно-дистрофическое заболевание поджелудочной железы, вызывающее при прогрессировании патологического процесса нарушение проходимости ее протоков, склероз паренхимы и значительное нарушение экзо- и эндокринной функции.			
I степень	Слабо выраженный болевой синдром, редкие обострения 1-2 раза в год, быстро купируются, отсутствие снижения массы тела. Лабораторно: функциональные показатели в пределах нормы. В копрологических исследованиях: отсутствие стеатореи, амилореи, креатореи.	Ограничения жизнедеятельности нет.	Ограничение по линии ВКК
II степень	Обострения 3-4 раза в год, с типичным болевым синдромом, снижение массы тела до 15 — 20%. В копрологических исследованиях: отмечается стеаторея, креаторея, амилорея. Увеличение диастазы, амилазы крови, мочи в 2 раза.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; Трудовой деятельности — I ст.	III группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
III степень	Частые и длительные обострения более 4 раз в год. Упорный болевой и выраженный диспептический синдром, диарея, снижение массы тела 20 — 30%, развитие осложнений (сахарный диабет, обтурация холедоха, частичный стеноз 12-перстной кишки, перипанкреатит. Изменения лабораторно-функциональных показателей до 16 — 30% от нормальных величин. В копрологических исследованиях: стеаторея, амилорея, креаторея.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II/III ст.	II группа
1.7. Болезни кожи и подкожной клетчатки L (МКБ-10)			
1.7.1. Пузырчатка L10 (L10.0-L10.9). Другие подобные заболевания кожи (L 11-L14)			
Пузырчатка (Pemphigus; син. пузырчатка истинная, акантолитическая) — аутоиммунное заболевание, характеризующееся образованием внутриэпидермальных пузырей, формирующихся в результате акантолиза.			
Различают следующие разновидности пузырчатки: вульгарную, вегетирующую, листовидную, эритематозную. Характеризуется появлением пузырей различных размеров с тонкой вялой покрывкой с серозным содержимым, возникающие на видимо неизменной коже и/или слизистых оболочках полости рта, носо- и ротоглотки, гениталий, при вскрытии которых образуются длительно незаживающие болезненные эрозии.			
I степень	Поражение кожи и слизистых оболочек носит локализованный характер, небольших размеров, имеет доброкачественное течение в начальной стадии заболевания.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Ограниченное поражение слизистой оболочки полости рта, при частых рецидивах и длительном течении обострений у больных, профессиональная деятельность которых, вследствие болезни, требует смены работы или снижения квалификации (артисты, педагоги, лекторы, дикторы, работники справочной службы, телеведущие)	общению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Генерализованный процесс, протекающий с частыми обострениями, плохо поддающийся лечению, или заболевание приобретает непрерывно прогрессирующий характер. Наличие осложнений кортикостероидной терапии (синдром Иценго-Кушинга, выраженный остеопороз, приводящий к патологическим переломам).	общению — II ст.; трудовой деятельности — II, III ст.	II группа
IV степень	Генерализация процесса с тотальным поражением кожи и слизистых, развитие вторичного иммунодефицита с присоединением вторичной инфекции с выраженными симптомами интоксикации (лихорадка, диарея, хакексия).	общению — III ст.; самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа
Примечание: Установления группы инвалидности не зависит от приема и дозы кортикостеридных гормональных препаратов.			

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
1.7.2. Герпетиформный дерматит Дюринга L13.0			
<p>Герпетиформный дерматит Дюринга — характеризуется сильно зудящими, симметричными высыпаниями, которые могут поражать локтевые, коленные разгибательные поверхности, ягодичную область, подмышечные впадины, кожные складки, туловище, лицо и волосистую часть головы. Отдельные очаги бывают эритематозными, экзематозными, уртикарными, папулезными, везикулярными и буллезными. Очаги редко встречаются на слизистых оболочках. Зуд может предшествовать высыпаниям. Необходимо проведение общего анализа крови, гистологическое исследование и метод прямой иммунофлюоресценции.</p>			
I степень	Острое развитие заболевания или обострение хронического процесса может привести к временной трудоспособности.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Частые обострения, увеличение площади поражения кожного процесса, присоединение вторичной инфекции, развитие вторичного иммунодефицита, сопровождающееся симптомами интоксикации.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Упорное течение, не поддающееся лечению, с склонностью к генерализации, а также длительным и тяжелым рецидивам и коротким ремиссиям или без них. Наличие осложнений кортикостероидной терапии (синдром Иценго-Кушинга, остеопороз).	передвижению — II ст.; самообслуживанию — II ст.; трудовой деятельности — II ст.	II группа
1.7.3. Атопический дерматит L20.			
Аллергодерматиты. Нейродермит. (L23, L24, L25, L26, L27).			
Профессиональные дерматозы (см. проф. заболевания)			
<p>Атопический дерматит (син. атопическая экзема, конституциональная экзема) — наследственный аллергический дерматоз с хроническим рецидивирующим течением, проявляющийся зудящей эритематозно-папулезной сыпью с явлениями лихенизации кожи.</p> <p>Нейродермит (лишай Видаля — ограниченный нейродермит) — хроническое воспалительное заболевание кожи, характеризующееся формированием эритематозно-лихеноидных высыпаний со склонностью к слиянию с образованием очагов папулезной инфильтрации и лихенизации кожи в типичных зонах, в патогенезе, которого большое значение имеют изменения в нервной системе.</p>			
I степень	Ограниченная форма характеризуется возникновением 1-2-х зудящих очагов, в основном, в области шеи, внутренней поверхности бедра, мошонки.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Диффузная форма характеризуется выраженной лихенизацией, экссудативными явлениями, распространенностью процесса, сильным зудом у лиц, профессиональная деятельность которых, вследствие болезни, требует смены профессии или снижения квалификации.	самообслуживанию — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
III степень	Генерализованный характер поражения, эритродермия, непрерывное течение с короткими ремиссиями или без ремиссий, а также продолжение прогрессирования процесса после стационарного лечения, присоединение вторичной гнойной инфекции.	самообслуживанию — II ст.; трудовой деятельности — II, III ст.	II группа
1.7.4. Экзема L30			
<p>Экзема — хроническое рецидивирующее заболевание кожи аллергического генеза, характеризующееся поливалентной сенсibilизацией и полиморфной зудящей сыпью (везикулы, эритема, папулы). Выделяют следующие основные формы экземы: истинная, микробная, себорейная, профессиональная, детская. Истинная экзема с острым течением характеризуется стадийностью (эритематозная, везикулярная, мокнущая, корковая) процесса.</p>			
I степень	Легкое течение с небольшим участком поражения, хорошо поддающееся лечению заболеванию.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Течение характеризуется наличием распространенных очагов, склонностью к диссеминации, обострениями 2-3 раза в год, с длительностью обострений 4 — 6 недель. Лишь у лиц, чья профессиональная деятельность требует смены профессии или снижения квалификации вследствие болезни определяется группа инвалидности.	самообслуживанию — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Течение отличается большой распространенностью (пораженная площадь более 50% кожного покрова), генерализацией поражения, экзематозной эритродермией, склонностью к частым обострениям, короткими ремиссиями или полным их отсутствием, мучительным зудом, функциональными нарушениями со стороны нервной системы.	самообслуживанию — II ст.; трудовой деятельности — II, III ст.	II группа
1.7.5. Псориаз L40 (L40.0-L40.9)			
<p>Псориаз (Psoriasis vulgaris, син. лишай чешуйчатый) — хроническое заболевание кожи, характеризующееся монотипной сыпью, состоящей из плоских папул различных размеров, имеющих тенденцию к слиянию в крупные бляшки розово-красного цвета, быстро покрывающиеся рыхлыми серебристо-белыми чешуйками. Помимо кожи, при псориазе поражаются ногти и суставы. В развитии заболевания различают 3 стадии: прогрессирующая, стационарная, регрессивная. Заболевание имеет сезонный характер (летняя форма, зимняя) может сочетаться с артропатическим поражением, протекающим по типу деформирующего артрита.</p>			
I степень	Локальное поражение, не осложненное течение, стационарная или регрессивная стадия заболевания.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
II степень	Генерализованное поражение с присоединением эритродермии, пустул, поражением суставов I ст. у лиц, профессиональная деятельность которых требует смены профессии или снижения квалификации.	самообслуживание — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Несмотря на длительное стационарное лечение, заболевание прогрессирует или не поддается современным методам лечения, при том, что временная нетрудоспособность составила 4 — 5 мес. за 12 календарных месяцев с перерывами, а также псориаз артропатический с наличием деформации суставов, развитием контрактур, анкилозов с нарушением функции суставов II-III ст., сопровождаемый изменением лабораторных (повышение СОЭ) и рентгенологических признаков.	самообслуживание — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II, III ст.	II группа
1.7.6. Красный отрубевидный волосяной лишай Девержи L43			
Красный отрубевидный волосяной лишай Девержи — характеризуется появлением множественных милиарных папул желтовато-розоватого или красного цвета, диаметром около 1 мм, плотных, расположенных фолликулярно. На поверхности папул отмечаются серовато-белые чешуйки. Кожа между папулами становится красной, при генерализации процесса развивается эритродермия. Чаще локализуется на коже лица, шеи, разгибательной поверхности конечностей, тыл кистей, ладоней и подошв, волосистой части головы. Необходимо проведение гистологического исследования.			
I степень	При медленно текущем, хроническом течении заболевания, поражении ладоней и подошв, по типу кератодермии.	Ограничения жизнедеятельности нет.	Ограничение по линии ВКК
II степень	Развитие нестойкой эритродермии, носящей хронический рецидивирующий характер с частыми обострениями, плохо поддающейся терапии.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	При развитии острой стойкой эритродермии, развитии контрактур пальцев, эктропиона и лимфоаденопатии, упорном течении процесса, плохо поддающемся терапии.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II, III ст.	II группа
1.7.7. Фотодерматоз L56.2			
Фотодерматоз — острый солнечный дерматит характеризуется появлением отчетливой эритемы или пузырями, возникающие через 4-6 часов после интенсивной инсоляции. Хронический солнечный дерматит проявляется стойкой пигментацией, лихенизацией, шелушением, телеангиоэктазиями, трещинами.			

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
I степень	Лицам, чья профессия требует смены работы или снижения квалификации вследствие болезни.	самообслуживанию — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
1.7.8. Ихтиоз и другие эпидермальные утолщения L85. (L85.0, L85.1, L85.2, L85.3 L85.8, L85.9)			
Ихтиоз (син.: кератома диффузная, сауриаз) — наследственное заболевание, характеризующееся диффузным нарушением ороговения по типу гиперкератоза и проявляющееся образованием на коже чешуек, напоминающих чешую рыбы. Различают несколько форм ихтиоза: вульгарный, X-сцепленный, плода, ихтиозиформная эритродермия и др. Характеризуется сухостью и шелушением кожи.			
I степень	Абортивный вариант ихтиоза, с ограниченным участком поражения с небольшой сухостью и шелушением кожи на разгибательной поверхности туловища.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Распространенное поражение кожи с наличием грубых, крупных чешуек, вызывающих скованность движений.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Тяжелая форма, протекающая с явлениями выраженной эритродермией, мощными гиперкератотическими наслоениями, образованием глубоких болезненных трещин, нарушающих движение и речь. У детей сопутствует умственная отсталость, катаракта и другие врожденные пороки развития.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст. обучению — II ст.; общению — II ст.; трудовой деятельности — III ст.	II группа
IV степень	Тотальное поражение кожи с выраженными нарушениями функции нервной системы (деменция, умственная отсталость), врожденными уродствами челюстно-лицевой области, конечностей (контрактуры, синдактилии).	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.; обучению — III ст.; общению — III ст.; ориентации — III ст.; контролю своего поведения — III ст.	I группа
1.7.9. Красная волчанка L93			
Красная волчанка — характеризуется наличием дискообразных бляшек разной величины с явлениями гиперемии, инфильтрации, гиперкератоза в виде белесовато-сероватых мелких чешуек, при попытке удаления которых возникает болезненность и рубцевидные атрофии. Чаще располагается на коже лица: щеки, нос («бабочка»), волосистая часть головы, ушные раковины, нижняя губа, верхней части груди и спины, тыле кистей. Необходимо проведение общего анализа крови, гистологического исследования, определения антинуклеарных антител.			

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
I степень	Ограниченные проявления кожного процесса, отсутствие симптомов поражения внутренних органов и LE-клеток в крови.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Диссеминация процесса, увеличение площади поражения, поражение закрытых участков кожного покрова, появление артралгий, лимфоаденопатия, ускорение СОЭ, лимфопения с лимфоцитозом, появление LE-клеток в крови.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	При диссеминированной красной волчанке и центробежной эритеме, протекающих с склонностью к частым длительным рецидивам, с кратковременными ремиссиями или без таковых, сопровождающихся нарушением общего состояния, поражением внутренних органов, плохо поддающихся лечению, при развитии осложнений медикаментозной глюкокортикостероидной терапии с необратимыми последствиями (прогрессирующая ретинопатия, синдром Иценго-Кушинга).	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II, III ст.	II группа
1.7.10. Лимфома С82, С83, С84, С85			
<p>Лимфома — в развитии заболевания различают 3 стадии. I стадия характеризуется экзематозно-эритродермическим поражением кожи, постоянным, мучительным зудом. Высыпания чаще распространенные, поражают лицо, верхнюю половину туловища, сгибательную поверхность конечностей. II стадия — инфильтративно-бляшечная, характеризуется резко ограниченными инфильтрированными бляшками, с плоской неровной поверхностью, покрытой чешуйками и серозно-кровянистыми корочками. Диаметр бляшек от 2-3 до 10 — 15 см. III стадия — опухолевая, характеризуется появлением безболезненных узлов и опухолей на месте инфильтрированных бляшек и на неизменной коже. Эритродермическая форма отличается быстрым формированием универсальной эритродермии: кожа отечна, интенсивно красного цвета. Обезглавленная форма начинается непосредственно с опухолей. Необходимо проведение общего анализа мочи, исследование костного мозга, гистологического исследования, рентгенографии или КТ грудной клетки и/или брюшной полости и полости таза.</p>			
I степень	Хронически-рецидивирующее течение заболевания, распространенность кожно-патологического процесса, развитие эритродермического варианта течения заболевания, увеличение частоты рецидивов, тяжело поддающихся терапии.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
II степень	При распространенном характере поражения в I и II стадиях, неуклонном прогрессировании, переходе в опухолевидную стадию, при эритродермической и обезглавленной формах, наличие осложнений цитостатической терапии (язвенное поражение слизистых оболочек, кахексия, вторичный иммунодефицит).	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — III ст.	II группа
III степень	При наличии опухолей в стадии распада.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
1.8. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани М			
1.8.1. Ревматоидный артрит (M05-M06.9)			
Ревматоидный артрит — аутоиммунное ревматическое заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся развитием хронического эрозивного артрита (синовита) и системным воспалительным поражением внутренних органов			
I степень	<p>Суставная форма, мало или медленно прогрессирующее течение, в фазе длительной ремиссии, активность не превышает 0 — I степень.</p> <p>Рентгенологически — I стадия (околосуставной остеопороз). Незначительные нарушения функции суставов 0 — I степени.</p> <p>Состояние суставов: для плечевого и тазобедренного суставов ограничение амплитуды движений не превышает 20 — 50°, для локтевого, лучезапястного, коленного, голеностопного амплитуда движений сохраняется в пределах не менее 50° от функционально выгодного положения, для кисти — в пределах 100 — 170°.</p>	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	<p>Суставная форма при редких рецидивах (1-2 раза в год) и не длительно существующих по времени. Характерно непостоянные боли в суставах, симптомы артрита выражены не четко, утренняя скованность в течение 30 мин., незначительная гипертермия, СОЭ 16 — 20 мм/ч, СРБ (С реактивный белок) +, I степень активности. Рентгенологически — II стадия (сужения суставной щели, единичные узоры) нарушения функции суставов II степени.</p> <p>Состояния суставов: для плечевого и тазобедренного суставов ограничение амплитуды движений не превышает 50°, для локтевого, лучезапястного, коленного, голеностопного — уменьшается до 20 — 45°.</p>	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	<p>Суставная форма или суставно-висцеральная форма быстро прогрессирующего течения, с обострениями 2-3 раза в год, при затянувшемся обострении до 2-3 мес. в году. Утренняя скованность до полудня или в течение всего дня, гипертермия умеренная или выраженная, СОЭ более 20 — 40 мм/ч, СРБ 2+, II степень активности. Рентгенологически — III стадия (множественные узоры). Нарушения функции суставов.</p> <p>Нарушение функции суставов III степени</p>	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II/III ст.	II группа
IV степень	Суставная форма или суставно-висцеральная форма быстро прогрессирующего течения, не поддающаяся лечению. Утренняя скованность в течение всего дня.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	СРБ 3+ . Рентгенологически — IV стадия (костный анкилоз). Резко выраженное нарушение функции суставов IV степени.		
1.8.2. Псориатический артрит (M07, M07.0-M07.3)			
Псориатический артрит — хроническое воспалительное заболевание суставов, позвоночника и энтезисов, ассоциированное с псориазом. Псориатический артрит относится к группе серонегативных спондилоартропатий.			
1.8.3. Подагра M10 (M10.0-M10.9), M11			
Подагра — системное заболевание, при котором в различных тканях откладываются кристаллы моноурата натрия, у лиц с гиперурикемией развивается воспаление, обусловленное внешне средовыми и/или генетическими факторами.			
I степень	Артрит с редкими и короткими обострениями, без поражения почек. Рентгенологически: симптомы могут отсутствовать. Функциональная недостаточность суставов (ФНС) I ст.: для плечевого и тазобедренного суставов ограничение амплитуды движений не превышает 20 — 50°, для локтевого, лучезапястного, коленного, голеностопного амплитуда движений сохраняется в пределах не менее 50° от функционально выгодного положения, для кисти — в пределах 100 — 170°.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Артрит с обострениями 1-2 раза в год, поражение не более 2 суставов, с начальными поражениями почек, мочевая кислота 0,47 — 0,53 мкмоль/л. Рентгенологически: симптом «пробойника» — рентгенонегативный внутрикостный тофус. ФНС II степени: для плечевых и тазобедренных суставов ограничение амплитуды движений не превышает 50°, для локтевого, лучезапястного, коленного, голеностопного суставов — уменьшается до 20 — 45°.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Артрит с частыми и длительными обострениями (обострения каждые 3-4 мес., поражаются 2-3 сустава с наличием мелких тофусов в суставах), может быть поражения почек с ХПН и АГ III степени, мочевая кислота 0,53 — 0,59 мкмоль/л. Рентгенологически: симптом «пробойника» — рентгенонегативный внутрикостный тофус, ФНС III степени: сохранены амплитуды движений в пределах 15°, либо неподвижность суставов.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II/ III ст.	II группа
IV степень	Артрит с частыми обострениями каждые 2-3 мес., с высокой температурой, дрожью, наличие крупных тофусов, выраженное поражение почек и ССС, с раз-	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	витием ХПН IV степени, ХСН IV степени, мочевая кислота более 0,59 мкмоль/л. Рентгенологически — симптом «пробойника». Рентгенонегативный внутрикостный тофус. ФНС IV степени.		
1.8.4. Остеоартроз (M15.0-M19.9)			
Остеоартроз — гетерогенная группа заболеваний различной этиологии со сходными биологическими, морфологическими, клиническими проявлениями и исходом, в основе которых лежит поражение всех компонентов сустава, в первую очередь хряща, а также субхондральной, синовиальной оболочки, связок, капсулы, околосуставных мышц.			
I степень	Рентгенологически: признаки сомнительные или I стадия. Уменьшение амплитуды движения в суставе не более чем на 10% от нормы, темп ходьбы 90 шаг/мин., боли возникают при ходьбе на расстоянии 3 — 5 км.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Рентгенологически: II стадия (небольшое сужение суставной щели, единичные остеофиты). Боли появляются при ходьбе на расстоянии 2 км, периодическое использование при ходьбе дополнительной опоры-трости, темп ходьбы 70 — 90 шаг/мин., умеренная артрогенная контрактура, опорное укорочение конечности не более 4 см, гипотрофия мышц бедра с уменьшением длины его окружности на 2 см, снижение мышечной силы на 40%.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Рентгенологически: III стадия (выраженное сужение суставной щели, множественные остеофиты). Постоянные боли, выраженная хромота, без отдыха больной может пройти расстояние до 1 км, постоянное использование дополнительной опоры — трости, темп ходьбы 45 — 55 шаг/мин., выраженная артрогенная контрактура, опорное укорочение 4 — 6 см, гипотрофия мышц бедра с уменьшением длины окружности на 3 — 5 см, голени на 1-2 см, снижение мышечной силы от 40 — 70%.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II/III ст.	II группа
IV степень	Рентгенологически: IV стадия (выраженные изменения: суставная щель почти не прослеживается, выявляют грубые остеофиты). Постоянные боли в пораженном суставе и контрлатеральной области, выраженная хромота при ходьбе на расстояние не более 0,5 км без отдыха, постоянное использование дополнительной опоры — трость + костыль или два костыля, темп ходьбы 25 — 35 шаг/мин., выраженная артрогенная контрактура с укорочением конечности на 7 и более см, гипотрофия мышц бедра с уменьшением окружности на 6 см и больше, голени на 3 см и более, снижение мышечной силы более 70%.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
1.8.5. Системная красная волчанка (M32, M32.0, M32.1, M32.8, M32.9)			
Системная красная волчанка — системное аутоиммунное заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся гиперпродукцией органоспецифических аутоантител к различным компонентам клеточного ядра с развитием иммуновоспалительного повреждения тканей и внутренних органов.			
I степень	Незначительные нарушения функций внутренних органов, суставов, нервной системы, сохраняющиеся на фоне поддерживающей терапии, хроническое медленно прогрессирующее течение, минимальная активность.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Умеренные нарушения функций внутренних органов, суставов, нервной системы (ХСН I/ II ФК NYHA, ДН I стадии, ХПН I-II стадии), сохраняющиеся на фоне поддерживающей терапии, хроническое медленно прогрессирующее течение, I степень активности.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Генерализация процесса, выраженные нарушения функций внутренних органов, суставов, нервной системы (ХСН II/ III ФК NYHA, ХПН III ст., ДН II ст., нарушение мозгового кровоснабжения), острое, подострое, хроническое прогрессирующее течение, частые рецидивы, средняя или высокая активность, недостаточная эффективность консервативного лечения. Клинически волнообразное течение: лихорадка, адинамия, дистрофия, стойкий кожно-суставной синдром.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II/III ст.	II группа
IV степень	Генерализация процесса и резко выраженные нарушения функций почек, сердечно-сосудистой системы, суставов, системы пищеварения и дыхания, центральной и периферической нервной системы (ХСН III/ IV ФК NYHA., ХПН IV ст., ДН III ст.).	самообслуживанию — III ст. передвижению — III ст.	I группа
1.8.6. Дерматомиозит M33, M34			
Дерматомиозит — диффузное прогрессирующее воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением поперечнополосатой и гладкой мускулатуры с нарушением двигательной функции, кожи в виде эритемы и отека, с частым поражением внутренних органов.			
I степень	Незначительные нарушения двигательной функции, внутренних органов, сохраняющиеся на фоне поддерживающей терапии, хроническое медленно прогрессирующее течение, неактивная фаза заболевания.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
II степень	Умеренные нарушения двигательных функций, внутренних органов (ХСН I/II ФК NYHA, ДН I стадии, ХПН II стадии), сохраняющиеся на фоне поддерживающей терапии, хроническое медленно прогрессирующее течение, минимальной активности.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Генерализация процесса, выраженные нарушения двигательных функций и внутренних органов (ХСН II/III ФК NYHA, ХПН III ст., ДН II ст.) острое, подострое, хроническое прогрессирующее течение с частыми рецидивами, средняя или высокая активность, недостаточная эффективность гормонального лечения.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II/III ст.	II группа
IV степень	Резко выраженные двигательные нарушения и нарушения функции почек, сердечно-сосудистой системы с ХСН III/IV ФК NYHA, ХПН IV ст., ДН III ст.), кахексия.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.;	I группа
1.8.7. Системная склеродермия (M34, M34.0, M34.1, M34.2, M34.8, M34.9)			
Системная склеродермия — аутоиммунное заболевание соединительной ткани с характерным поражением кожи, сосудов, опорно-двигательного аппарата и внутренних органов (легкие, сердце, пищеварительный тракт, почки), в основе которого лежат нарушения микроциркуляции, воспаление и генерализованный фиброз.			
I степень	Незначительные проявления, когда в зависимости от характера течения преобладает суставной или вазоспастический симптомокомплекс.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Умеренные проявления суставного или вазоспастического симптомокомплекса, часто хроническое течение, минимальная, средняя степень активности с ХСН I/II ФК NYHA., ХПН I-II стадии.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Генерализация развернутых клинико-лабораторных проявлений, полисиндромность нарушения функций органов и систем, острое, подострое течение с умеренной и высокой активностью. Наличие осложнений со стороны внутренних органов (ХСН II/III ФК NYHA., ХПН III ст., ДН II ст.).	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II/III ст.	II группа
IV степень	Терминальная с тяжелыми необратимыми дистрофическими, склеродермическими, сосудисто-некротическими осложнениями, часто острое, быстро прогрессирующее течение, склеродермическая почка (ХСН III/IV ФК NYHA., ХПН IV ст., ДН III ст.).	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
1.8.8. Анкилозирующий спондилит (M45, M08.1, M45, M48.1)			
Анкилозирующий спондилит — хроническое воспалительное заболевание позвоночника (спондилит) и крестцово-подвздошных суставов (сакроилеит), нередко протекающее с поражением периферических сосудов (артрит) и энтезисов (энтезит), а в ряде случаев глаз (uveит) и луковицы аорты.			
I степень	Боли в позвоночнике, больше в пояснично-крестцовом отделе, подвздошно-крестцовом сочленении. Ограничение дыхательной экскурсии грудной клетки, иногда повышение СОЭ, субфебрилетет. Рентгенологически: I стадия (деструкция крестцово-подвздошных сочленений и начальные признаки анкилозирования).	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Неподвижность поясничного отдела позвоночника, ограничение движений в шейном отделе, стойкие боли в груди, тазобедренных и плечевых суставах, вынужденное положение тела с наклоном туловища вперед. Дыхательная экскурсия грудной клетки уменьшена до 1 см. Определяется повышение СОЭ, субфебрильная температура. Рентгенологически: II стадия (полная облитерация крестцово-подвздошных сочленений, обызвествление связочного аппарата, частичный анкилоз суставов позвоночника, костoverтебральных и грудино-реберных сочленений).	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Резкое нарушение функции позвоночника, вплоть до полной неподвижности, а также крупных суставов: вынужденное фиксированное положение тела, резкая атрофия мышц плечевого и тазового пояса, впалая грудная клетка. Рентгенологически: III стадия (анкилозирование всех суставов позвоночника, тазобедренных, плечевых, крестцово-подвздошных сочленений, обызвествление связочного аппарата позвоночника, приобретающий вид «бамбуковой палки»).	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II/III ст.	II группа
IV степень	Ограничены возможности самообслуживания, занятия непрофессиональной и профессиональной деятельностью. Рентгенологически: IV стадия (далеко зашедшие изменения — полный анкилоз). Суставы фиксированы в функционально невыгодном (подтянутом) положении.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
1.9. Болезни мочеполовой системы N (МКБ-10)			
1.9.1. Острый нефротический синдром N00 (N00.0, N00.1-N00.9) Быстро прогрессирующий нефротический синдром N01 (N01.0, N01.1-N01.9) Хронический нефротический синдром N03 (N03.0, N03.1-N03.9) Нефротический синдром N04 (N04.0, N04.1-N04.9)			
<p>Острый нефротический синдром — острое иммуновоспалительное заболевание почек с первоначальным, преимущественным поражением клубочков и вовлечением в патологический процесс всех почечных структур, клинически проявляющийся почечными и/или внепочечными симптомами.</p> <p>Быстро прогрессирующий нефротический синдром — (подострый, злокачественный) гломерулонефрит, характеризующийся быстро прогрессирующим течением, тяжелыми клиническими проявлениями, своеобразными морфологическими изменениями в клубочках почек, рано начинающейся и быстро нарастающей почечной недостаточностью, заканчивающийся летальным исходом в течение короткого срока.</p> <p>Хронический нефротический синдром — (хронический гломерулонефрит) — гетерогенная по происхождению и патоморфологии группа заболеваний, характеризующаяся иммуновоспалительным поражением клубочков, канальцев и интерстиция обеих почек и прогрессирующим течением, в результате чего развиваются нефросклероз и хроническая почечная недостаточность.</p> <p>Нефротический синдром — клинико-лабораторный симптомокомплекс, включающий массивную протеинурию (более 3,5 г белка в сутки), нарушение белкового и липидного обмена (гипоальбуминемия, гиперлипидемия) и отеки. Нефротический синдром может быть полным и неполным (при отсутствии отеков).</p>			
I степень	Хронический гломерулонефрит, протекающий с редкими обострениями (1-2 раз в год), без осложнений со стороны других органов и систем. Латентная стадия ХПН.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	При изолированном мочевом синдроме, клинической ремиссии нефротического синдрома и стабильной АГ II степени, при обострениях средней частоты (3-4 раз в год) у лиц, выполняющих тяжелый и средней тяжести физический труд, а также работающих в неблагоприятных метеорологических условиях. Компенсаторная стадия ХПН.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Подострый гломерулонефрит с нарушением функции почек средней степени тяжести, частые (5 раз в год и более) и затяжные (до 1-2 месяцев и более) обост-	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.;	II группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	рения, наличие персистирующего нефротического синдрома, стойкой АГ III степени, плохо корригируемый медикаментозным лечением, наличие внепочечных осложнений (психоз, стероидный диабет, цитопения, сепсис, флебиты, тромбозы, кровоизлияния, ХСН II ст.) и развитие ХПН III степени (азотемическая или интермиттирующая). Примечание: больные получающие гемодиализ без ХСН II ст. III ФК NYHA.	трудовой деятельности — II/III ст.	
IV степень	Подострый (быстро прогрессирующий) гломерулонефрит и хронический гломерулонефрит с развитием терминальной ХПН (IV степени) и отказе от диализной терапии. Развитие тяжелых внепочечных осложнений со стороны ЦНС (парезы и параличи), слепота, ХСН III ст. IV ФК NYHA.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.; общению — III ст.; ориентации — III ст.; контролю поведения — III ст.	I группа
1.9.2. Хроническая почечная недостаточность N18 (N18.0, N18.8, N18.9)			
Хроническая почечная недостаточность — патологический симптомокомплекс, обусловленный резким уменьшением числа и функции нефронов, что приводит к нарушению экскреторной и инкреторной функции почек, гомеостаза, расстройству всех видов обмена веществ, кислотно-щелочного равновесия, деятельности всех органов и систем.			
I степень	Латентная стадия. Наблюдается при наличии резервов компенсации. Клинических проявлений еще нет, однако определяется снижение уровня клубочковой фильтрации до 60 — 50 мл/мин. с замедлением фазы секреции (по данным ренографии). Максимальная относительная плотность мочи не ниже 1025, мочевины до 8,8, креатинин до 0,18 ммоль/л	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Компенсированная (доазотемическая) стадия. Признаков интоксикации не наблюдается, никтурия, сухость во рту, диспепсия, быстрая утомляемость, незначительный отек лица, движения и психические реакции вялые. Азото-выделительная функция почек не страдает, умеренное снижение клубочковой фильтрации до 30 — 40 мл/мин., мочевины крови — 8,8 — 10,0 креатинин крови 0,2 — 0,28 ммоль/л. Максимальная относительная плотность мочи не выше 1023. У лиц, работающих в противопоказанных условиях труда, при отсутствии тяжелых осложнений основного заболевания.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Интермиттирующая (азотемическая) стадия. Симптомы интоксикации значительно выражены, жажда, повышенная утомляемость, одышка, снижение аппетита, сонливость, апатия. Частые и длительные рецидивы. Клубочковая фильтра-	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II / III ст.	II группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	ция падает до 20 мл/мин/, мочевины 10,1 — 19,0, уровень креатинина крови повышен до 0,35 — 0,40 ммоль/л, максимальная относительная плотность мочи 1020. Примечание: больные получающие гемодиализ без ХСН II/ III ФК NYHA.		
IV степень	Терминальная (уремическая) стадия — усиление слабости, сонливости, утомляемости, уремическая энцефалопатия, выраженная диспепсия, нейропатия, артериальная гипертония III степени, кардиомегалия, застойная сердечная недостаточность. Содержание креатинина более 0,45 ммоль/л, мочевины более 25 — 30 ммоль/л, клубочковая фильтрация ниже 10 мл/мин., максимальная относительная плотность мочи не превышает 1013. При прогрессировании признаков азотемии, уремии, диализа, трансплантации почки и сопутствующих заболеваний, влекущих за собой ХСН III/ IV ФК NYHA, нуждаемость в постоянном постороннем уходе.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.; общению — III ст.; ориентации — III ст.; контролю поведения — III ст.	I группа

2. Критерии определения ограничения жизнедеятельности при основных инвалидирующих хирургических заболеваниях и синдромах

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
2.1. Определение ограничения жизнедеятельности при заболеваниях органа слуха. (МКБ Н 60 — 95)			
При заболеваниях органа слуха основным показателем определения инвалидности считается снижения остроты слуха. Исходя из этого, группа инвалидности устанавливается с учетом восприятия слуха и аудиометрии.			
I степень	Легкая степень снижения слуха. Шепотная речь воспринимается на расстоянии до 5 м, разговорная речь от 5 м и более. Аудиометрический уровень слышимости звуков 16 — 45 Дб.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Средняя степень снижения слуха. Шепотная речь воспринимается на расстоянии 0,5 — 1,5 м, разговорная речь — 3 — 5 м. Аудиометрический уровень слышимости звуков 45 — 55 Дб.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
III степень	Нейросенсорная тугоухость III-IV степеней Тяжелая степень снижения слуха: шепотная речь воспринимается на расстоянии от 0-0,5 м, разговорная речь — 1 — 3 м. Аудиометрический уровень слышимости звуков 45 — 55 Дб.	самообслуживанию — I ст.; общению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
IV степень	Нейросенсорная тугоухость IV степени с детства (глухонемота с детства).	общению — II ст. трудовой деятельности — II ст.	II группа
2.2. Критерии определения ограничения жизнедеятельности при основных инвалидизирующих заболеваниях в урологии.			
2.2.1. Основные болезни мочеполовой системы, влияющие на ограничение жизнедеятельности Шифр МКБ-10: N20-23, N-30-37, N42-45, N48-51, N99, Q61-64, S31-37.			
I степень	При не осложненном течении.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	При осложненном течении возникновения хронической болезни почек. Умеренное снижение СКФ (скорость клубочковой фильтрации). Сморщенная почка или аномалия развития мочевыводящих путей (аплазия почки). Мочекаменная болезнь, осложненная хронической почечной недостаточностью компенсаторной стадии (до азотемической).	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Неустрашимые, несмотря на лечение, мочевые свищи или препятствия естественному току мочи, требующие постоянной установки дренажей в мочеполовой системе (в почке, мочеточнике, мочевом пузыре) порождающие нечистоплотность. Возникает необходимость в ежедневной смене закрытых мочесборных приспособлений с устья свища или ежемесячной смене мочевого дренажа (с мочеприемником) почки или мочевого пузыря. В большинстве случаев неконтролируемая инфекция приводит к постепенному развитию склероза и прогрессирующему нарушению функции органа. Состояние после операции нефрэктомии первые 2 года после операции. Мочекаменная болезнь, осложненная хронической почечной недостаточностью интермиттирующей (азотемической) стадии.	самообслуживанию — II ст.; трудовой деятельности — II-III ст.	II группа
IV степень	Длительное течение основного процесса и сопутствующая неконтролируемая инфекция приводит к постепенному развитию склероза и прогрессирующему	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	нарушению функции органа, что в дальнейшем приводит к хронической почечной недостаточности терминальной стадии, требующей постоянного гемодиализа.		
2.2.2. Основные болезни мочеполовой системы, влияющие на ограничение жизнедеятельности Шифр МКБ-10: N13-N22, N25-N29, N30-N39, N42, N99, Q54, Q60-Q64.			
I степень	Характерна скудность объективных и субъективных симптомов, ее выявляют лишь в ходе всестороннего и углубленного клинического обследования. Скорость клубочковой фильтрации 60 — 89 мл/мин. Осмолярность мочи находится в пределах 400 — 500 мосм/л. Отмечаются увеличение экскреции сахаров, дизаминаацидурия, периодическая протеинурия. Суточный диурез, как правило, увеличен до 2,0 — 2,5 л за счет снижения канальцевой реабсорбции. Хроническая почечная недостаточность (ХПН) латентная стадия.	Ограничения жизнедеятельности нет.	Ограничение по линии ВКК
II степень	Отмечается незначительная диспепсия, сухость во рту, утомляемость, полидипсия, изостенурия. Характеризуется дальнейшим снижением клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции. Скорость клубочковой фильтрации 30 — 59 мл/мин. Осмолярность мочи снижена до 350 мосм/л. Могут возникнуть электролитные сдвиги за счет периодических увеличений натрийуреза. Периодически проявляется гиперазотемия, мочевины в крови 9 — 11 ммоль/л и креатинин — 0,2 — 0,35 ммоль/л. Возможно развитие ацидоза. ХПН компенсаторной стадии.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Для этой стадии хронической болезни почек характерна смена улучшения и ухудшения состояния больного. Ухудшение течения хронической болезни почек может быть вызвано обострениями инфекции мочевого тракта, кратковременной или длительной обструктивной уропатией, интеркуррентными заболеваниями, прямо или косвенно влияющими на функцию почек, нагноениями кист при поликистозе, банальными острыми респираторными инфекциями, оперативными вмешательствами и т. д. Могут отмечаться нарушения водно-электролитного баланса и кислотно-основного состояния. При отсутствии адекватного лечения болезнь переходит в следующую стадию. Скорость клубочковой фильтрации 15 — 29 мл/мин. Электролитные сдвиги выражены за счет увеличения натрийуреза. Периодически проявляется гиперазо-	самообслуживанию — II ст.; трудовой деятельности — II-III ст.	II группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	темия, мочевины в крови 12 ммоль/л и более, креатинин — 0,35 — 0,45 ммоль/л. Развивается ацидоз. Развивается артериальная гипертензия (А/Д — 160/100 мм рт. ст и более). ХПН интермиттирующая стадия.		
IV степень	Характеризуется прогрессирующим развитием проявлений уремии. Развивается выраженная уремическая интоксикация, гиперкалиемия, гипермагниемия, гипохлоремия, гипонатриемия, прогрессирующая сердечная недостаточность, полисерозит, дистрофия печени, олигурия, выраженная анемия. Поражение практически всех органов и систем. Улучшение без диализа исключено. Скорость клубочковой фильтрации — ниже 15 мл/мин., концентрация мочевины плазмы крови возрастает более 25 ммоль/л, увеличивается ацидоз, нарастают дисэлектролитемия и нарушение всех видов обмена. ХПН терминальная стадия.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа
2.3. Резекция легкого (МКБЖ 85-J86)			
Резекция легкого — удаление одного или нескольких сегментов, одной или нескольких долей легкого по тем или иным медицинским показаниям. В зависимости от объема удаленной части легкого и компенсаторно-приспособительных способностей организма в послеоперационном периоде возникает разной степени выраженности дыхательная недостаточность (ДН).			
I степень	ДН I степени характеризуется появлением одышки и повышенной утомляемостью при физической нагрузке. После прекращения нагрузки частота дыхания восстанавливается в течение 3-5 мин. Отмечается нерезкий цианоз слизистых оболочек. Увеличивается минутный объем дыхания (МОД) до 135 — 160% от должного, снижаются жизненная емкость легких (ЖЕЛ) до 70% от должной и минутная вентиляция легкого (МВЛ) до 50% от должной (компенсация функции дыхания).	Ограничение жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	ДН II А степени характеризуется кратковременной одышкой, повышенной утомляемостью во время физической нагрузки, нерезким цианозом слизистых оболочек. ЖЕЛ и МВЛ снижаются до 50% от должных, МОД составляет более 160% от должного и др., что указывает на компенсацию функции дыхания на пределе. Развитие хронической послеоперационной эмпиемы плевры, ДН IIА степени. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) I стадии, ФК — II по NYHA, занятых с противопоказанными видами и условиями труда, для рационального трудоустройства, ограничения объема трудовой деятельности.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
III степень	<p>ДН IIБ степени характеризуется одышкой в покое, нарастающей при легкой физической нагрузке, наличие плеврально-кожного свища. Дыхание поверхностное, отмечается участие в нем вспомогательных мышц, цианоз губ. Частота дыхания в покое — 24 — 28 в 1 мин., при незначительной нагрузке учащается на 12 — 16 в 1 мин. и приходит к исходному уровню в течение 5 мин. и более. ЖЕЛ снижается до 50% от должной, МВЛ — до 35 — 40% от должной, насыщение артериальной крови кислородом до 90%, МОД увеличивается до 200% от должного (субкомпенсация функции дыхания).</p> <p>Наличие выраженных обструктивных процессов в оставшейся части легкого, тяжелой формы прогрессирования эмпиемы плевры, эрозивных кровотечений, амилоидоза паренхиматозных органов, истощения, субкомпенсации хронического легочного сердца, ДН IIБ степени и ХСН II, ФК III по NYHA, стадии инкурабельности вследствие тяжелых сопутствующих заболеваний и при необходимости повторных хирургических вмешательств по поводу хронической эмпиемы плевры и при многоэтапных торакопластиках.</p>	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II ст.	II группа
IV степень	<p>ДН III степени характеризуется частым поверхностным дыханием, резко выраженным цианозом, участием в дыхании вспомогательных мышц, невозможностью выполнения речевой нагрузки. ЖЕЛ — менее 50% от должной, МВЛ — менее 35% от должной, МОД — более 200% от должной или резко снижается, насыщение артериальной крови кислородом снижается до 85% (декомпенсация функции органов дыхания).</p> <p>Неэффективность лечения или невозможность хирургического лечения у больных с декомпенсацией жизненно важных функций (ДН III степени, ХСН III, ФК IV стадии, ХПН терминальная стадия), при истощении у больных с пищеводно-плевральным свищом и неудачно наложенной гастростомой.</p>	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа
2.4. Последствия оперативного лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. МКБ K21-K31			
<p>Абсолютные показания к оперативному лечению язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: прободение язвы, профузное кровотечение из язвы, малигнизация язвы, рубцовый стеноз привратника. Относительные показания к оперативному лечению язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: безуспешность консервативного лечения, наличие в анамнезе повторных кровотечений, множественные язвы, язвы больших размеров. Классическими методами резекции желудка является резекция желудка по Бильрот I (гастроэнтероанастомоз «конец в конец») и по Бильрот II (гастроэнтероанастомоз «конец в бок»). В настоящее время имеется множество модификаций резекций желудка. После-</p>			

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
операционные расстройства, характеризующиеся нарушением функции пищеварения, являются важным критерием ограничения жизнедеятельности. Различают следующие степени нарушения функции пищеварения:			
I степень	Появление в послеоперационном периоде периодических болей в надчревной области, диспепсических расстройств, повышенной утомляемости, астено-невротических реакций. Показатели гемограммы, протеинограммы, содержание холестерина, глюкозы, электролитов в крови не изменены, дефицита массы тела нет или масса тела снижена незначительно (до 6,5% от должной). Рентгенологические показатели эвакуации не нарушены, снижаются показатели внутриполостного кишечного пищеварения (активность амилазы, трипсина, липазы) и значительно увеличивается активность кишечных ферментов (щелочная фосфатаза и энтерокиназа).	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Появление в послеоперационном периоде выраженных болевых синдромов с диспепсическими явлениями, рвотой, повышенной утомляемостью, неустойчивым стулом, дефицит массы тела от 6,5% до 18,5%. В крови — анемия, гипопропротеинемия, диспротеинемия; в копрограмме признаки нарушения переваривания жиров, белков и углеводов. Определяется значительное снижение активности амилазы, трипсина, липазы и незначительное повышение активности щелочной фосфатазы и энтерокиназы. При рентгенологическом исследовании определяется ускоренное прохождение пищи по желудочно-кишечному тракту. При умеренном нарушении пищеварения компенсаторные возможности организма снижены и находятся на грани компенсации.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Наблюдаются выраженные, постоянные боли по всему животу, стойкие диспепсические расстройства, рвота, изнуряющие поносы; при объективном обследовании все показатели алиментарной дистрофии: в крови гипохромная анемия, гипопропротеинемия, снижение содержания холестерина, глюкозы, электролитов. Показатели внутриполостного кишечного пищеварения резко снижены, кишечные ферменты на уровне нижней границы нормы. При рентгенологическом исследовании определяется резкое ускорение эвакуации, симптомы хронического энтероколита. Дефицит массы тела достигает 18,6% и более. Компенсаторные возможности организма резко истощены, развивается декомпенсация кишечного пищеварения.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II, III ст.	II группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	Тяжелые (III степени) постгастрорезекционные синдромы; с сочетанием нескольких постгастрорезекционных синдромов средней (II степени) и декомпенсации функции пищеварения; с развитием тяжелых послеоперационных осложнений (рецидив язвы с частыми обострениями, свищи) и декомпенсации функции пищеварения.		
IV степень	Появление в послеоперационном периоде значительно выраженных нарушений функций пищеварения, после неэффективного оперативного лечения с тяжелыми послеоперационными осложнениями (высокие тонкокишечные свищи), развитие кахексии. Показатели всех видов обмена резко снижены, нарушаются все виды жизнедеятельности, больные нуждаются в постоянной посторонней помощи.	самообслуживанию — III ст.	I группа
2.5. Болезни оперированного желудка (МКБ25)			
2.5.1. Рецидив пептической язвы			
Рецидив язвы появляется в течение 2 лет после операции. Прямыми признаками пептической язвы являются наличие «ниши» при рентгенологическом обследовании, а также эндоскопическое подтверждение. Ведущий симптом — боль в верхней половине живота. Боль постоянная, усиливается вскоре после приема пищи, не облегчается при приеме антацидов или молока. В связи с пенетрацией язвы боль по интенсивности значительно превосходит боль, возникшую у больного до операции. Кровотечение бывает в виде гемотомезис, мелены, скрытого кровотечения, в результате чего возникает выраженная анемия. При исследовании желудочной секреции находят сохранение кислотопродуцирующей функции оперированного желудка.			
II степень	При наличии рецидива пептической язвы с редкими обострениями. При выраженной гипотрофии, наличии резких постоянных болей в надчревной области, усиливающихся после еды и иррадирующих в спину, снижение активности максимальной продукции, а также базальной продукции кислотности желудка.	самообслуживанию — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	При резко выраженной гипотрофии, наличии резких постоянных болей в надчревной области, усиливающихся после еды и иррадирующих в спину, выраженной активности максимальной продукции, а также базальной продукции кислотности желудка. Особого внимания заслуживает развитие глубоких осложнений пептических язв больших размеров с частыми обострениями в виде кровотечений с частотой 4 раза в год, приводящих к развитию анемии тяжелой степени; потеря веса более 20% от нормы.	самообслуживанию — II ст.; трудовой деятельности — II ст.	II группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
2.5.2. Синдром «малого» желудка			
III степень	Синдром «малого» желудка обусловлен уменьшением емкости полости желудка после резекции. Ведущие симптомы — быстрое переполнение желудка во время еды, тянущие боли, возникающие только после еды, дискомфорт, отрыжка, тошнота, рвота. Рентгенологический симптом: быстрое заполнение контрастным веществом желудка и медленная эвакуация контраста. Объем однократно принятой пищи не более 100 — 200 г, в связи с чем больной вынужден питаться 6 — 8 раз в сутки.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
2.5.3. Демпинг-синдром			
Клинически проявляется пароксизмами слабости, возникающими во время или спустя 10 — 20 мин. после еды, особенно после употребления сладкой и молочной пищи. Рентгенологически устанавливается быстрое опорожнение культи желудка от контрастирующей массы.			
I степень	Клинически проявляется пароксизмами слабости, возникающими во время или спустя 10 — 20 мин. после еды, особенно после употребления сладкой и молочной пищи. Рентгенологически устанавливается быстрое опорожнение культи желудка от контрастирующей массы. Демпинг-реакция на прием только сладких и молочных блюд, возникает незначительная слабость, головокружение, учащение пульса на 15 ударов в минуту, продолжительность 15 — 30 мин., дефицит масса тела — норма или не более 5 кг.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Характеризуется приступами, возникающими после приема любой пищи. Вскоре после еды появляются резкая слабость, потливость, ощущение тяжести в надчревной области, головокружение, ухудшение зрения, шум в ушах, похолодание конечностей, тахикардия, учащение пульса на 20 — 24 удара в минуту, иногда побледнение кожи и цианоз слизистых оболочек, понижение или повышение артериального давления. Иногда наблюдаются слюнотечение, тошнота, отрыжка, боли в животе, профузный понос. Приступ, продолжается от 20 мин. до 1 ч, больные вынуждены принять горизонтальное положение. В межприступном периоде отмечаются повышенная утомляемость, разбитость, головная боль, расстройство сна, неустойчивость настроения. Могут наблюдаться нарушение внешней секреции поджелудочной железы с появлением в кале зерен крахмала, капель нейтрального жира и непереваренных мышечных волокон; умеренный (5 — 10 кг) дефицит массы тела. Рентгенологически выяв-	самообслуживанию — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	ляется быстрое, менее чем за 30 мин., опорожнение культи желудка в тонкую кишку.		
III степень	Тяжелая степень демпинг-синдрома носит злокачественный характер и отличается изнуряющими, длительными (от 1 до 3 ч) приступами, в течение которых больные вынуждены находиться в постели. Приступ возникает всякий раз после приема любой пищи. Пароксизмы слабости часто заканчиваются обморочным состоянием. Обычно отмечается учащение пульса на 25 — 30 ударов в минуту. Нередко больные вынуждены принимать пищу лежа. Тяжелые демпинг-синдромы ведут к резкой астенизации, прогрессивному истощению с выраженным дефицитом массы тела (20 кг и более) на фоне белковой недостаточности и расстройств минерального обмена. Возникают тяжелые нарушения кишечного пищеварения, витамин В12 — дефицитная или гипохромная анемия. Рентгенологически, как правило, отмечается «молниеносное», в течение 5 — 7 мин., опорожнение культи желудка.	самообслуживанию — II ст.; трудовой деятельности — II ст.	II группа
2.5.4. Синдром приводящей петли			
Возникает только после резекции желудка по методу Бильрот II и связан с нарушением эвакуации пищи в отводящую петлю. Возникновение этого состояния связано с дискинезией двенадцатиперстной кишки, дуоденостазом, атонией двенадцатиперстной кишки, дискинезией отводящей петли тонкой кишки. В развитии синдрома приводящей петли имеет значение совокупность факторов, среди которых наиболее важными являются рефлюкс кишечного содержимого в культи желудка и накопление жидкости в культи желудка.			
I степень	Боль в эпигастральной области ноющего характера, возникают после приема жирных блюд, отрыжка или срыгивание желчи до 50 — 100 мл, дефицита массы тела нет или масса тела снижена незначительно (до 6,5% от должной). При рентгенологическом исследовании натощак определяется жидкость в умеренном количестве в результате интрагастрального опорожнения приводящей петли.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Боль в эпигастральной области интенсивная, распирающая, жгучего характера, возникает после приема пищи, исчезает после рвоты, рвота по 300 — 400 мл по 3-4 раза в неделю, дефицитом массы тела от 6,5% до 18,5%, при рентгенологическом исследовании определяется жидкость в большом количестве в полости желудка.	самообслуживанию — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
2.5.5. Гастрит культи желудка			
II степень	Характеризуется умеренными болями ноющего характера в области эпигастрия, боль появляется после принятия пищи, снимается после принятия спазмолитиков, H ₂ -рецепторов. При рентгенологическом исследовании характерны конвергенция складок слизистых оболочек и пневматоз двенадцатиперстной кишки.	самообслуживанию — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
2.5.6. Анастомозит			
II степень	Постоянные боли в области эпигастрия, усиливающиеся после принятия пищи, дискомфорт, постоянная изжога, повышение максимальной продукции кислотности (МПК) и базальной секреции (БС). Значительное похудание, нарушение водно-солевого обмена. Рентгенологически — умеренная конвергенция складок слизистой желудка.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
2.6. Последствия обширных резекций кишечника. МКБ90-К93			
Последствиями обширных резекций кишечника являются средней степени тяжести спаечная болезнь, синдром короткого кишечника, рецидивные грыжи, постоянные кишечные свищи.			
I степень	Наблюдаются боли в животе неопределенной локализации, чаще в области пупка, метеоризм, периодически диарея (1-2 раза в неделю) при нарушении диеты или после выполнения работ значительной тяжести. Общее состояние не нарушено. В анализах крови отклонений от нормы нет. Выявляют незначительные изменения в копрограмме (стеато- и креаторея), дефицита массы тела нет или масса тела снижена незначительно (до 6,5% от должной). Показатели функций печени и поджелудочной железы находятся на уровне нижней границы нормы или незначительно снижены. Содержание Hb превышает 90 г/л, при рентгенологическом исследовании выявляют гипомоторику тонкой кишки, показатели ферментативной и транспортной функций тонкого кишечника незначительно снижены.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Имеются стойкие нарушения функции кишечника: метеоризм, боли в животе, диарея до 3-5 раз в сутки с разной степенью выраженности изменений в кале (полифекалия, стеаторея +, креаторея ++). Общее состояние почти не страдает, дефицитом массы тела от 6,5% до 18,5%. Характерно снижение показателей	самообслуживанию — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	<p>функционирования печени, поджелудочной железы, содержания микроэлементов до $\frac{1}{3}$ от нормы, содержание Hb в пределах 70 — 90 г/л. Рентгенологически выявляют выраженную дискинезию тонкого кишечника. Существенно снижена активность лактазы (плоская кривая) и до 50% транспортной функции кишечника.</p> <p>Появление в послеоперационном периоде легкой и средней степени выраженности синдрома «короткого кишечника», с большими или гигантскими послеоперационными грыжами, недостаточность пищеварения II-III степеней, выраженный астено-невротический синдром.</p> <p>Состояние после гемиколэктомии толстого кишечника.</p>		
III степень	<p>Наблюдается диарея более 6 раз в сутки, дефицит массы тела более 18,6%, гипопроотеинемия, недостаточность витаминов, нарушение гемопоза, гипокальцемия и остеопороз, эндокринная недостаточность, безбелковые отеки. Все показатели снижены более чем на 50% от нормы.</p> <p>Появление в послеоперационном периоде тонко- и толстокишечных свищей, развитие тяжелой степени синдрома «короткого кишечника», при безуспешности попыток закрытия кишечных свищей, при многоэтапных операциях после наложения толстокишечного свища до окончания адаптационного периода, явления тяжелой степени спаечной непроходимости, нарушение функции пищеварения III ст.</p>	самообслуживанию — II ст.; трудовой деятельности — II, III ст.	II группа
IV степень	<p>Возникает при тяжелых формах спаечной болезни, синдроме «короткого кишечника», после обширных или субтотальных резекций кишечника: при тяжелых нарушениях всех видов обмена, вызванных постоянными потерями большого количества кишечного содержимого, полиорганной недостаточностью, истощением и невозможностью хирургического лечения, при нарушении функции пищеварения IV ст. Одним из осложнений является поражения ЦНС.</p>	передвижению — III ст.; самообслуживанию — III ст.	I группа
2.7. Желчнокаменная болезнь, постхолцистэктомик синдром. (МКБК80-К87)			
Желчнокаменная болезнь является результатом нарушения преимущественно холестеринового обмена и характеризуется наличием камней в желчном пузыре и протоках в сочетании с воспалительным процессом. Основным радикальным методом лечения желчнокаменной болезни является хирургический.			

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
Причинами постхолецистэктомического синдрома являются камни, оставленные в желчных протоках или образовавшиеся после холецистэктомии и других операций, стеноз большого сосочка двенадцатиперстной кишки, травматические и воспалительные стриктуры желчных протоков, оставленная часть желчного пузыря, избыточно длинная культя пузырного протока, инородные тела в желчных протоках, холангит.			
I степень	Легкая форма течения постхолецистэктомического синдрома характеризуется возникновением приступов печеночной колики до 3-4 раз в год, длительностью не менее 1 часа, купирующихся после приема спазмолитиков. Функция печени, поджелудочной железы не нарушена.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Средней тяжести течение постхолецистэктомического синдрома характеризуется более частыми (до 10 раз в год) и продолжительными более 3 часов приступами печеночной колики, отмечаются вспышки холангита, обтурационная желтуха.	самообслуживанию — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Тяжелая форма течения постхолецистэктомического синдрома характеризуется частыми еженедельными приступами печеночной колики, продолжительностью до 3 суток, хроническим рецидивирующим холангитом с обострениями 1-2 раза в месяц, обтурационной желтухой, осложнением со стороны других органов, выраженным нарушением функции пищеварения. Наличие тяжелых форм желчных свищей с потерей желчи, нарушение белково-образовательной и пигментной функции печени, при частых перевязках (более 7 раз в день), промываниях дренажей, необходимости восстановительно-реконструктивных операций, присоединении других заболеваний желудочно-кишечного тракта, субкомпенсации функции пищеварения.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II-III ст.	II группа
IV степень	Наличие тяжелых осложнений (кахексия, анемия), неэффективность лечения и нуждаемость в постоянном постороннем уходе.	самообслуживанию — III ст. передвижению — III ст.	I группа
2.8. Заболевания пищевода 2.8.1. Ахалазия кардии МКБ К20-К31			
Характеризуется неэффективной перистальтикой всего пищевода и отсутствием координированного расслабления нижнего пищеводного сфинктера в ответ на глотание. Основными симптомами является дисфагия, регургитация, загрудинные боли. Дисфагия — наиболее ранний и характерный симптом, проявляется задержанием пищи на уровне нижней трети пищевода. По мере прогрессирования заболевания больные вырабатывают различные приемы, облегчающие прохождение пищи в желудок. В выраженных стадиях заболевания часть пищи остается в пищеводе. Регургитация отмечается у 70% больных. Она появляется во время еды и вскоре после него и крайне мучительна.			

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
I степень	Непостоянные, кратковременные симптомы дисфагии, боли за грудиной или их отсутствие при наличии подтверждения диагноза по данным рентгенографии, эндоскопии, биопсии. Быстрое купирование симптомов после приема лекарственных препаратов, отсутствие снижения индекса массы тела и осложнений.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Дисфагия, боли за грудиной, отрыжка, изжога постоянная после каждого приема пищи, купируемые диетой, лекарственными препаратами, снижение индекса массы тела до 15% при отсутствии осложнений.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Постоянные, выраженные симптомы дисфагии, болей за грудиной, наличие рвоты, после приема пищи, сопровождаемые снижением индекса массы тела свыше 15%, сопутствующей железодефицитной анемией, гипоальбуминемией, снижением холестерина, протромбина, симптомами полигиповитаминоза. При наличии множественных эрозий, язв, стеноза или выраженного расширения пищевода и дисплазии эпителия, подтверждаемые данными рентгенографии, эндоскопии. Неэффективность консервативной терапии, необходимость хирургического лечения.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II ст.	II группа
IV степень	Постоянные, выраженные симптомы дисфагии, рвота, сопровождаемые тяжелой кахексией. Развитие осложнений, таких как кровотечение, перфорация, декомпенсированный стеноз пищевода, малигнизация. При наличии метаболитического поражения других органов и систем (энцефалопатии 2-3 ст., хронической сердечной недостаточности 2-3 ст., спленомегалии, гепатомегалии, безбелковые отеки).	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа
2.9. Бронхоэктатическая болезнь. МКБ J85			
Бронхоэктатическая болезнь — анатомическое изменение бронхов, сопровождающееся их расширением, нарушением дренажной функции и различными клиническими симптомами воспаления и гнойной интоксикации. Бронхоэктазии по морфологическим изменениям делятся на кистоподобные, цилиндрические, мешотчатые и смешанные.			
I степень	Обострения не более 1 раза в год, продолжительностью до 1 месяца, характерно одностороннее, чаще сегментарное поражение. Симптомы общей интоксикации отсутствуют, питание не нарушено.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Обострения 2-3 раза в год по 30 — 40 дней или до 4 — 6 раз в год по 10 — 15 дней. Характерно двустороннее поражение, чаще по одной доле легкого с каждой стороны. Симптомы общей интоксикации легкой степени, питание незна-	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	чительно нарушено. Имеет место сочетание выраженной склонности к обострениям и кровохарканиям. ДН I или II ст., ХСН I ст., ФК II по NYHA.		
III степень	Частые и длительные обострения (до 5-6 раз в год), с краткими ремиссиями между отдельными вспышками. Характерно двустороннее поражение легких, более двух долей легкого. Частые легочные кровотечения или обильные частые кровохаркания, выраженные симптомы общей интоксикации, питание нарушено, ДН II ст., ХСН II ст. ФК III по NYHA.	самообслуживанию II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II, III ст.	II группа
IV степень	Бронхоэктазы двухсторонние распространенные. Почти незатухающие обострения с явлениями резко выраженной общей интоксикации (повышение температуры, исхудание, лейкоцитоз, ускорение СОЭ), выделение значительного количества гнойной или гнилостной мокроты, амилоидоз почек, частые массивные легочные кровотечения. ДН III ст., ХСН III ст. ФК IV по NYHA.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа
2.9.1. Абсцесс и гангрена легкого. МКБ J 85			
Под абсцессом легкого понимают гнойный или гнилостный распад некротических участков легочной ткани с наличием одной или нескольких полостей в очагах деструкции, заполненных гноем и окруженных перифокальной воспалительной инфильтрацией легочной ткани. Гангрена легкого — это гнойно-гнилостный некроз части или всего легкого, не отделенной от здоровой ткани пиогенной капсулой, имеющий склонность к дальнейшему распространению и проявляющийся крайне тяжелым общим состоянием больного.			
I степень	Острый абсцесс легкого. Обострения не более 1 раза, продолжительностью до 1 месяца. Симптомы общей интоксикации отсутствуют, питание не нарушено.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Хронический абсцесс легкого. Обострения 2-3 раза в год по 30-40 дней или до 4 — 6 раз в год по 10 — 15 дней. Симптомы общей интоксикации легкой степени, питание незначительно нарушено. Имеет место сочетание склонности к обострениям и кровохарканиям. ДН I ст., ХСН I ст. ФК II по NYHA.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Множественные абсцессы легкого. Частые и длительные обострения (до 5-6 раз в год) с краткими ремиссиями между отдельными вспышками, частые легочные кровотечения или обильные частые кровохаркания, выраженные симптомы общей интоксикации, питание нарушено, ДН II ст., ХСН II ст. ФК III по NYHA.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II-III ст.	II группа
IV степень	Почти незатухающие обострения с явлениями резко выраженной общей интоксикации (повышение температуры, исхудание, лейкоцитоз, ускорение	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	СОЭ), выделение значительного количества гнойной или гнилостной мокроты, амилоидоз почек, частые массивные легочные кровотечения. ДН III ст., ХСН III ст. ФК IV по NYHA.		
2.9.2. Эхинококкоз легкого МКБ В67			
Эхинококкоз легкого — паразитарное поражение легочной ткани, приводящее к возникновению различной величины и количества кистозных образований. В зависимости от объема поражений возникает различной степени выраженности дыхательная недостаточность.			
I степень	Одиночный не осложненный эхинококкоз легкого. Обострения не более 1 раза продолжительностью до 1 месяца. Симптомы общей интоксикации отсутствуют, питание не нарушено.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Одиночные или рецидивные эхинококковые кисты обоих легких, возможно с осложнением с одной или с обеих сторон в виде прорыва кисты в бронх. Симптомы общей интоксикации легкой степени, питание незначительно нарушено. Имеет место сочетание выраженной склонности к обострениям и кровохарканиям. ДН I или IА ст., ХСН I ст., ФК II по NYHA.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Множественный или рецидивный эхинококкоз одного легкого. Частые легочные кровотечения или обильные частые кровохаркания, выраженные симптомы общей интоксикации, питание нарушено. ДН IБ ст., ХСН II ст., ФК III по NYHA.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II-III ст.	II группа
IV степень	Множественные распространенные эхинококковые кисты обоих легких, показана химиотерапия. Почти незатухающие обострения с явлениями резко выраженной общей интоксикации (повышение температуры, исхудание, лейкоцитоз, ускорение СОЭ), выделение значительного количества гнойной или гнилостной мокроты, амилоидоз почек, частые массивные легочные кровотечения. ДН III ст., ХСН III ст., ФК IV по NYHA.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа
2.10. Сосудистые заболевания			
2.10.1. Болезни артерий, артериол и капилляров. Окклюзионные поражения терминального отдела аорты и подвздошных артерий (синдром Лериша), а также периферических артерий нижних конечностей. МКБ-10: I70; I70.0; I70.2; I73; I73.0; I73.1; I73.8; I73.9.			
Хроническое системное заболевание артерий , сопровождающееся тромбозом и облитерацией их с последующим развитием хронической артериальной недостаточности.			

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
I степень	Наблюдается повышенная утомляемость, боли в икроножных мышцах, онемение и похолодания конечностей, перемежающаяся хромота при ходьбе более 500 метров. Сухость кожи, умеренный гиперкератоз, начинающееся «облысение» голеней. Ослабление пульсации на одной из периферических артерий. Реовазографический индекс (РИ) снижен до 0,7. Термометрия: нарушение нормальных соотношений температуры кожи на разных участках конечностей (в норме на стопе — 28 — 32° С, голень — 30 — 32° С, паховый сгиб бедра — 33,6 — 35,8° С).	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Субъективные проявления те же, но более выраженные. Чувство онемения и похолодания конечностей, перемежающаяся хромота до 200 метров. Отсутствие пульсации на одной из периферических артерий, сухость кожи, умеренный гиперкератоз, начинающееся «облысение» голеней, ломкость ногтей, часто панариции, паронихии, гипотрофия мышц стопы и голени при эндартериите, мышц бедра при синдроме Лериша. Реовазографический индекс (РИ) 0,5 — 0,3. Проба Оппеля — положительная через 40 — 60 сек., Коллинз и Виленского — через 20 — 30 сек. Снижение кожной температуры, термоасимметрия достигает 1-2° С. Рентгенография: пятнистый остеопороз дистальных частей нижних конечностей.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Боли в покое на нижних конечностях, перемежающаяся хромота до 25 — 30 метров. Выраженные трофические изменения, стопы бледные, со спавшимися венами, в вертикальном положении багрово-цианотичные в дистальных отделах. Отек стопы, гипотрофия мышц, деформация ногтевых пластинок, трещины, эрозии, длительно незаживающие язвы в области межпальцевых складок, дистальных отделах ногтевых фаланг, появление глубоких болезненных трещин на стопе. Пульс на бедренных артериях резко ослаблен, на других определяется. Проба Оппеля — положительная через 10 — 15 сек., Коллинз и Виленского через 40 — 60 сек. Снижение кожной температуры на стопе на 2-3° С. Реовазографический индекс (РИ) 0,3 — 0,1. Реакция на нитроглицерин отрицательная. Рентгенография: диффузный остеопороз, нарастающий в дистальном направлении.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II, III ст.	II группа
IV степень	Постоянные мучительные боли в нижних конечностях, даже в покое, язвенно-некротические изменения, гангрена конечности. Стопы и голени отечны, кожа	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	бледная, истончена с цианотичным оттенком. Ишемический неврит. Ишемическая сгибательная контрактура в коленном и сгибательно-приводящая в тазобедренном суставах, развивается гангрена конечности. Снижение кожной температуры более 3° С. Реовазографический индекс (РИ) 0,1 и менее, иногда расчету не подлежит. Рентгенография: диффузный остеопороз, остеолитический ногтевых фаланг.		
<p>Примечание: При ампутациях см. раздел ампутационные культы конечностей.</p> <p>Проба Оппеля — больной лежа на спине, поднимает стопы вверх, сгибая ноги под прямым углом в тазобедренных суставах. Врач по секундомеру определяет время появления бледной окраски подошвенных поверхностей стоп, которая появляется в различное время в зависимости от уровня артериального притока крови.</p> <p>Проба Коллинз-Виленского — у больного, находящегося в положении лежа на спине с поднятыми ногами в течение 2-х минут, подкожные вены стоп и голени спадаются. При переводе больного в сидячее положение с опущенными ногами, вены тыльной поверхности стопы, при отсутствии патологии сосудов нижних конечностей быстро (через 5 — 7 сек.) наполняются кровью и становятся рельефными. При нарушении кровообращения время наполнения удлиняется.</p>			
<p align="center">2.10.2. Болезни магистральных вен (хроническая венозная недостаточность). МКБ-10: I80.0; I80.1; I80.2; I80.3; I83; I83.0; I83.1; I83.2; I83.9; I87; I87.0; I87.1; I87.2</p>			
<p>Нарушению венозной гемодинамики в результате поражения клапанного аппарата магистральных и коммуникантных вен или нарушения их проходимости. Изменения клапанов могут быть обусловлены либо дистоническими, обменно-дегенеративными и конституциональными заболеваниями, либо тромбозами вен, либо воспалительными и не воспалительными заболеваниями вен.</p>			
I степень	Варикозное расширение вен нижних конечностей, длительный анамнез, периодическая отечность конечности. После длительного пребывания на ногах у больных появляется чувство тяжести, полноты и усталости в ногах, иногда боли. Выявляется умеренный цианоз кожи голени и стоп при вертикальном положении, преходящий отек в области голеностопного сустава. По данным окклюзионной плетизмографии, максимальный венозный объем составляет 4,1 мл/100 см ³ ткани. Общий ретроградный кровоток увеличен до 6,2 мл/100 см ³ , средняя скорость венозного оттока и эффективность мышечно-венозной помпы снижены — 18,1 мл и 41,5% соответственно.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Наблюдается постоянное чувство тяжести в ногах, боли распирающего характера после длительной статической нагрузки. Отек голени становится постоян-	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.;	III группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	ным, уменьшаясь после длительного отдыха. Объем голени увеличен, выявляются гиперпигментация и индурация кожи нижней трети голени, иногда кожный зуд. При исследовании обнаруживают значительное увеличение максимального венозного объема (4,4 мл/100 см ³), общего ретроградного кровотока (6,8 мл/100 см ³), дальнейшее снижение скорости венозного оттока (14,8 мл/100 см ³) и функции мышечно-венозного насоса (30,8 мл). Больные нуждаются в проведении периодической консервативной терапии в условиях стационара.	трудовой деятельности — I ст.	
III степень	Наблюдаются постоянные боли в ногах, судороги в икроножных мышцах, выраженный кожный зуд. Выявляется отек конечности с явлениями лимфостаза, на фоне индурации участки белой атрофии кожи, гиперемия, дерматит, экзема. Возможно образование поверхностных язв, поддающихся лечению, видны рубцы после заживших язв. При плетизмографическом исследовании средняя скорость венозного оттока и эффективность мышечно-венозного насоса снижены в 2-3 раза, значительно увеличен максимальный венозный объем конечности (более 4,4 мл) и усилена скорость ретроградного кровотока при вставании (более 6,8 мл/100 см ³). Больные нуждаются в проведении паллиативных операций в специализированных учреждениях.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II, III ст.	II группа
IV степень	Выражены отек и боли в конечности. Выявляется тяжелая лимфовенозная недостаточность, кожа уплотнена, имеются фиброз подкожно-жировой клетчатки, отек на тыле стопы, пальцы стоп приобретают квадратную форму, отмечается гиперкератоз с наличием бородавчатых разрастаний. На фоне длительно незаживающих язв с патологическими грануляциями и гнойным отделяемым, наблюдаются дерматиты, микробная экзема, тромбофлебиты поверхностных вен, рецидивирующие рожистые воспаления, периостит. Развивается тугоподвижность в голеностопном суставе. При неэффективности проводимого лечения и дальнейшем ухудшении венозного оттока, отдельные язвы сливаются в одну, язва быстро увеличивается, появляются воспалительная инфильтрация и гиперемия кожи вокруг, резко усиливаются боли. Показатели плетизмографического исследования соответствуют таковым при III степени хронической венозной недостаточности. Из осложнений наиболее значимыми являются тромбоз ветвей легочных артерий, тромбофлебит варикозно-расширенных поверхностных вен и рецидивирующее рожистое воспаление голени.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
2.11. Опухоли позвоночника и спинного мозга МКБ-10: C41, D16.6, D18, D32.1, D33.4, D42.1, C72.0			
Спинальные опухоли делятся на первичные и вторичные. В группу первичных опухолей включают новообразования, исходящие из мозгового вещества (интрамедуллярные) и растущие из оболочек мозга, корешков, сосудов (экстрамедуллярные).			
II степень	Умеренное нарушение функции конечности с легким болевым синдромом. Боль незначительная, эпизодическая, усиливающаяся при физической нагрузке, в состоянии покоя слабо выраженная. Местные изменения характеризуются уменьшением подвижности позвоночника, болезненностью при пальпации остистого отростка. При установленном диагнозе и временно отложенном оперативном лечении.	самообслуживанию — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Больные, оперированные по поводу доброкачественных опухолей, независимо от исхода. Боли имеют постоянный характер. При сдавлении нервных корешков возникает неврологический дефицит в виде частичного пареза. При сдавлении спинного мозга парезы в конечностях, нарушения чувствительности и функции тазовых органов.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II ст.	II группа
IV степень	При неоперабельности злокачественных опухолей. При сдавлении нервных корешков и патологических переломах болевой синдром резко выраженный. При поражении поперечника спинного мозга развиваются стойкие проводниковые нарушения в виде параличей, грубых чувствительных нарушений, нарушений мочеиспускания и стула, трофических нарушений в виде пролежней.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа
Примечание: в дальнейшем у оперированных или при временно отложенном оперативном лечении вопрос ограничения жизнедеятельности решается в зависимости от степени восстановления нарушенных функций, распространенности костного дефекта (количества дужек позвонков удаленных во время операции).			
2.12. Опухоли головного мозга. (C70-C71)			
Опухоли головного мозга — объемные образования экстра- или интрацеребральной локализации, различной гистобиологической структуры с неуклонно прогрессирующим течением, на разных стадиях проявляющиеся очаговой, общемозговой или смешанной симптоматикой. В общем плане, наряду с другими факторами, обязательно учитывают гистологическую природу опухоли (доброкачественная или злокачественная), подвергался ли больной оперативному вмешательству и его результаты (полное или частичное удаление опухоли), имели ли место рецидивы заболевания, повторные операции.			

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
II степень	<p>Повышение внутричерепного давления средней степени, умеренные головные боли, периодическая рвота, начальные проявления застойных явлений в дисках зрительных нервов, изменений психики нет.</p> <p>Стойкое незначительное или умеренное нарушение церебральных функций у оперированных больных с доброкачественными опухолями, приводящее к умеренному ограничению жизнедеятельности.</p> <p>Неоперированным больным с доброкачественными опухолями (чаще экстрацеребральными) и незначительным нарушением функций в связи с необходимостью наблюдения (сомнительный прогноз).</p> <p>У больных с аденомой гипофиза после операции и консервативной терапии.</p>	<p>передвижению — I ст.; контролю за поведением — I ст.; трудовой деятельности — I ст.; ориентации — I ст.</p>	III группа
III степень	<p>Выраженное повышение внутричерепного давления, постоянные сильные головные боли, рвота, застойные явления в дисках зрительных нервов. Атаксия, нистагм, нарушения координации, гипотония мышц, вынужденное положение головы и другие симптомы зависят от расположения и размера опухоли.</p> <p>Выраженное стойкое или прогрессирующее нарушение церебральных функций, приводящее к выраженному ограничению жизнедеятельности.</p> <p>1) у оперированных больных по поводу доброкачественной опухоли при неблагоприятном реабилитационном прогнозе;</p> <p>2) у оперированных по поводу злокачественной и метастатической опухоли даже при умеренных нарушениях функций, но с учетом неблагоприятного ближайшего прогноза.</p>	<p>самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; ориентации — II ст.; контролю за поведением — II ст.; обучению — II ст.; трудовой деятельности — II ст.</p>	II группа
IV степень	<p>Злокачественные опухоли, полное или частичное их удаление с выраженной неврологической симптоматикой, при декомпенсированном нарушении функции органов и систем.</p> <p>Больные с incurable состояниями, нуждающиеся в постоянном постороннем уходе.</p>	<p>самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.; общению — III ст.; контролю за поведением — III ст.; обучению — III ст.</p>	I группа
2.13. Критерии определения ограничения жизнедеятельности при основных инвалидизирующих онкологических заболеваниях			
Онкологические заболевания характеризуются агрессивным клинически быстрым течением, которое характеризуется появлением рецидивов и метастазов опухоли и является прогностически неблагоприятным исходом заболевания. В зависимости от поражения органа различают разновидности онкологических процессов.			

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
2.13.1. Определение ограничения жизнедеятельности при раке желудка. (МКБ С-16)			
II степень	Больные раком желудка высокодифференцированной формы после радикальных операций (субтотальная резекция желудка) T1-3N0-3M0, без последствий и осложнений, без признаков рецидива и метастазов опухоли через 2 года после лечения, показатели анализа крови в пределах нормы. Пострезекционные синдромы легкой степени и больной нуждается в проведении общеукрепляющего и симптоматического лечения. По шкале Карновского 71 до 80% ECOG-ВОЗ 1 балл.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Больные раком желудка с локализацией опухоли в области тела или двух анатомических областей со стадией заболевания T2-4N0-3M0 высоко- и низкодифференцированной формы (G1-G4). Состояние после радикального лечения (гастрэктомия, субтотальная резекция, комбинированные, расширенные операции), с наличием рецидива и метастазов, выраженный пострезекционный синдром, похудание больного от 10 кг и более. Строгое соблюдение режима питания. По шкале Карновского 41 до 70% ECOG-ВОЗ 2-3 балл.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II-III ст.	II группа
IV степень	Инкурабельность рака желудка IV стадии с выраженными явлениями раковой интоксикации и кахексии. Неоперабельный рецидив опухоли или выявление отдаленных метастазов, канцероматоз, асцит. Тяжелое общее состояние больного после паллиативного лечения ввиду распространенности опухолевого процесса. Выраженные нарушения клинико-биохимических показателей, тяжелой степени анемии, применение наркотических обезболивающих. По шкале Карновского 10 до 30% ECOG-ВОЗ 4 балл.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа
2.13.2. Определение ограничения жизнедеятельности при раке пищевода. (МКБ С-15)			
II степень	Больные с T1-3N0-2M0 стадии раком пищевода, высокодифференцированной формы после радикальных операций, без последствий и осложнения, без признаков рецидива и метастазов опухоли через 2 года после лечения, показатели анализа крови в пределах нормы. Симптомы дисфагии отсутствуют. Проподимость пищи не нарушена. Периодически больной нуждается в проведении общеукрепляющего и симптоматического лечения.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	По шкале Карновского 71 до 80% ECOG-ВОЗ 1 балл.		
III степень	Больные раком пищевода с локализацией опухоли в области средней трети и нижней трети со стадией заболевания T1-3N0-2M0 высокодифференцированной и низкодифференцированной формы (G1-G4). Состояние после радикального лечения (экстирпация пищевода, субтотальная резекция, комбинированные, расширенные операции), с наличием рецидива и метастазов, выраженный пострезекционный синдром, похудание больного до 10 кг, выраженные нарушения функций анастомоза. Строгое соблюдение режима питания. Больные, получавшие химиотерапию или лучевую терапию с профилактической целью. Больные периодически нуждаются в проведении (нуждаемость этапных оперативных вмешательствах) реабилитационных мероприятий. По шкале Карновского 41 до 70% ECOG-ВОЗ 2-3 балл.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II-III ст.	II группа
IV степень	Инкурабельность рака пищевода с локализацией опухоли во всех отделах, выраженными явлениями раковой интоксикаций, дисфагии III-IV степени и кахексии. Неоперабельный рецидив опухоли или выявление отдаленных метастазов, асцит, появление бронхо-эзофагальных свищей, нарушение дыхания. Тяжелое общее состояние больного после паллиативного лечения ввиду распространенности опухолевого процесса. По шкале Карновского 10 до 30% ECOG-ВОЗ 4 балл.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа
2.13.3. Определение ограничения жизнедеятельности при раке печени. (МКБ С-22)			
III степень	Больные раком печени с локализацией опухоли в одной из доли со стадией заболевания T1-3N0-1M0 высокодифференцированной и низкодифференцированной формы (G1-G4). Состояние после радикального лечения (правосторонней или левосторонней гемигепатэктомии), с наличием рецидива и метастазов, выраженной печеночной недостаточностью. Больные, получавшие химиотерапию с профилактической целью. Больные периодически нуждаются в проведении реабилитационных мероприятий. По шкале Карновского 41 до 70% ECOG-ВОЗ 2-3 балл.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II, III ст.	II группа
IV степень	Инкурабельность рака печени со стадией заболевания T4N 0-1M0 и/или T1-4N0-1M1 с локализацией опухоли в одной из долей или тотальным поражением	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	<p>с метастазами, выраженными явлениями раковой интоксикации, кахексии, асцит, желтуха.</p> <p>Неоперабельный рецидив опухоли или выявление отдаленных метастазов, нарушение дыхания.</p> <p>Тяжелое общее состояние больного после паллиативного лечения ввиду распространенности опухолевого процесса.</p> <p>Выраженные нарушения клинико-биохимических показателей, тяжелой степени анемии, билирубинемии, снижение показателя общего белка, нарушение функций внутренних органов.</p> <p>По шкале Карновского 10 до 30% ECOG-ВОЗ 4 балл.</p>		
2.13.4. Определение ограничения жизнедеятельности при раке толстой кишки. (МКБ С-18)			
II степень	<p>Больные с T1-3N0-1M0 стадии рака толстого кишечника, высокодифференцированная форма после операций: внутрибрюшной резекции, резекции сигмовидной, ободочной, прямой кишки и химиотерапии, без последствий и осложнения, без признаков рецидива и метастазов опухоли через год после лечения, показатели анализа крови в пределах нормы. Симптомы кишечной непроходимости отсутствуют. Периодически больной нуждается в проведении общеукрепляющего и симптоматического лечения. Со стороны клинико-биохимических анализов нарушений не отмечаются. При нормализации веса.</p> <p>По шкале Карновского 71 до 80% ECOG-ВОЗ 1 балл.</p>	<p>самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.</p>	III группа
III степень	<p>Больные раком толстого кишечника с локализацией опухоли в одном из отделов со стадией заболевания T1-4N0-3M0 высокодифференцированной и низкодифференцированной формы (G1-G4). Состояние после радикальной гемиколэктомии (правосторонняя или левосторонняя), резекции сигмовидной, ободочной, прямой кишки. Оперативное вмешательство с образованием колостомы: операция Гартмана, экстирпация и ампутация прямой кишки, а также химиотерапия. Без рецидива и метастазов опухоли, похудание больного до 10 кг. Строгое соблюдение режима питания и ограничение тяжелого физического труда. Больные, получавшие химиотерапию с профилактической целью. Больные периодически нуждаются в проведении реабилитационных мероприятий. Со стороны клинико-биохимических анализов нарушений не отмечаются.</p> <p>По шкале Карновского 41 до 70% ECOG-ВОЗ 2-3 балл.</p>	<p>самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II-III ст.</p>	II группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
IV степень	<p>Инкурабельность рака толстой кишки со стадией заболевания T1-4N1-3M0 и/или T1-4N1-3M1 с локализацией опухоли в одном из отделов толстой кишки, выраженными явлениями раковой интоксикаций, канцероматоз, кахексии, асцит, желтуха, симптомы кишечной непроходимости. В отдаленные сроки наличие рецидива заболевания.</p> <p>Неоперабельный рецидив опухоли или выявление отдаленных метастазов, нарушение дыхания.</p> <p>Тяжелое общее состояние больного после паллиативного лечения ввиду распространенности опухолевого процесса.</p> <p>Выраженные нарушения клинико-биохимических показателей, тяжелая степень анемии, билирубинемии, снижение показателя общего белка, нарушение функций внутренних органов. При наличии инкурабельности больного и применение наркотических обезболивающих.</p> <p>По шкале Карновского 10 до 30% ECOG-ВОЗ 4 балл.</p>	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа
2.13.5. Определение ограничения жизнедеятельности при раке легкого. (МКБ С18)			
II степень	<p>Больные с T1-3N0-1M0 стадии раком легкого, высокодифференцированные формы опухоли или больные с 0 стадией и I A стадии в основном после операции лобэктомии, билобэктомии (правосторонняя или левосторонняя) и химиотерапии, лучевой терапии. Без последствий и осложнений, без признаков рецидива и метастазов опухоли через 2 года после лечения, показатели анализа крови в пределах нормы. Симптомы дыхательной недостаточности I степени. Периодически больной нуждается в проведении общеукрепляющего и симптоматического лечения. Со стороны клинико-биохимических анализов нарушений не отмечаются.</p> <p>По шкале Карновского 71 до 80% ECOG-ВОЗ 1 балл.</p>	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	<p>Больные раком легкого со стадией заболевания T1-3N0-2M0 высокодифференцированной и низкодифференцированной формы (G1-G4) или больные с 0 стадией и I A стадии в основном после операции пульмонэктомии (правосторонняя или левосторонняя) и химиотерапии, лучевой терапии. Без рецидива и метастазов опухоли. Больные, получавшие с профилактической целью химиотерапию и лучевую терапию, нуждаются в постоянном наблюдении. Больные</p>	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II-III ст.	II группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	периодически нуждаются в проведении реабилитационных мероприятий. Со стороны клинико-биохимических анализов нарушений не отмечаются. По шкале Карновского 41 до 70% ECOG-ВОЗ 2-3 балл.		
IV степень	Инкурабельность рака легкого со стадией заболевания T1-4N1-2M0 и/или T1-4N1-3M1, с выраженными явлениями раковой интоксикации, дыхательной недостаточностью, болевым синдромом, кахексии. Неоперабельный рецидив опухоли или выявление симптомов отдаленных метастазов, нарушение дыхания, кровохарканье. Тяжелое общее состояние больного после паллиативного лечения ввиду распространенности опухолевого процесса. Выраженные нарушения клинико-биохимических показателей, тяжелой степени анемии, билирубинемии, снижение показателя общего белка, нарушение функций внутренних органов. При инкурабельности больного и применение наркотических обезболевających. По шкале Карновского 10 до 30% ECOG-ВОЗ 4 балл.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа
2.13.6. Определение ограничения жизнедеятельности при раке молочной железы. (МКБ С-50)			
II степень	Больные с T1-3aN0-2M0 стадии раком молочной железы. Высокодифференцированные формы опухоли или больные с 0 стадией и IA стадии в основном после операции радикальной мастэктомии или радикальной резекции и квадрантэктомии, химиотерапии и лучевой терапии, гормонотерапии. Без последствий и осложнений, без признаков рецидива и метастазов опухоли через 1 год после лечения, показатели анализа крови в пределах нормы. Периодически больной нуждается в проведении общеукрепляющего и симптоматического лечения. Со стороны клинико-биохимических анализов нарушений не отмечаются. По шкале Карновского 71 до 80% ECOG-ВОЗ 1 балл.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Больные раком молочной железы со стадией заболевания T1-4N0-2M0 высокодифференцированной и низкодифференцированной формы (G1-G4). Больные, получавшие химиотерапию и лучевую терапию, гормонотерапию с профилактической целью нуждаются в постоянном наблюдении. Рак молочной железы 3B стадии, независимо от профессии с учетом прогноза, ближайшие	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II-III ст.	II группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	2 года признаются инвалидами второй группы. Больные периодически нуждаются в проведении реабилитационных мероприятий. По шкале Карновского 41 до 70% ECOG-ВОЗ 2-3 балл.		
IV степень	Инкурабельность рака молочной железы со стадией заболевания T1-4N1-3M1, с выраженными явлениями раковой интоксикации, полиорганной недостаточности, болевым синдромом, кахексии. Неоперабельный рецидив опухоли или выявление отдаленных метастазов. Тяжелое общее состояние больного после паллиативного лечения ввиду распространенности опухолевого процесса. Выраженные нарушения клинико-биохимических показателей, тяжелой степени анемии, билирубинемии, снижение показателя общего белка, нарушение функций внутренних органов. По шкале Карновского 10 до 30% ECOG-ВОЗ 4 балл.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа
2.13.7. Определение ограничения жизнедеятельности при раке щитовидной железы. (МКБ С-73)			
II степень	Больные с T1-3N0-2M0 стадии раком щитовидной железы. Высокодифференцированные формы опухоли или больные с 0 стадией и IA стадии в основном после операции гемитиреоидэктомии, субтотальной резекции щитовидной железы, тиреоидэктомии, фасциально-фулярном иссечении клетчатки шеи, гормонотерапии. Без последствий и осложнений, без признаков рецидива и метастазов опухоли через 1 год после лечения, показатели анализа крови в пределах нормы. Периодически больной нуждается в проведении общеукрепляющего и симптоматического лечения. Со стороны клинико-биохимических анализов нарушений не отмечаются. Послеоперационный гипотиреоз легкой степени. По шкале Карновского 71 до 80% ECOG-ВОЗ 1 балл.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Больные раком щитовидной железы со стадией заболевания T1-4N0-2M0 высокодифференцированной и низкодифференцированной формы (G1-G4) или больные с 0 стадией и IA стадии в основном после операции гемитиреоидэктомии, субтотальной резекции щитовидной железы, тиреоидэктомии, фасциально-фулярном иссечении клетчатки шеи, гормонотерапии. Без рецидива и метастазов опухоли. Больные, получавшие химиотерапию и лучевую терапию,	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II-III ст.	II группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	<p>йодтерапию, гормонотерапию с профилактической целью нуждаются в постоянном наблюдении. Больные периодически нуждаются в проведении реабилитационных мероприятий. Со стороны клинико-биохимических анализов нарушений не отмечается.</p> <p>По шкале Карновского 41 до 70% ECOG-ВОЗ 2-3 балл.</p>		
2.13.8. Определение ограничения жизнедеятельности при раке мочевого пузыря. (МКБ С-67)			
II степень	<p>Больные с T1-3N0-2M0 стадии раком мочевого пузыря, высокодифференцированные формы опухоли или больные с 0 стадией и IA стадии в основном после операции резекции мочевого пузыря, трансуретральной резекции, химиотерапии, лучевой терапии. Без последствий и осложнений, без признаков рецидива и метастазов опухоли через 1 год после лечения, показатели анализа крови в пределах нормы. Периодически больные нуждаются в проведении общеукрепляющего и симптоматического лечения. Со стороны клинико-биохимических анализов нарушений не отмечаются. Послеоперационный гипотиреоз средней степени.</p> <p>По шкале Карновского 71 до 80% ECOG-ВОЗ 1 балл.</p>	<p>самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.</p>	III группа
IV степень	<p>Инкурабельность рака мочевого пузыря со стадией заболевания T1-4N1-3M1, с выраженными явлениями раковой интоксикаций, прорастанием опухоли на подлежащие ткани и органы, болевым синдромом, выявление симптомов отдаленных метастазов, уремия.</p> <p>Тяжелое общее состояние больного после паллиативного лечения ввиду распространенности опухолевого процесса.</p> <p>Выраженные нарушения клинико-биохимических показателей, тяжелой степени анемии.</p> <p>По шкале Карновского 10 до 30% ECOG-ВОЗ 4 балл.</p>	<p>самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.</p>	I группа
2.13.9. Определение ограничения жизнедеятельности при раке яичников. (МКБ С-56)			
I степень	<p>Больные раком яичников, получавшие радикальное лечение, без последствий и осложнений, при отсутствии рецидива и метастазов опухоли через 1 год после лечения. Стадии заболевания T1N0-1M0, T2-3N0-1M0. Высокодифференцированные формы опухоли или больные с 0-I стадии в основном после опера-</p>	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	<p>ции надвлагалищная ампутация матки с придатками, резекция большого сальника, экстирпация матки с придатками и резекция большого сальника. Больные без признаков рецидива и метастаза опухоли. Со стороны клинико-биохимических анализов нарушений не отмечаются. При отсутствии посткастрационного синдрома.</p> <p>По шкале Карновского 80 до 100% ECOG-ВОЗ 0-1 балл.</p>		
II степень	<p>Высокодифференцированные формы опухоли или больные с IA стадией в основном после операции надвлагалищной ампутации матки с придатками, резекции большого сальника, экстирпации матки с придатками и резекции большого сальника, химиотерапии. Без последствий и осложнений, без признаков рецидива и метастазов опухоли через 1 год после лечения, показатели анализа крови в пределах нормы, при наличии посткастрационного синдрома больные нуждаются в проведении общеукрепляющего и симптоматического лечения. Со стороны клинико-биохимических анализов нарушений не отмечаются.</p> <p>По шкале Карновского 71 до 80% ECOG-ВОЗ 1 балл.</p>	<p>самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.</p>	III группа
III степень	<p>Больные раком яичников со стадией заболевания T1-3N0-2M0 высокодифференцированной и низкодифференцированной формы (G1-G4) или больные в основном после операции надвлагалищной ампутации матки с придатками, резекции большого сальника, экстирпации матки с придатками и резекции большого сальника, химиотерапии и рецидива и метастазов опухоли. Больные, получавшие химиотерапию и лучевую терапию с профилактической целью нуждаются в постоянном наблюдении в течение 1 года. Больные периодически нуждаются в проведении реабилитационных мероприятий. Со стороны клинико-биохимических анализов нарушений не отмечаются.</p> <p>По шкале Карновского 41 до 70% ECOG-ВОЗ 2-3 балл.</p>	<p>самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II-III ст.</p>	II группа
IV степень	<p>Инкурабельность рака яичников со стадией заболевания T1-3N0-1M1, с выраженными явлениями раковой интоксикаций, прорастанием опухоли на соседние ткани и органы, канцероматоз, болевой синдром, кахексии, нарушение мочеиспускания. Неоперабельный рецидив опухоли или выявление симптомов отдаленных метастазов. Тяжелое общее состояние больного после паллиативного лечения ввиду распространенности опухолевого процесса.</p>	<p>самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.</p>	I группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	Выраженные нарушения клинико-биохимических показателей, тяжелой степени анемии, нарушение функций внутренних органов. По шкале Карновского 10 до 30% ECOG-ВОЗ 4 балл.		
2.13.10. Определение ограничения жизнедеятельности при раке шейки матки. (МКБ С-53)			
I степень	Больные раком шейки матки, получавшие радикальное лечение, без последствий и осложнений, при отсутствии рецидива и метастазов опухоли через 1 год после лечения. Стадии заболевания T1N0-1M0, T2N0M0. Высокодифференцированные формы опухоли или больные с 0 стадией и IA стадии в основном после операции Вертгейма (расширенной экстирпации матки с придатками). Больные без признаков рецидива и метастаза опухоли. Со стороны клинико-биохимических анализов нарушений не отмечаются. По шкале Карновского 80 до 100% ECOG-ВОЗ 0-1 балл.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Больные с T1-2N0-2M0 стадии раком шейки матки, высокодифференцированные формы опухоли или больные с 0 стадией и IA стадии в основном после операции Вертгейма (расширенной экстирпации матки с придатками), химиотерапии, сочетанной лучевой терапии. Без последствий и осложнений, без признаков рецидива и метастазов опухоли через 1 год после лечения, показатели анализа крови в пределах нормы. Периодически больные нуждаются в проведении общеукрепляющего и симптоматического лечения. Со стороны клинико-биохимических анализов нарушений не отмечаются. При посткастрационном синдроме легкой степени. При снижении или потери профессии. По шкале Карновского 71 до 80% ECOG-ВОЗ 1 балл.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.;	III группа
III степень	Больные раком шейки матки со стадией заболевания T1-3N0-2M0 высокодифференцированной и низкодифференцированной формы (G1-G4) или больные с ПБ, ПА, ПБ стадии в основном после операции Вертгейма (расширенной экстирпации матки с придатками), химиотерапии, сочетанной лучевой терапии. Больные, получавшие химиотерапию и сочетанную лучевую терапию с профилактической целью, нуждаются в постоянном наблюдении. Больные периодически нуждаются в проведении реабилитационных мероприятий. Со стороны клинико-биохимических анализов нарушений не отмечается. При наличии ятрогенных осложнений. По шкале Карновского 41 до 70% ECOG-ВОЗ 2-3 балл.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II-III ст.	II группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
IV степень	<p>Инкурабельность рака шейки матки со стадией заболевания T1-4N0-2M1 (IV стадия), с выраженными явлениями раковой интоксикации, прорастанием опухоли на соседние ткани и органы, канцероматоз, болевой синдром, кахексия, нарушение мочевыделения, кишечная непроходимость, образование свищей с органами малого таза, отек нижних конечностей. При инкурабельности большого и применении наркотических обезболевających.</p> <p>Неоперабельный рецидив опухоли или выявление отдаленных метастазов.</p> <p>Тяжелое общее состояние больного после паллиативного лечения ввиду распространенности опухолевого процесса.</p> <p>Выраженные нарушения клинико-биохимических показателей, тяжелой степени анемии, билирубинемии, снижение показателя общего белка, нарушение функций внутренних органов.</p> <p>По шкале Карновского 10 до 30% ECOG-ВОЗ 4 балл.</p>	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа
2.13.11. Определение ограничения жизнедеятельности при раке тела матки. (МКБ С-54)			
I степень	<p>Больные раком тела матки, получавшие радикальное лечение, без последствий и осложнений, при отсутствии рецидива и метастазов опухоли через 1 год после лечения. Стадии заболевания T1N0-1M0, T2N0-1M0. Высокодифференцированные формы опухоли или больные с 0 стадией и IA стадии после операции экстирпации матки с придатками и лимфаденэктомии, расширенная экстирпация матки с придатками, химиотерапия, лучевой терапия и гормонотерапия. Больные без признаков рецидива и метастаза опухоли. Со стороны клинико-биохимических анализов нарушений не отмечается.</p> <p>По шкале Карновского 80 до 100% ECOG-ВОЗ 0-1 балл.</p>	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	<p>Больные раком тела матки T1-2N0-2M0 стадии. Высокодифференцированные формы опухоли или больные с III стадией в основном после операции экстирпации матки с придатками, лимфаденэктомии, расширенная экстирпация матки с придатками, химиотерапия, лучевая терапия и гормонотерапия. Без последствий и осложнений, без признаков рецидива и метастазов опухоли через 1 год после лечения. Периодически больные нуждаются в проведении общеукрепляющего и симптоматического лечения. Со стороны клинико-биохимических анализов нарушений не отмечается.</p>	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	По шкале Карновского 71 до 80% ECOG-ВОЗ 1 балл.		
III степень	<p>Больные раком тела матки со стадией заболевания T1-3N0-2M0 высокодифференцированной и низкодифференцированной формы (G1-G4) или больные с 0 стадией и IA стадии в основном после операции Вертгейма (расширенной экстирпации матки с придатками), экстирпации матки с придатками и лимфаденэктомии, химиотерапии, гормонотерапии, химиотерапии в сочетании с лучевой терапией. Ограничение тяжелого физического труда. Больные, получавшие химиотерапию, гормонотерапию и сочетанную лучевую терапию, с профилактической целью нуждаются в постоянном наблюдении в течение 1 года. Больные периодически нуждаются в проведении реабилитационных мероприятий. Со стороны клинико-биохимических анализов нарушений не отмечаются.</p> <p>По шкале Карновского 41 до 70% ECOG-ВОЗ 2-3 балл.</p>	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II-III ст.	II группа
IV степень	<p>Инкурабельность рака тела матки со стадией заболевания T1-4N0-2M1 (IV стадия), с выраженными явлениями раковой интоксикации, прорастанием опухоли на соседние ткани и органы, асцит, канцероматоз, болевой синдром, кахексии при IV стадии, нарушение мочеиспускания, дыхательная недостаточность, кишечная непроходимость, образование свищей с органами малого таза, отек нижних конечностей.</p> <p>Неоперабельный рецидив опухоли или выявлении симптомов отдаленных метастазов, уремия.</p> <p>Тяжелое общее состояние больного после паллиативного лечения ввиду распространенности опухолевого процесса.</p> <p>Выраженные нарушения клинико-биохимических показателей, тяжелой степени анемии, билирубинемии, снижение показателя общего белка, нарушение функций внутренних органов. При наличии инкурабельности больного и применение наркотических обезболивающих.</p> <p>По шкале Карновского 10 до 30% ECOG-ВОЗ 4 балл.</p>	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа
2.13.12. Определение ограничения жизнедеятельности при раке кожи. (МКБ С-44)			
I степень	Больные раком кожи, получавшие радикальное лечение, без последствий и осложнений, при отсутствии рецидива и метастазов опухоли через 1 год после лечения. Стадии заболевания T1-4N0-1M0. Высокодифференцированные формы	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	<p>опухоли или больные с 0 стадией и IA стадии в основном после операции иссечения опухоли с лимфаденэктомией, химиотерапии, лучевой терапии. Больные без признаков рецидива и метастаза опухоли. Со стороны клинико-биохимических анализов нарушений не отмечаются.</p> <p>По шкале Карновского 80 до 100% ECOG-ВОЗ 0-1 балл.</p>		
II степень	<p>Больные с T1-4N0-1M0 стадии раком кожи. В основном после операции широкого иссечения опухоли с лимфаденэктомией, химиотерапии, лучевой терапии. Без последствий и осложнений, без признаков рецидива и метастазов опухоли через 1 год после лечения. Периодически больные нуждаются в проведении общеукрепляющего и симптоматического лечения. Со стороны клинико-биохимических анализов нарушений не отмечаются.</p>	<p>самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.</p>	III группа
III степень	<p>Больные раком кожи со стадией заболевания T1-4N0-2M0 (III стадия). В основном после операции широкого иссечения опухоли с лимфаденэктомией, химиотерапии, лучевой терапии. При прорастании опухоли на подлежащие мягкие ткани и кости рекомендуется калечащая операция (ампутация и экзартикуляция конечностей). Больные, получавшие химиотерапию и сочетанную лучевую терапию с профилактической целью, нуждаются в постоянном наблюдении в течение 1 года. Больные периодически нуждаются в проведении реабилитационных мероприятий. Со стороны клинико-биохимических анализов нарушений не отмечаются.</p>	<p>самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II-III ст.</p>	II группа
IV степень	<p>Инкурабельность рака кожи со стадией заболевания T1-4N0-2M1 (IV стадия), с выраженными явлениями раковой интоксикации, болевым синдромом, отеком пораженной конечности. Неоперабельный рецидив опухоли или выявление отдаленных метастазов. Тяжелое общее состояние больного после паллиативного лечения ввиду распространенности опухолевого процесса.</p> <p>Выраженные нарушения клинико-биохимических показателей, тяжелой степени анемии, билирубинемия, снижение показателя общего белка, нарушение функций внутренних органов. При наличии инкурабельности больного и применение наркотических обезболевющих.</p> <p>По шкале Карновского 10 до 30% ECOG-ВОЗ 4 балл.</p>	<p>самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.</p>	I группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
2.13.13. Определение ограничения жизнедеятельности при меланоме. (рак кожи) (МКБ С-43)			
III степень	Больные с меланомой со стадией заболевания T1-4N0-2M0. В основном после операции широкого иссечения опухоли с лимфаденэктомией, химиотерапии, лучевой терапии. На период активного лечения с учетом особенностей данной опухоли при первичном освидетельствовании устанавливается 2 группа инвалидности. Со стороны клинико-биохимических анализов нарушений не отмечается.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II-III ст.	II группа
IV степень	Меланома со стадией заболевания T1-4N0-2M1 (IV стадия), с выраженными явлениями раковой интоксикации, болевым синдромом, кахексией, отеком пораженной конечности. Неоперабельный рецидив опухоли или выявление симптомов отдаленных метастазов. Тяжелое общее состояние больного после паллиативного лечения ввиду распространенности опухолевого процесса. Выраженные нарушения клинико-биохимических показателей, тяжелой степени анемия, билирубинемия, снижение показателя общего белка, нарушение функций внутренних органов. При наличии инкурабельности больного и применение наркотических обезболевających. По шкале Карновского 10 до 30% ECOG-ВОЗ 4 балл.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа
2.13.14. Определение ограничения жизнедеятельности при лимфогранулематозе и болезни Ходжкина. (МКБ С81-96)			
I степень	Больным с I стадией лимфогранулематоза после полного курса лечения по радикальной программе и достижения полной и длительной ремиссии. По шкале Карновского 80 до 100% ECOG-ВОЗ 0-1 балл.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Больными с I и II стадиями лимфогранулематоза после полного курса лечения по радикальной программе и достижения полной и длительной ремиссии, при наличии противопоказанных факторов в характере и условиях труда, из-за ограничения способности к трудовой деятельности I степени. По шкале Карновского 71 до 80% ECOG-ВОЗ 1 балл.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Определяют больным с выраженными стойкими нарушениями функций (III и IV стадиями заболевания), приведшими к ограничению способности к самообслуживанию II степени и самостоятельному передвижению II степени, трудо-	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.;	II группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	вой деятельности II и III степеней в связи с необходимостью проведения длительного лечения токсичными препаратами и ввиду неясности прогноза. По шкале Карновского 41 до 70% ECOG-ВОЗ 2-3 балл.	трудовой деятельности — II-III ст.	
2.13.15. Определение ограничения жизнедеятельности при раке губы. (МКБ С00)			
I степень	Больные раком губы, получившие радикальное лечение, без последствий и осложнений, при отсутствии рецидива и метастазов опухоли через 1 год после лечения. Стадии заболевания T1-2N0M0. В основном, после операции резекции губы с химиолучевой терапией. Больные без признаков рецидива и метастаза опухоли. Со стороны клинико-биохимических анализов нарушений не отмечается. По шкале Карновского 80 до 100% ECOG-ВОЗ 0-1 балл.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Больные T1-2N0-1M0 стадии рака губы. В основном после радикальной операции, химиолучевой терапии. Без последствий и осложнений, без признаков рецидива и метастазов опухоли через 1 год после лечения. Периодически больные нуждаются в проведении общеукрепляющего и симптоматического лечения. Со стороны клинико-биохимических анализов нарушений не отмечается. По шкале Карновского 71 до 80% ECOG-ВОЗ 1 балл.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Больные раком губы со стадией заболевания T1-4N0-2M0. В основном, после операции широкого иссечение опухоли с лимфоаденэктомией, химио-лучевой терапии. При прорастании опухоли на подлежащие мягкие ткани и кости рекомендуется калечащая операция (резекция челюсти). Ограничение тяжелого физического труда. Больные, получавшие химиотерапию и сочетанную лучевую терапию с профилактической целью, нуждаются в постоянном наблюдении в течение 1 года. Больные периодически нуждаются в проведении реабилитационных мероприятий. Со стороны клинико-биохимических анализов нарушений не отмечаются. По шкале Карновского 41 до 70% ECOG-ВОЗ 2-3 балл.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II-III ст.	II группа
2.13.16. Определение ограничения жизнедеятельности при раке полости рта. (МКБ С-04)			
I степень	Больные раком полости рта, получавшие радикальное лечение, без последствий и осложнений, при отсутствии рецидива и метастазов опухоли через 1 год после лечения. Стадия заболевания T1N0M0. В основном, после операции ре-	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	<p>зекции языка с опухолью и химиотерапии. Больные без признаков рецидива и метастазов опухоли. Со стороны клинико-биохимических анализов нарушений не отмечается.</p> <p>По шкале Карновского 80 до 100% ECOG-ВОЗ 0-1 балл.</p>		
II степень	<p>Больные с T1-4N0-1M0 стадии рака полости рта. В основном, после радикальной операции, химиолучевой терапии без последствий и осложнений, без признаков рецидива и метастазов опухоли через 1 год после лечения. Периодически больные нуждаются в проведении общеукрепляющего и симптоматического лечения. Со стороны клинико-биохимических анализов нарушений не отмечается. По шкале Карновского 71 до 80% ECOG-ВОЗ 1 балл.</p>	<p>самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.</p>	III группа
III степень	<p>Больные раком полости рта со стадией заболевания T1-4N0-2M0. В основном, после операции широкого иссечения опухоли с лимфаденэктомией, химио-, лучевой терапии. При прорастании опухоли на подлежащие мягкие ткани и кости рекомендуется калечащая операция (резекция челюсти.) Ограничение тяжелого физического труда. Больные, получавшие химиотерапию и сочетанную лучевую терапию, с профилактической целью нуждаются в постоянном наблюдении в течение 1 года. Больные периодически нуждаются в проведении реабилитационных мероприятий. Со стороны клинико-биохимических анализов нарушений не отмечается. По шкале Карновского 41 до 70% ECOG-ВОЗ 2-3 балл.</p>	<p>самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II-III ст.</p>	II группа
IV степень	<p>Инкурабельность при раке полости рта со стадией заболевания T1-4N0-2M1 (IV стадия) с выраженными явлениями раковой интоксикации, распадом опухоли, болевым синдромом, кахексией.</p> <p>Неоперабельный рецидив опухоли или выявление симптомов отдаленных метастазов. Тяжелое общее состояние больного после паллиативного лечения ввиду распространенности опухолевого процесса.</p> <p>Выраженные нарушения клинико-биохимических показателей, тяжелой степени анемии, билирубинемии, снижение показателя общего белка, нарушение функций внутренних органов. По шкале Карновского 10 до 30% ECOG-ВОЗ 4 балл.</p>	<p>самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.</p>	I группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
2.13.17. Определение ограничения жизнедеятельности при раке глотки (носоглотка, ротоглотка, гортаноглотка и гортань.) (МКБ C09-14)			
II степень	Больные с раком глотки со стадией заболевания T1-4N0-1M0, в основном, после радикальной операции, химио-, лучевой терапии без последствий и осложнений, без признаков рецидива и метастазов опухоли через 1 год после лечения. Периодически больные нуждаются в проведении общеукрепляющего и симптоматического лечения. Со стороны клинико-биохимических анализов нарушений не отмечается. По шкале Карновского 71 до 80% ECOG-ВОЗ 1 балл.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Больные раком глотки со стадией заболевания T1-4N0-2M0. В основном, после операции широкого иссечения опухоли с лимфаденэктомией, химио-, лучевой терапии. При прорастании опухоли на подлежащие мягкие ткани и соседние органы рекомендуется калечащая операция (резекция шейного отдела пищевода, резекция щитовидной железы). Ограничение тяжелого физического труда. Больные, получавшие химиотерапию или сочетанную лучевую терапию, с профилактической целью нуждаются в постоянном наблюдении в течение 1 года. Больные периодически нуждаются в проведении реабилитационных мероприятий. Со стороны клинико-биохимических анализов нарушений не отмечается. По шкале Карновского 41 до 70% ECOG-ВОЗ 2-3 балл.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II-III ст.	II группа
IV степень	Инкурабельность при раке глотки со стадией заболевания T1-4N0-2M1 (IV стадия) с выраженными явлениями раковой интоксикации, распадом опухоли, болевым синдромом, кахексией. Неоперабельный рецидив опухоли или выявление симптомов отдаленных метастазов. Тяжелое общее состояние больного после паллиативного лечения ввиду распространенности опухолевого процесса. Выраженные нарушения клинико-биохимических показателей, тяжелой степени анемии, билирубинемии, снижение показателя общего белка, нарушение функций внутренних органов. По шкале Карновского 10 до 30% ECOG-ВОЗ 4 балл.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа
2.13.18. Определение ограничения жизнедеятельности при опухолях костей. (МКБ C40)			
II степень	Больные со злокачественными опухолями трубчатых костей, получавшие радикальное лечение в объеме органосохраняющего лечения, и локализации	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.;	III группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	опухоли в плоских костях T1-3N0M0, высокодифференцированная форма после радикальных операций, химиотерапии без последствий и осложнений, без признаков рецидива и метастазов опухоли через 2 года после лечения, показатели анализа крови в пределах нормы. Периодически больной нуждается в проведении контрольного наблюдения. По шкале Карновского 71 до 80% ECOG-ВОЗ 1 балл.	контролю своего поведения — I ст.; обучению — I ст.	
III степень	Больные со злокачественными опухолями трубчатых костей, получавшие радикальное лечение в объеме органосохраняющего лечения и локализации опухоли в плоских костях T1-3N0M0, высокодифференцированная форма после радикальных операций, химиотерапии, с последствиями и осложнениями, рецидива и метастазов опухоли. Большие костные дефекты, требующие длительной иммобилизации после операции для надежного вживления и замещения ауто- или аллотрансплантата, а также осложнениях эндопротезирования.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II-III ст.	II группа
III степень	Инкурабельные опухоли костей скелета, с отдаленными метастазами, больные нуждающиеся в постороннем уходе. По шкале Карновского от 10 до 30% ECOG-ВОЗ 4 балла.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — III ст.;	I группа
2.13.19. Определение ограничения жизнедеятельности при раке почки. (МКБ С 64-65)			
II степень	Больные с T1-3N0-2M0 стадий раком почки, в основном, после операции нефрэктомии почки, химиотерапии, лучевой терапии без последствий и осложнений, без признаков рецидива и метастазов опухоли через 2 года после лечения, показатели анализа крови в пределах нормы. Периодически больные нуждаются в проведении общеукрепляющего и симптоматического лечения. Со стороны клинико-биохимических анализов нарушений не отмечается. По шкале Карновского 71 до 80% ECOG-ВОЗ 1 балл.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Больные с инвазивным раком почки со стадией заболевания T1-3N0-2M0 или больные с 0 стадией и IA стадий в основном после операции резекции полюса почки, нефрэктомии, химиотерапии, лучевой терапии без рецидива и метастазов опухоли, а также лицам, перенесшим расширенную нефрэктомию или нефрэктомию с одновременной резекцией другого органа, подход должен быть строго индивидуальным.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II, III ст.	II группа
IV степень	Инкурабельность рака почки, необходимость постоянного постороннего ухода за больным. По шкале Карновского 71 до 80% ECOG-ВОЗ 1 балл.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
2.13.20. Определение ограничения жизнедеятельности при раке предстательной железы. (МКБ 61)			
II степень	<p>Больные, в основном, после операции простатэктомии, двусторонняя орхэктомия, гормонотерапия, системная полихимиотерапии, лучевой терапии, брахитерапии. Без последствий и осложнений, без признаков рецидива и метастазов опухоли через 1 год после лечения, показатели анализа крови в пределах нормы. Периодически больные нуждаются в проведении общеукрепляющего и симптоматического лечения. Со стороны клинико-биохимических анализов нарушений не отмечается. Лица, занятые в противопоказанных видах и условиях труда признаются инвалидами 3 группы.</p> <p>По шкале Карновского 71 до 80% ECOG-ВОЗ 1 балл.</p>	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	<p>Больные инвазивным раком предстательной железы, в основном, после операции двусторонней орхэктомии, гормонотерапии, системной полихимиотерапии, лучевой терапии, брахитерапии, рецидива и метастазов опухоли. Больные, получавшие химиотерапию и лучевую терапию, с профилактической целью нуждаются в постоянном наблюдении в течение 1 года. Больные периодически нуждаются в проведении реабилитационных мероприятий. Со стороны клинико-биохимических анализов нарушений не отмечается.</p> <p>По шкале Карновского 41 до 70% ECOG-ВОЗ 2-3 балл.</p>	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II, III ст.	II группа
IV степень	<p>Инкурабельность рака предстательной железы выраженными явлениями раковой интоксикации, прорастанием опухоли на подлежащие ткани и органы, болевым синдромом, кахексией, нарушением мочевого выделения.</p> <p>Неоперабельный рецидив опухоли или выявление симптомов отдаленных метастазов, уремия, хроническая почечная недостаточность.</p> <p>Тяжелое общее состояние больного после паллиативного лечения ввиду распространенности опухолевого процесса.</p> <p>Выраженные нарушения клинико-биохимических показателей, тяжелой степени анемии, уровень мочевины в крови, билирубинемии, снижение показателя общего белка, нарушение функций внутренних органов, при наличии инкурабельности больного и применение наркотических обезболевających.</p> <p>По шкале Карновского 10 до 30% ECOG-ВОЗ 4 балл.</p>	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
2.13.21. Определение ограничения жизнедеятельности при раке яичка. (МКБ С 62)			
II степень	<p>Больные раком яичка высокодифференцированные формы опухоли или больные после операции орхофуникулэктомии, операции Шевассю, профилактической полихимиотерапии, лучевой терапии. Без последствий и осложнений, без признаков рецидива и метастазов опухоли через 1 год после лечения, показатели анализа крови в пределах нормы. Периодически больные нуждаются в проведении общеукрепляющего и симптоматического лечения. Со стороны клинико-биохимических анализов нарушений не отмечаются. Лица, занятые в противопоказанных видах и условиях труда признаются инвалидами 3 группы. По шкале Карновского 71 до 80% ECOG-ВОЗ 1 балл.</p>	<p>самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.</p>	III группа
III степень	<p>Больные раком яичка высокодифференцированной и низкодифференцированной формы (G1-G4) или больные, в основном, после операции орхофуникулэктомии, операция Шевассю, полихимиотерапии, лучевой терапии и при наличии рецидива и метастазов опухоли. Больные, получавшие химиотерапию и лучевую терапию с профилактической целью, нуждаются в постоянном наблюдении в течение 1 года. Больные периодически нуждаются в проведении реабилитационных мероприятий. Со стороны клинико-биохимических анализов нарушений не отмечается. По шкале Карновского 41 до 70% ECOG-ВОЗ 2-3 балл.</p>	<p>самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II, III ст.</p>	II группа
IV степень	<p>Инкурабельность рака яичка с выраженными явлениями раковой интоксикации, прорастанием опухоли на соседние ткани и органы, асцит, канцероматоза, болевого синдрома, кахексия. Неоперабельный рецидив опухоли или выявление симптомов отдаленных метастазов. Тяжелое общее состояние больного после паллиативного лечения ввиду распространенности опухолевого процесса. Выраженные нарушения клинико-биохимических показателей, тяжелой степени анемии, билирубинемии, снижение показателя общего белка, нарушение функций внутренних органов. При наличии инкурабельности больного и применение наркотических обезболевających. По шкале Карновского 10 до 30% ECOG-ВОЗ 4 балл.</p>	<p>самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.</p>	I группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
<p align="center">2.14. Последствия травм опорно-двигательного аппарата</p> <p>Травма — результат воздействия на организм человека повреждающего фактора внешней среды, нарушающего анатомическую целостность тканей и органов, физиологические процессы, протекающие в них, и функцию опорно-двигательного аппарата.</p> <p align="center">Травма позвоночника. (МКБ TS00-S39)</p>			
<p align="center">2.14.1. Последствия травм шейного отдела позвоночника (S10-19)</p>			
I степень	<p>Субъективно: незначительные боли в шейном отделе позвоночника.</p> <p>Объективно: движение не ограничено, пальпаторно незначительная болезненность по паравертебральным точкам. Неврологических нарушений нет.</p> <p>На рентгенограмме компрессионный перелом тела позвонка I степени.</p>	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	<p>Субъективно: боли в шейном отделе позвоночника, ограничение сгибания и боковых поворотов шеи, болезненность по паравертебральным точкам.</p> <p>Объективно: сгибание и боковые повороты шеи ограничены, пальпаторно болезненность по паравертебральным точкам. Неврологические нарушения легкой степени, пара- или тетрапарез, сила мышц более 3 баллов, гиперрефлексия в верхних и нижних конечностях, непостоянные стопные патологические рефлексы.</p> <p>На рентгенограмме и МРТ или КТ компрессионный перелом тела позвонка II степени, выпрямление шейного лордоза, легкое сужение позвоночного канала.</p>	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	<p>Субъективно: постоянные ноющие сильные боли в шейном отделе позвоночника с иррадиацией болей в верхние конечности, онемение и слабость в руке, ограничение всех движений шеи во все стороны.</p> <p>Объективно: движение в шее резко ограничено до 30 градусов, пальпаторно резкая болезненность по паравертебральным точкам и по остистым отросткам. В невростатусе: онемение, слабость в руках по ходу нервных корешков, нарушение двигательных или чувствительных сфер верхних конечностей типа пареза средней степени, сила мышц 2-3 балла, тонус мышц повышен по спастическому типу с ног, патологические стопные рефлексы.</p> <p>На рентгенограмме и МРТ или КТ компрессионный перелом тела позвонка III степени, несросшийся перелом (или неправильно сросшийся) дуги или суставных отростков, подвывихи (нестабильность), сужение позвоночного канала за счет спаечного процесса.</p>	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II-III ст.	II группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
IV степень	<p>Субъективно: значительные стойкие сильные боли в шейном отделе позвоночника и ограничение всех движений в шее, отсутствие чувствительности и движения в конечностях на уровне пораженного сегмента.</p> <p>Объективно: движение в шее резко ограничено до 10 — 15 градусов, пальпаторно резкая болезненность по паравертебральным точкам шеи, отмечается грубая деформация в поврежденном сегменте. В невростатусе: чувствительность и движение в конечностях отсутствует (тетраплегия) ниже уровня пораженного сегмента. Нарушение функции тазовых органов по центральному типу, тонус мышц значительно повышен, патологические стопные рефлексы, клонус стоп и коленной чашечки.</p> <p>На рентгенограмме и МРТ или КТ: переломо-вывих, вторичный стеноз позвоночного канала, локальный кифоз, признаки сдавления (или анатомического перерыва) спинного мозга, грубые спаечные процессы, атрофия спинного мозга.</p>	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.; ориентации — III ст.; контролю своего поведения — III ст.	I группа
2.14.2. Последствия травм грудного отдела позвоночника (МКБ S20-29)			
I степень	<p>Субъективно: незначительные боли в грудном отделе позвоночника.</p> <p>Объективно: движение неограниченно, пальпаторно незначительная болезненность по паравертебральным точкам. Неврологических нарушений нет.</p> <p>На рентгенограмме компрессионный перелом тела позвонка I-II степеней.</p>	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	<p>Субъективно: боли в грудном отделе позвоночника, усиливающиеся при движении, быстрая утомляемость.</p> <p>Объективно: сгибание ограничено, пальпаторно болезненность по паравертебральным точкам. В невростатусе: онемение, слабость, нарушение двигательных или чувствительных сфер легкой степени, сила мышц более 3 баллов на нижних конечностях, ниже уровня поражения, сухожильная гиперрефлексия, непостоянные стопные патологические рефлексы.</p> <p>На рентгенограмме и МРТ или КТ компрессионный перелом тела позвонка II степени, легкое сужение позвоночного канала, спаечный процесс.</p>	самообслуживанию — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	<p>Субъективно: постоянные боли в грудном отделе позвоночника с иррадиацией болей в нижние конечности, онемение ног, быстрая утомляемость, задержка мочи и кала.</p> <p>Объективно: сгибание и наклоны в грудинно-поясничном отделе резко ограничены, пальпаторно болезненность по паравертебральным точкам. В невроста-</p>	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II-III ст.	II группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	<p>туше: онемение, слабость, нарушение двигательных или чувствительных сфер нижние конечности, положительные симптомы натяжения, парезы, сила мышц 2-3 балла, повышение мышечного тонуса по спастическому типу на ногах, повышение сухожильных рефлексов ног, патологические стопные рефлексы.</p> <p>На рентгенограмме и МРТ или КТ застарелый компрессионный перелом тела позвонка III степени, сужение позвоночного канала, спаечный процесс, атрофия спинного мозга на уровне пораженного сегмента, локальный кифоз или переломо-подвывихи.</p>		
IV степень	<p>Субъективно: постоянные сильные стойкие боли в грудном отделе позвоночника, отсутствие движения на уровне пораженного сегмента, преимущественно ночные боли, усиливаются при малейшем движении.</p> <p>Объективно: сгибание и наклоны в грудинно-поясничном отделе резко ограничены, невозможны из-за болей, пальпаторно болезненность по паравертебральным точкам, отмечается грубая деформация в поврежденном сегменте.</p> <p>В невростатусе: чувствительность и движение в нижних конечностях отсутствует (нижняя параплегия). Нарушение функции тазовых органов по центральному типу, сила мышц 0-1 балл, повышение мышечного тонуса по спастическому типу (с рук и ног), патологические стопные рефлексы, клонус стоп и коленных чашечек.</p> <p>На рентгенограмме и МРТ или КТ: компрессионные переломы тел позвонков IV степени или переломо-вывихи, локальный кифоз, вторичный стеноз позвоночного канала, признаки сдавления (или анатомического перерыва) спинного мозга, грубые спаечные процессы, возможно наличие осколков костей.</p>	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа
2.14.3. Последствия травм поясничного отдела позвоночника. (МКБ S 30-39)			
I степень	<p>Субъективно: незначительные боли в поясничном отделе позвоночника.</p> <p>Объективно: движение не ограничено, пальпаторно незначительная болезненность по паравертебральным точкам. Неврологических нарушений нет.</p> <p>На рентгенограмме: компрессионный перелом тела позвонка I степени.</p>	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Субъективно: боли в поясничном отделе позвоночника, усиливающиеся при движении, быстрая утомляемость.	передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	<p>Объективно: сгибание ограничено до 45 градусов, пальпаторно болезненность по паравертебральным точкам.</p> <p>В невростатусе онемение, слабость, нарушение двигательных или чувствительных сфер легкой степени, сила мышц на ногах более 3 баллов, тонус мышц слегка повышен по спастическому типу, непостоянные патологические стопные рефлекссы.</p> <p>На рентгенограмме и МРТ или КТ компрессионный перелом тела позвонка II степени, сужение позвоночного канала и спаечный процесс.</p>		
III степень	<p>Субъективно: постоянные боли в поясничном отделе позвоночника, с иррадиацией болей в нижние конечности, онемение ног, быстрая утомляемость, задержка или недержание мочи.</p> <p>Объективно: сгибание и наклоны в поясничном отделе резко ограничены, пальпаторно болезненность по паравертебральным точкам.</p> <p>В невростатусе: онемение в зоне пораженного сегмента, слабость, нарушение двигательных или чувствительных сфер в нижних конечностях, положительные симптомы натяжения, сила мышц в нижних конечностях снижена до 2-3 баллов, тонус мышц повышен по спастическому типу в ногах, повышение сухожильных рефлексов нижних конечностей, патологические стопные рефлекссы, возможно тазовые расстройства.</p> <p>На рентгенограмме и МРТ или КТ: признаки посттравматической нестабильности поврежденного сегмента, стеноз позвоночного канала, локальный кифоз, спаечный процесс на уровне пораженного сегмента.</p>	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II ст.	II группа
IV степень	<p>Субъективно: постоянные боли в поясничном отделе позвоночника, отсутствие движения в ногах, задержка мочи и кала.</p> <p>Объективно: сгибание и наклоны в поясничном отделе резко ограничено из-за резких болей, пальпаторно болезненность по паравертебральным точкам, отмечается грубая деформация в поврежденном сегменте.</p> <p>В невростатусе: чувствительность и движение в конечностях отсутствуют, сила мышц 0-1 баллов (параплегия или выраженный нижний парапарез), высокий сухожильный рефлекс нижних конечностей с расширением рефлексогенной зоны, спонтанные патологические стопные рефлекссы, клонус стопы или</p>	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	<p>коленной чашечки. Нарушение функции тазовых органов (недержание или задержка мочи, кала).</p> <p>На рентгенограмме и МРТ или КТ: компрессионные переломы тел позвонков IV степени или переломо-вывихи, локальный кифоз, вторичный стеноз позвоночного канала, признаки сдавления (или анатомического перерыва спинного мозга), грубые спаечные процессы, атрофия спинного мозга.</p>		
2.15. Дегенеративно-дистрофические поражения тазобедренных суставов (МКБ M15-M19),			
<p>Дегенеративно-дистрофические поражения суставов — это ускоренное, локальное, распространенное или генерализованное изнашивание сустава, преждевременное старение его, возникающее в результате несоответствия степени физической нагрузки функциональным возможностям сустава.</p>			
I степень	<p>Субъективно: ноющие боли в пораженном суставе, нарастающие при переходе от длительного покоя в движение.</p> <p>Объективно: умеренное ограничение ротации бедра кнаружи. Обострения процесса 1 раз в год.</p> <p>На рентгенограмме обнаруживается незначительное равномерное сужение «рентгеновской суставной щели», умеренный склероз дна и крыши вертлужной впадины.</p>	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	<p>Субъективно: ноющие ночные боли в пораженном суставе, нарастающие при переходе от длительного покоя в движение.</p> <p>Объективно: боли при разгибании, сгибании сустава, при нагрузке. Умеренное ограничение сгибания в тазобедренном суставе и ротации бедра. Обострения 2 раза в год, до 2 недель.</p> <p>На рентгенограмме обнаруживается сужение «рентгеновской суставной щели», склероз дна и крыши вертлужной впадины, краевые костные разрастания вертлужной впадины (при одностороннем поражении).</p>	передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III-IV степени	<p>Субъективно: постоянные ноющие боли в пораженном суставе в покое, нарастающие при переходе от длительного покоя в движение.</p> <p>Объективно: боли при движении суставом, при нагрузке. Ограничение сгибания и разгибания в тазобедренном суставе, приведения или отведения, ротации бедра, гипотрофия мышц.</p> <p>На рентгенограмме «рентгеновская суставная щель» резко сужена, не прослеживается на всем протяжении, значительные краевые костные разрастания верт-</p>	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II ст.	II группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	лужной впадины, головка деформирована, уплощена. Определяются кистозные изменения или явления асептического остеонекроза головки бедра. Требуется частичная помощь в самообслуживании, может передвигаться с использованием вспомогательных технических средств. На рентгенограмме «рентгеновская суставная щель» не прослеживается на всем протяжении, вертлужная впадина уплощена, заполнена костной тканью, значительные краевые костные разрастания вертлужной впадины, головка бедра значительно деформирована, уплощена, бывает смещена кнаружи и кверху. Определяются явления асептического остеонекроза головки бедра. Обострения до 1 месяца 3 раза в год.		
2.15.1. Дегенеративно-дистрофические поражения коленных суставов (МКБ М 17.1)			
I степень	Субъективно: ноющие боли в пораженном суставе, в покое и при нагрузке. На рентгенограмме обнаруживается умеренный склероз суставных поверхностей коленного сустава.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Субъективно: постоянные боли в пораженном суставе, нарастающие при движении суставом, при нагрузке. Клинически в основном проявляется одностороннее поражение сустава. Объективно: движения в коленном суставе резко ограничены, болезненны. Коленный сустав деформирован, увеличен в объеме, вальгусно или варусно отклонен. На рентгенограмме обнаруживается значительное сужение «рентгеновской суставной щели», склероз суставных поверхностей, значительные костные разрастания, снижение высоты мыщелка большеберцовой кости, коленного сустава.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III-IV степени	Субъективно: постоянные боли в обоих коленных суставах в покое и при нагрузке. Объективно: движения в обоих коленных суставах резко ограничены. Мягкие ткани значительно гипотрофированы. На рентгенограмме «рентгеновская суставная щель» не прослеживается на всем протяжении, значительные краевые костные разрастания.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II ст.	II группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
2.15.2. Сколиозы и кифосколиозы. (МКБ М41)			
Сколиоз — самая распространенная и сложная деформация позвоночника, характеризующаяся его искривлением во фронтальной плоскости. При выраженной степени сколиоза позвонки приобретают клиновидную форму. При выраженной клиновидности позвонков в передне-заднем направлении наряду со сколиотической деформацией образуется кифоз и в качестве компенсации — усиленный поясничный лордоз. Так образуется кифосколиоз. При кифосколиозе образуется реберный горб. По мере нарастания деформации позвоночника присоединяются дегенеративные изменения в межпозвоночных дисках (остеохондроз).			
I-II степени	Боковое отклонение позвоночного столба до 25 градусов. Клинически определяется мышечный валик из-за торсии позвоночника и небольшой реберный горб.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
III степень	Кифосколиоз III степени сопровождается стойкой выраженной деформацией грудной клетки. Угол первичной дуги искривления в пределах 25 — 40 градусов. Рентгенологически на вершине искривления и прилегающих к ней участках выявляются позвонки клиновидной формы. Кифосколиоз IV степени сопровождается тяжелым обезображиванием туловища, деформация таза, отклонением туловища, скованностью движений в позвоночнике, образованием заднего и переднего реберного горба.	передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
IV степень	Кифосколиоз IV степени сопровождается резко выраженными неврологическими нарушениями, тяжелой степенью дыхательной и сердечной недостаточности.	передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II ст.	II группа
2.15.3. Анкилозы крупных суставов. (МКБ M00-M25)			
II степень	Субъективно: отсутствие движений в пораженном суставе. Объективно: передвигается самостоятельно. Анкилоз локтевого сустава в функционально не выгодном положении — под углом менее 60 градусов или более 150 градусов или при фиксации предплечья в положение крайне пронации или крайней супинации. Анкилоз голеностопного сустава с порочным положением стопы и со значительным нарушением ходьбы и стояния. Анкилоз коленного и тазобедренного сустава в функционально выгодном положении.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.;	III группа
III степень	Субъективно: отсутствие движений в пораженном суставе. Объективно: передвигается с помощью подручных средств. Анкилоз коленного или тазобедренного сустава в функционально невыгодном	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II ст.	II группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	положении под углом менее 160 градусов и укорочение конечности на 12 см и более, при комбинированных поражениях (более двух суставов).		
IV степень	Субъективно: отсутствие движений в двух и более крупных суставах. Объективно: передвигается только с посторонней помощью. Поражение двух и более крупных суставов. Анкилоз обеих коленных или обеих тазобедренных суставов в функционально невыгодном положении под углом менее 90 градусов.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа
2.16. Остеомиелит (МКБ М86)			
Остеомиелит — это неспецифическое гнойно-воспалительное, гнойно-некротическое поражение костной ткани, костного мозга, надкостницы и окружающих мягких тканей.			
I степень	Поражение мелких костей скелета (кисти, стопы), костей предплечья. Субъективно: боли в пораженных сегментах конечностей, ограничение движений. Рентгенологически определяется зона склероза в пораженном сегменте с очагом деструкции.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II-III степени	Поражение костей таза, голени, бедра, плеча. Субъективно: умеренные боли в пораженном сегменте, ограничение функции в близлежащем суставе. Хронический остеомиелит костей скелета с продолжительными обострениями 2-3 раза в году. Наличие периодически функционирующих свищей. Рентгенологически определяется участок деструкции с разряжением костной ткани, без наличия секвестров и стойкой ремиссии.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
IV степень	Субъективно: боли в пораженном сегменте или в близлежащем суставе, наличие постоянно функционирующих свищей с обильными гнойными выделениями. Хронический остеомиелит костей скелета с продолжительными обострениями 5-6 раз в год. Наличие выраженных нарушений функций костно-мышечной системы. Рентгенологически определяется остеосклероз с участками крупных очагов деструкции с наличием секвестров.	самообслуживанию II ст.; передвижения — II ст.; трудовой деятельности — II-III ст.	II группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
2.17. Ампутационная культя верхней конечности. (МКБ Т92.6)			
Ампутация — усечение конечности на протяжении кости (костей) вместе с мягкими тканями.			
I степень	Отсутствие первых пальцев обеих кистей. Отсутствие на одной кисти четырех пальцев, исключая первый. Отсутствие на одной кисти трех пальцев, включая первый. Отсутствие на одной кисти трех пальцев, включая 1 пальца. Отсутствие на одной кисти 1 и 2 пальцев или трех других с соответствующими пястными костями.	самообслуживанию — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
II степень	Культя плеча, предплечья, отсутствие кисти с одной стороны.	самообслуживанию — II ст.; трудовой деятельности — II ст.	II группа
III-IV степени	Отсутствие всех пальцев обеих кистей, культя обоих предплечий, плеча, сочетание культи на уровне плеча или предплечья с двух сторон. Сочетание культей плеча или предплечья с культей бедра.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа
2.17.1. Ампутационная культя нижней конечности (МКБ Т93.6)			
II степен	Культя на уровне сустава Лисфранка, Шопара.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Культя бедра, голени независимо от уровня ампутации. Сочетание культей обеих голени на уровне средней и нижней трети.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II ст.	II группа
III-IV степени	Сочетание культей обеих голени на уровне верхней трети. Сочетание культи голени и верхней трети бедра. Культя обеих бедер независимо от уровня ампутации.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа
2.18. Ложный сустав (МКБ М80-85)			
Ложный сустав — это патологическая подвижность на месте бывшего перелома по истечении удвоенного среднего срока, необходимого для сращения данной кости, наличие болей. Рентгенологически определяется изоляция костномозгового канала пробками, состоящими из эбурнированного костного вещества, как правило, склероз концов смещенных отломков или щель между ними.			
2.18.1. Ложный сустав бедренной кости. МКБ М84.6			
III степень	Фиброзный ложный сустав бедренной кости. Субъективно: боли в бедрах при ходьбе.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.;	III группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	Объективно: опороспособность конечности с помощью трости. Умеренные ограничения движений в коленном и тазобедренном суставах. На рентгенограмме — фиброзное несращение костных отломков, возможно наличие металлической конструкции.	трудовой деятельности — I ст.	
IV степень	Ложный сустав бедренной кости с наличием костного дефекта. Субъективно: сильные боли в бедрах при ходьбе, невозможность наступить на конечность. Объективно: опороспособность конечности с помощью трости. Выраженные ограничения движений в коленном и тазобедренном суставах. На рентгенограмме — несращение костных отломков, образование ложного сустава, возможно наличие металлической конструкции.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II, III ст.	II группа
2.18.2. Ложный сустав большеберцовой кости. МКБ M84.6			
III степень	Субъективно: боли в области голени при длительной ходьбе, хромота. Умеренные ограничения движений в коленном и голеностопном суставах. На рентгенограмме — несращение костных отломков, образование фиброзного ложного сустава, возможно наличие металлической конструкции в большеберцовой кости.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
2.18.3. Ложный сустав обеих костей голени. МКБ M84.7			
III степень	Фиброзный ложный сустав обеих костей голени. Субъективно: боли в области голени при ходьбе, хромота. Опороспособность конечности — с помощью тьютора. Умеренные ограничения движений в коленном и голеностопном суставах. На рентгенограмме — несращение обеих костей голени, образование ложного сустава, возможно наличие металлической конструкции в большеберцовой кости.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
IV степень	Субъективно: боли в области голени при ходьбе, хромота. Опороспособность конечности — с помощью тьютора, трости или костылей. Выраженные ограничения движений в коленном и голеностопном суставах. На рентгенограмме — несращение обеих костей голени, образование костного дефекта, возможно наличие металлической конструкции в большеберцовой кости.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II ст.	II группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
2.18. 4. Ложный сустав плечевой кости. МКБ M84.3			
III степень	Субъективно: невозможность полноценно работать рукой. Умеренные боли в плечевой области при движении в плечевом и локтевом суставах. На рентгенограмме — несращение костных отломков, образование ложного сустава, возможно наличие металлической конструкции плечевой кости.	самообслуживанию — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
2.18.5. Ложный сустав костей предплечья. МКБ M84.1			
II степень	Субъективно: боли в области предплечья, невозможность полноценно работать рукой, ограничение движений. Умеренные ограничения движений в плечевом и локтевом суставах. Фиброзный ложный сустав одной из костей предплечья с умеренным нарушением функции конечности. На рентгенограмме — несращение костных отломков лучевой или локтевой кости, образование ложного сустава, возможно наличие металлической конструкции в лучевой или локтевой кости.	самообслуживанию — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Субъективно: боли в области предплечья, ограничение движений. Значительные ограничения движений в плечевом и локтевом суставах. На рентгенограмме — несращение костных отломков лучевой и локтевой кости, образование ложного сустава, возможно наличие металлической конструкции в лучевой или локтевой кости.	самообслуживанию — II ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
2.19. Болтающиеся суставы. МКБ M84.4			
III степень	Болтающийся сустав после резекции: плечевых, локтевых, тазобедренных, коленных суставов. Укорочение конечности более чем на 7 см после резекции.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
2.20. Врожденный привычный вывих надколенника (МКБ M22)			
II степень	Субъективно: вывихивание надколенника при сгибательных движениях. На рентгенограмме в аксиальной проекции коленного сустава отмечается вывих надколенника.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
2.21. Врожденное отсутствие верхней конечности (МКБ Q71)			
III степень	Отсутствие кисти, культи плеча или предплечья. Культи кисти или предплечья, в сочетании с культей голени.	самообслуживанию — II ст.; трудовой деятельности — II ст.	II группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
IV степень	Культя обеих верхних конечностей (отсутствие всех пальцев кисти).	самообслуживанию — III ст.	I группа
2.21.1. Врожденное отсутствие нижней конечности (МКБ Q72)			
III степень	Врожденные культы бедра, голени независимо от уровня.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II, III ст.	II группа
III степень	Врожденная культя обеих бедер независимо от уровня. Врожденная культя обеих голени на уровне верхней трети.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа
2.22. Определение ограничения жизнедеятельности при последствиях переломов бедренной кости (МКБ.T93.1) (Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин)			
I степень	При клиническом осмотре функция тазобедренных и коленных суставов сохранены, атрофии мышц бедра и голени не наблюдается. Рентгенологически — определяется правильно сросшийся перелом верхней, средней и нижней трети бедренной кости.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	При клиническом осмотре функция тазобедренного и коленного суставов умеренно ограничены, отмечается гипотрофия мышц бедра и голени. Укорочение конечностей до 11 см. Рентгенологически определяется неправильно сросшийся перелом верхней, средней и нижней трети бедренной кости. Нарушения функции ходьбы и стояния (контрактура) I-й степени при умеренном болевом синдроме.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III-IV степени	При клиническом осмотре функция тазобедренного и коленного суставов резко ограничены, имеется выраженная атрофия мышц бедра. Нарушения функции ходьбы и стояния 2-й степени, наличие выраженного болевого синдрома. Укорочение конечностей на 12 см и более с нуждаемостью в сложной ортопедической обуви. Рентгенологически определяются ложный сустав, несрастающийся перелом, неправильно сросшийся перелом верхней, средней и нижней трети бедренной кости. Артрозы тазобедренного и коленного суставов.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II ст.	II группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
2.23. Определение ограничения жизнедеятельности при последствиях переломов костей голени (МКБ.S80-S89) (Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин)			
I степень	При клиническом осмотре функция коленного и голеностопного суставов сохранены, гипотрофии мышц голени не наблюдается. Рентгенологически — определяется правильно сросшийся перелом верхней, средней и нижней трети костей голени.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	При клиническом осмотре функция коленного и голеностопного суставов умеренно ограничены, отмечается гипотрофия мышц голени. Рентгенологически определяется неправильно сросшийся перелом верхней, средней и нижней трети костей голени.	передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III-IV степени	При клиническом осмотре функция коленного и голеностопного сустава резко ограничены, имеется атрофия мышц голени в сочетании с деформирующим артрозом крупного сустава 3 степени другой нижней конечности. Рентгенологически определяются ложные суставы, несрастающиеся переломы верхней, средней и нижней трети костей голени. Артрозы коленного и голеностопного суставов, связанные с травмой.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II ст.	II группа
2.24. Определения ограничения жизнедеятельности при последствиях переломах костей таза (МКБ S30-S39)			
I степень	При клиническом осмотре функция тазобедренного сустава сохранена, атрофии ягодичных мышц не наблюдается. Укорочение конечности отсутствует. Рентгенологически — определяется правильно сросшийся краевой перелом костей таза, не участвующих в образовании тазового кольца.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	При клиническом осмотре отмечается контрактура тазобедренного сустава и болевой синдром, умеренное ограничение движения и гипотрофия ягодичных мышц. Рентгенологически определяются неправильно сросшиеся переломы костей, седалищных бугров, копчика, поперечный перелом крестца ниже крестцово-подвздошного сочленения, переломы подвздошной кости, без нарушения непрерывности тазового кольца.	передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III-IV степени	При клиническом осмотре функция тазобедренного сустава выражено ограничена, отмечается атрофия ягодичных мышц и мышц бедра. Отмечается утиная походка.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II ст.	II группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	Рентгенологически определяются несрастающиеся переломы, костей, седалищных бугров, копчика, поперечный перелом крестца ниже крестцово-подвздошного сочленения, переломы подвздошной кости, с нарушением непрерывности тазового кольца. Опорная функция таза утрачена.		
2.25. Глазные болезни			
2.25.1. Миопическая болезнь МКБ Н00-Н59			
I степень	При миопии легкой и средней степени, снижении остроты зрения в пределах 0,3 — 1,0 с коррекцией на лучше видящем глазу.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	При прогрессирующей осложненной миопии высокой степени с начальной или развитой стадией процесса, особенно окологидрофобной, экваториальной формами заболевания или периферической хориоретинальной дистрофией. Острота зрения снижена в пределах 0,09 — 0,2 с коррекцией на лучше видящем глазу (в зависимости от профессии). При наличии заболевания на одном глазу острота зрения в пределах 0 — 0,02 с коррекцией или концентрическое сужение поля зрения до 5 градусов.	ориентации — I ст.; обучению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	При прогрессирующей осложненной миопии высокой степени, преобладают далеко зашедшая «а» и «б» стадии, преимущественно заднеполюсная или распространенная форма. Распространенная хориоретинальная дистрофия. Очаги Фукса, нередко с влажным типом процесса в макулярной зоне (отек). Острота зрения в пределах 0,04 — 0,08 с коррекцией на лучше видящем глазу.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; ориентации — II ст.; обучению — II ст.; трудовой деятельности — II, III ст.	II группа
IV степень	Более выраженная клиническая картина дегенеративных изменений по всей сетчатке с участками оголения склеры. Возможны осложнения в виде гемофтальма, отслойки сетчатки и т. д. Наличие скотом, в том числе центральных. Острота зрения снижена в пределах некорректируемой практической слепоты с остротой зрения 0 — 0,03.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.; ориентации — III ст.	I группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
2.25.2. Последствия травматического повреждения органа зрения			
I степень	Легкая степень повреждения одного или обоих глаз. При повреждении одного глаза острота зрения в пределах 0,03 — 1,0 с коррекцией. При повреждении обоих глаз снижение остроты зрения в пределах 0,3 — 1,0 с коррекцией на лучше видящем глазу.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Стойкое необратимое снижение зрения в результате тяжелого повреждения тканей глаза. Снижение остроты зрения одного глаза до 0,02 не корригирует или сужения поля зрения до 5 градусов. При поражении обоих глаз, снижения остроты зрения в пределах 0,09 — 0,2 с коррекцией на лучше видящем глазу.	ориентации — I ст.; обучению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
II степень	Последствия тяжелой травмы глаза. Стойкие тяжелые и необратимые изменения тканей глаза. Возможны рецидивирующие кровоизлияния. Снижение остроты зрения на лучше видящем глазу в пределах 0,04 — 0,08 с коррекцией.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; ориентации — II ст.; обучению — II ст.; трудовой деятельности — II, III ст.	II группа
	Полная слепота на один глаз, снижение остроты зрения на один глаз до 0,02 при невозможности коррекции или сужения поля зрения до 5 градусов в сочетании с культей верхней или нижней конечности.	самообслуживанию — II ст.; ориентации — I ст.; обучению — I ст.; трудовой деятельности — II ст.	
IV степень	Тяжелые повреждения органа зрения. Стойкие тяжелые и необратимые изменения тканей глаза. Снижение остроты зрения на лучше видящем глазу в пределах 0 — 0,03 при невозможности коррекции.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.; ориентация — III ст.	I группа
2.25.3. Глаукома. МКБ H40-42			
I степень	Начальная или развитая стадия глаукомы с остротой зрения при поражении одного глаза в пределах 0,03 — 1,0. При поражении обоих глаз острота зрения в пределах 0,5 — 1,0 с коррекцией на лучше видящем глазу.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Развитая стадия глаукомы с наличием экскавации диска зрительного нерва, сужением поля зрения меньше 45 ⁰ , но больше 15 ⁰ с носовой стороны, на 20 ⁰ с других сторон или снижением остроты зрения на лучше видящем глазу с коррек-	ориентации — I ст.; обучению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	цией в пределах 0,09 — 0,4 (в зависимости от профессии). При наличии заболевания на одном глазу острота зрения в пределах 0 — 0,02 с коррекцией или концентрическое сужение поля зрения до 5 градусов.		
III степень	Далекозашедшая стадия глаукомы, сужение границ поля зрения до 20 ⁰ , атрофия зрительного нерва или красная экскавация диска зрительного нерва. Острота зрения на лучше видящем глазу в пределах 0,04 — 0,08 с коррекцией, возможно наличие центральных и парацентральных скотом.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст. ориентации — II ст.; обучению — II ст.; трудовой деятельности — II, III ст.	II группа
IV степень	Далекозашедшая либо терминальная стадия глаукомы с атрофией диска зрительного нерва и резким падением остроты зрения вплоть до слепоты. Острота зрения обоих глаз в пределах 0 — 0,03 с коррекцией или концентрическое сужение поля зрения обоих глаз до 5 — 10 ⁰ .	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.; ориентации — III ст.	I группа
2.25.4. Хориоретиниты, дегенерация и дистрофия сетчатки. МКБ Н30			
I степень	Начальная стадия заболевания острота зрения в пределах 0,3 — 1,0 с коррекцией на лучше видящем глазу. При поражении одного глаза острота зрения в пределах 0,03 — 1,0 с коррекцией.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Развитая стадия заболевания, легкая или средняя степень нарушений темновой адаптации — ухудшение зрения в сумерках при абиотрофической дегенерации сетчатки. Резкое снижение амплитуды волн электроретинограммы. Острота зрения в пределах 0,09 — 0,2 с коррекцией на лучше видящем глазу, сужение поля зрения на 20 ⁰ , либо при наличии центральной функциональной скотомы у лиц, профессия которых предъявляет повышенные требования к состоянию центрального зрения. При наличии заболевания на одном глазу острота зрения в пределах 0 — 0,02 с коррекцией или концентрическое сужение поля зрения до 5 градусов.	ориентации — I ст.; обучению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Далекозашедшая стадия заболевания. Нарушение световой чувствительности тяжелой степени при абиотрофических дегенерациях сетчатки. На глазном дне желтовато-белые блестящие точечные либо пигментированные отложения, резкое сужение ретинальных сосудов. Атрофия диска зрительного нерва, резкое снижение или отсутствие центральных рефлексов сетчатки. Снижение остроты	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; ориентации — II ст.; обучению — II ст.;	II группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	зрения в пределах 0,04 — 0,08 с коррекцией. Концентрическое сужение поля зрения до 20 ⁰ .	трудовой деятельности — II-III ст.	
IV степень	Далекозашедшая либо терминальная стадия заболевания. Нарушение световой чувствительности тяжелой степени. Наличие множественных дегенеративных очагов на сетчатке. Возможны сопутствующие осложнения в виде атрофии зрительного нерва, катаракты, вторичной глаукомы, отслойки сетчатки и др. Снижение остроты зрения на лучше видящем глазу в пределах 0 — 0,03 с коррекцией. Концентрическое сужение поля зрения до 5 ⁰ — 10 ⁰ от точки фиксации, либо центральная скотома до 15 ⁰ .	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.; ориентации — III ст.	I группа
2.25.5. Заболевания роговой оболочки, ведущие к ее помутнению (кератиты). МКБ Н16			
I степень	При легкой степени заболеваний роговой оболочки. Снижение остроты зрения на лучше видящем глазу в пределах 0,3 — 1,0. При поражении одного глаза острота зрения в пределах 0,03 — 1,0 с коррекцией.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	При любых проявлениях заболеваний роговой оболочки воспалительного, дистрофического, нейротрофического и травматического характера. Снижение остроты зрения на лучше видящем глазу в пределах 0,09 — 0,2 с коррекцией. При наличии заболевания на одном глазу острота зрения в пределах 0 — 0,02 с коррекцией или концентрическое сужение поля зрения до 5 градусов.	ориентации — I ст.; обучению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Любые заболевания роговой оболочки (кератиты, дистрофии роговой оболочки воспалительного, дистрофического, нейротрофического и травматического характера), а также хронические заболевания роговой оболочки, не поддающиеся лечению. Стойкое снижение остроты зрения в пределах 0,04 — 0,08, если коррекция не улучшает зрение.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; ориентации — II ст.; обучению — II ст.; трудовой деятельности — II, III ст.	II группа
IV степень	Любые заболевания роговой оболочки с грубыми изменениями. Стойкое снижение остроты зрения в пределах 0 — 0,03 с коррекцией на лучше видящем глазу.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.; ориентации — III ст.	I группа
2.25.6. Состояние после кератопротезирования и кератопластики. МКБ Н16			
I степень	Легкая степень нарушений после кератопластики. Острота зрения в пределах 0,3 — 1,0 с коррекцией на лучше видящем глазу или снижение остроты зрения одного оперированного глаза 0,03 — 1,0 с коррекцией.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
II степень	Состояние после кератопластики. Функциональное состояние органа зрения в зависимости от исхода операции кератопластики. Возникшие после операции осложнения требуют изменений условий труда. Зрительные функции не позволяют возвратиться к своей профессии. Острота зрения снижена в пределах 0,09 — 0,2 с коррекцией на лучше видящем глазу. Снижение остроты зрения одного оперированного глаза в пределах 0 — 0,02 с коррекцией.	ориентации — I ст.; обучению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Помутнение или болезнь трансплантата после кератопластики. Снижение остроты зрения в пределах 0,04 — 0,08 с переносимой коррекцией, в том числе с контактной, если зрение второго глаза не превышает 0,08 с коррекцией.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; ориентации — II ст.; обучению — II ст.; трудовой деятельности — II, III ст.	II группа
IV степень	Помутнение трансплантата на оперированном глазу. Снижение остроты зрения в пределах 0 — 0,03 с коррекцией, если второй не оперированный глаз также практически слепой (0,03 и ниже с коррекцией). При прозрачном трансплантате, но при наличии сопутствующей патологии глаза со снижением зрения в пределах 0 — 0,03 с коррекцией в лучше видящем глазу.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.; ориентации — III ст.	I группа
2.25.7. Заболевания хрусталика. Катаракта. МКБ H26			
I степень	Легкая степень нарушений функций со снижением остроты зрения в пределах 0,3 — 1,0 с коррекцией на лучше видящем глазу. При катаракте на одном глазу острота зрения в пределах 0,03 — 1,0.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Лицам с катарактой любого вида на обоих или лучше видящем глазу, которым вследствие помутнения хрусталика и ухудшения зрительных функций недоступен или противопоказан труд, связанный с необходимостью точного зрения, среди движущихся механизмов, на высоте и т. п., если переход их на другую работу сопровождается снижением квалификации. При сочетании катаракты (независимо от вида и степени зрелости) на обоих или одном лучше видящем глазу с изменениями других структур органа зрения. Снижение остроты зрения на лучше видящем глазу в пределах 0,09 — 0,2 с переносимой коррекцией. У лиц водительских профессий снижение остроты зрения ниже 0,8 на одном при 0,4 на другом глазу. Врожденные и другие формы патологии хрусталика. Сни-	ориентации — I ст.; обучению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	жение остроты зрения лучше видящего глаза в пределах 0,09 — 0,2 с коррекцией. При наличии катаракты на одном глазу: слепота одного глаза или снижение остроты зрения на одном глазу до 0,02 с коррекцией. При наличии противопоказаний к оперативному лечению.		
III степень	При наличии катаракты любого генеза на обоих или лучше видящем глазу, приведшей к снижению зрительных функций. При сочетании осложненной катаракты (независимо от вида и степени ее зрелости) с изменениями других структур глаза или систем организма. Снижение остроты зрения в пределах 0,04 — 0,08 с переносимой коррекцией. Лицам с любым видом врожденных катаракт, сочетающихся с изменениями различных структур глазного яблока или поражениями центральной нервной системы и других функциональных систем организма при остроте зрения в пределах 0,04 — 0,08 с коррекцией на лучше видящем глазу. Лицам с травматической катарактой на обоих или лучше видящем глазу при сочетанности патологии хрусталика с травматическим, или иным поражением других структур органа зрения. Снижение остроты зрения в пределах 0,04 — 0,08 с коррекцией на лучше видящем глазу при наличии противопоказаний к оперативному лечению.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; ориентации — II ст.; обучению — II ст.; трудовой деятельности — II, III ст.	II группа
IV степень	При наличии зрелой или почти зрелой катаракты обоих или на лучше видящем глазу, независимо от ее вида, приведшей к двусторонней слепоте. Снижение остроты зрения на лучше видящем глазу в пределах 0 — 0,03 с переносимой коррекцией. При сочетании катаракты любой степени зрелости с изменениями других структур глаза, обуславливающими снижение зрения до слепоты на обоих или на лучше видящем глазу. Снижение остроты зрения на обоих или лучше видящем глазу в пределах 0 — 0,03 с коррекцией при наличии противопоказаний к оперативному лечению.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.; ориентации — III ст.	I группа
Примечание: Инвалидность при катаракте устанавливается при наличии противопоказаний оперативного лечения.			
2.25.8. Афакия. МКБ Н43-45			
I степень	Легкая степень нарушений функций со снижением остроты зрения в пределах 0,4 — 1,0 с коррекцией на лучше видящем глазу. При монокулярной афакии с остротой зрения 0,03 и выше с коррекцией.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
II степень	<p>При наличии монокулярной или бинокулярной афакии. Снижение остроты зрения на лучше видящем глазу до 0,3 с коррекцией — лицам, которым противопоказана работа в своей профессии, связанная со значительным физическим напряжением, опасностью глазного травматизма. При бинокулярной афакии, корригированной очковыми линзами, а также при монокулярной не корригированной афакии. При бинокулярной афакии — снижение остроты зрения на лучше видящем глазу до 0,3 — у лиц, работа которых требует высокой цветоразличительной способности обоих глаз.</p> <p>При монокулярной афакии единственного или лучше видящего глаза независимо от вида коррекции, а также при бинокулярной афакии. При бинокулярной афакии — снижение остроты зрения на лучше видящем глазу до 0,3 у лиц, которым противопоказана работа в вечернее и ночное время, а также с блестящим и меняющимся освещением, объектами и поверхностями. При монокулярной или бинокулярной афакии, корригированной очками. При бинокулярной афакии — снижение остроты зрения лучше видящего глаза до 0,3 — у лиц, труд которых связан с движением транспорта, высотой, движущимися механизмами, пультами управления и т. п.</p> <p>При монокулярной афакии (любые способы коррекции). Независимо от функционального состояния оперированного глаза — у лиц, труд которых требует высокого качества бинокулярных функций, глубинного или стереоскопического зрения.</p> <p>При монокулярной или бинокулярной афакии, корригированной очками, допустимая коррекция при близорукости и дальнозоркости 6,0 диоптрий, при астигматизме 3,0 диоптрий или контактными линзами. Снижение остроты зрения ниже 0,4 на одном глазу или ниже 0,8 на одном при 0,4 на другом глазу — у лиц водительских профессий.</p> <p>При монокулярной осложненной афакии. Снижение остроты зрения до 0,02 (при невозможности коррекции) или сужение поля зрения до 5 градусов.</p>	<p>ориентации — I ст.; обучению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.</p>	III группа
III степень	<p>При сочетании афакии с другими заболеваниями обоих или лучше видящего глаза. Снижение остроты зрения в пределах 0,04 — 0,08 с коррекцией на лучше видящем глазу.</p>	<p>самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; ориентации — II ст.;</p>	II группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
		обучению — II ст.; трудовой деятельности — II, III ст.	
IV степень	При наличии афакии на обоих или на лучше видящем глазу, сочетающейся с тяжелыми изменениями различных структур органа зрения любого генеза. Снижение остроты зрения в пределах 0 — 0,03 с коррекцией.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.; ориентации — III ст.	I группа
2.25.9. Артификация. (МКБ H25-H28)			
I степень	При односторонней артификации со снижением остроты зрения в пределах 0,03 — 1,0 с коррекцией. При двухсторонней артификации с остротой зрения в пределах 0,3 — 1,0 с коррекцией на лучше видящем глазу.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	При односторонней артификации, сочетающейся с тяжелыми изменениями различных структур глаза и снижением остроты зрения в пределах 0 — 0,02 с коррекцией. При двухсторонней артификации с остротой зрения на лучше видящем глазу в пределах 0,09 — 0,2 с коррекцией.	ориентации — I ст.; обучению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	При сочетании артификации с другими заболеваниями обоих или лучше видящего глаза. Острота зрения в пределах 0,04 — 0,08 на лучше видящем глазу с коррекцией.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; ориентации — II ст.; обучению — II ст.; трудовой деятельности — II, III ст.	II группа
IV степень	При наличии артификации на обоих или на лучше видящем глазу, сочетающейся с тяжелыми изменениями различных структур органа зрения любого генеза. Снижение остроты зрения в пределах 0 — 0,03 с коррекцией.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.; ориентации — III ст.	I группа
2.25.10. Отслойка сетчатки. МКБ H25-H28			
I степень	После оперативного лечения с отслойкой на одном глазу снижение остроты зрения в пределах 0,03 — 1,0 или снижение остроты зрения в пределах 0,5 — 1,0 с коррекцией на лучше видящем глазу.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Лица после диатермокоагуляции, перенесшие отслойку сетчатки на единственно видящем глазу, даже при удовлетворительном состоянии органа зрения после оперативного лечения. Снижения остроты зрения одного глаза до 0,02 не	ориентации — I ст.; обучению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	корректирует или концентрическое сужение поля зрения до 5 ⁰ . После обширных экстрасклеральных операций. Снижение остроты зрения на лучше видящем глазу с коррекцией в пределах 0,1 — 0,4.		
III степень	При выраженных дистрофических изменениях сетчатки второго не оперированного глаза. Острота зрения в пределах 0,04 — 0,09 с коррекцией на лучше видящем глазу.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; ориентации — II ст.; обучению — II ст.; трудовой деятельности — II, III ст.	II группа
IV степень	При наличии отслойки сетчатки на обоих или на лучше видящем глазу, сочетающейся с тяжелыми изменениями различных структур глаза любого генеза, грубых дегенеративных изменениях на сетчатке. Снижение остроты зрения в пределах 0 — 0,03 с коррекцией на лучше видящем глазу.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.; ориентации — III ст.	I группа
2.25.11. Отслойка сетчатки (после витрэктомии). МКБ Н 25-N28			
I степень	После оперативного лечения по поводу отслойки сетчатки на одном глазу со снижением остроты зрения в пределах 0,03 — 1,0 или снижение остроты зрения обоих глаз в пределах 0,5 — 1,0 с коррекцией на лучше видящем глазу.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	После лазерной или хирургической операции по поводу отслойки сетчатки, даже при удовлетворительном состоянии органа зрения после оперативного лечения. Острота зрения в пределах 0,1 — 0,4 с коррекцией на лучше видящем глазу. При наличии заболевания на одном глазу с остротой зрения в пределах 0 — 0,02 с коррекцией или концентрическое сужение поля зрения до 5 градусов.	ориентации — I ст.; обучению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	При наличии отслойки сетчатки на лучше видящем глазу, а также при выраженных дистрофических изменениях на втором глазу, острота зрения в пределах 0,04 — 0,09 с коррекцией на лучше видящем глазу.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; ориентации — II ст.; обучению — II ст.; трудовой деятельности — II, III ст.	II группа
IV степень	При наличии отслойки сетчатки на обоих или лучше видящем глазу в сочетании с тяжелыми дегенеративными изменениями в структурах глаза любого генеза. Острота зрения в пределах 0 — 0,03 на лучше видящем глазу с коррекцией.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.; ориентации — III ст.	I группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
2.25.12. Атрофия зрительных нервов. МКБ Н46-48			
I степень	Стабильная не прогрессирующая форма с остротой зрения при поражении одного глаза в пределах 0,03 — 1,0 с коррекцией, обоих глаз в пределах 0,3 — 1,0 с коррекцией на лучше видящем глазу.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Стабильная, не прогрессирующая форма, чаще отмечается частичное побледнение диска зрительного нерва. Стушеванность границ диска зрительного нерва при вторичной атрофии зрительного нерва. При нисходящей форме атрофии зрительного нерва изменения со стороны глазного дна могут отсутствовать. Наблюдается изменение нормальных показателей электрофизиологических исследований. Снижение остроты зрения на лучше видящем глазу с коррекцией в пределах 0,09 — 0,2. При атрофии зрительного нерва на одном глазу со снижением остроты зрения в пределах 0 — 0,02 не корригирует или концентрическое сужение поля зрения до 5 градусов.	ориентации — I ст.; обучению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Прогрессирующая форма, частичное или полное побледнение диска зрительного нерва. Возможны изменения структур глазного дна. Выраженные изменения нормальных показателей электрофизиологических исследований. Острота зрения в пределах 0,04 — 0,08 с коррекцией на лучше видящем глазу. Возможно сужение поля зрения до 20 ⁰ , наличие единичных или множественных скотом в центре поля зрения.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; ориентации — II ст.; обучению — II ст.; трудовой деятельности — II-III ст.	II группа
IV степень	Клиническая картина варьирует, чаще — полное, либо частичное побледнение диска зрительного нерва. Изменение структур глазного дна. Выраженное изменение показателей электрофизиологических исследований. Острота зрения в пределах 0 — 0,03 с коррекцией на лучше видящем глазу. Периферические границы поля зрения менее или равны 10 ⁰ . Возможно наличие значительных сливных скотом.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.; ориентации — III ст.	I группа

3. Критерии определения ограничения жизнедеятельности при основных инвалидизирующих неврологических заболеваниях и часто наблюдаемых неврологических синдромах

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
3.1. Нейроэндокринная форма гипоталамического синдрома			
Гипоталамический синдром — симптомокомплекс, обусловленный органическим поражением или конституциональным дефектом гипоталамуса, проявляющийся в основном полиморфными нейроэндокринно-обменными и нейротрофическими нарушениями, сопряженными с патологией гипофиза (смешанное церебральное ожирение; б-нь Иценко-Кушинга; адипозогенитальная дистрофия; с-м персистирующей галактореи-аменореи; акромегалия; несахарный диабет; центральная олигоурия (с-м Пархона); с-м Морганьи-Стюарта-Мореля; с-м «пустого» турецкого седла и др).			
I степень	Незначительные нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы (периодически повышение САД 140 — 159, ДАД 90 — 99). Отсутствие неврологической симптоматики. Ожирение 2 ст. Уровни гипофизарных гормонов и других параметров гомеостаза в пределах нормы.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Соматические нарушения умеренно выраженные. Нарушения со стороны сердечнососудистой системы, стойкая умеренная артериальная гипертензия (САД 160 — 179 мм рт. ст., ДАД 100 — 109 мм рт. ст.), миокардиодистрофия, ХСН I ст., ФК II по NYHA, незначительные нарушения легочной вентиляции. Ожирение 3 ст. Умеренно выраженные вегетативные нарушения в виде вегетативных пароксизмов частотой 2 — 4 раза в месяц, астенизация нервной системы в сочетании с аффективными, истероформными реакциями. На глазном дне — ангиопатия сосудов сетчатки. При синдроме несахарного диабета диурез до 4-5 л/сутки, полиурия, жажда (плотность мочи в пределах 1003 до 1007).	передвижению — I ст.; самообслуживанию — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Соматические нарушения выраженные. Нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы, стойкая выраженная артериальная гипертензия (САД больше 180 мм рт. ст., ДАД больше 110 мм рт. ст.), миокардиодистрофия, ХСН II ст., ФК III по NYHA. Ожирение 4 ст. Выраженная неврологическая симптоматика в виде частых и тяжелых вегетативных пароксизмов, более 5 раз в месяц, сопровождающихся психосенсорными расстройствами. Изменения на глазном дне в виде ангиопатии сосудов сетчатки.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II, III ст.	II группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	<p>При синдроме несахарного диабета диурез до 10 — 15 л/сутки, полиурия, сильная жажда (плотность мочи 1001 — 1004).</p> <p>При синдроме Пархона (гиперпродукция антидиуретического гормона) наблюдается периодическая задержка жидкости с олигоурией (отн. плотность мочи 1.020 — 1.030), увеличение массы тела, отеки, отсутствие жажды, адинамия, аменорея, ожирение 4 ст.</p>		
3.2. Основные синдромы резидуального периода менингита (менингоэнцефалита) и их влияние на жизнедеятельность (А.39; А.83, 84; 85; 86; 87; 88; 89; В.91.1; G.00; G.01; G.02; G.03; G.04; G.05; G.09)			
<p>Менингит — острое инфекционное заболевание с преимущественным поражением мягкой и паутинной оболочек головного и спинного мозга. Возможно вовлечение в процесс вещества мозга (менингоэнцефалит). В зависимости от типа возбудителя и обусловленного им характера изменений спинномозговой жидкости выделяют гнойные и серозные менингиты.</p>			
I степень	<p>Легкий центральный монопарез или гемипарез. Небольшое снижение силы (до 4-х баллов) при полном объеме движений с преодолением сопротивления. Мышечный тонус незначительно повышен. Анизорефлексия по гемитипу.</p> <p>Гидроцефалия с нарушением ликвородинамики (см. Нарушение ликвородинамики).</p> <p>Эпилептические припадки редкие, один раз в месяц и реже (большие приступы).</p> <p>Нарушения психических функций могут проявляться астеническим или астено-невротическим синдромом.</p> <p>Синдром вегето-сосудистой дистонии — проявляется легкими вегето-сосудистыми кризами.</p>	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	<p>Умеренный центральный гемипарез. Умеренное снижение силы (до 3-х баллов) при нормальном или сниженном, не более 5 — 15%, объеме движений и ослаблении возможности преодоления сопротивления. Умеренное повышение тонуса. Анизорефлексия, наличие патологических рефлексов на стороне поражения.</p> <p>Гидроцефалия с нарушением ликвородинамики (см. Нарушение ликвородинамики).</p> <p>Нарушения психических функций могут проявляться умеренно выраженным психоорганическим синдромом (см. Психиатрия).</p>	самообслуживанию — I ст.; самостоятельному передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	<p>Эпилептические припадки средней частоты, 2 — 4 раза в месяц (большие приступы).</p> <p>Синдром вегетативной дистонии проявляется средней степени тяжести и частоты (до 4-х раз в месяц) вегето-сосудистыми кризами.</p> <p>Отмечается сочетание 3-х и более синдромов.</p> <p>Ограничение жизнедеятельности определяется по выраженности двигательных функций, эпилептическим приступам, нарушению ликвородинамики.</p>		
III степень	<p>Выраженный центральный гемипарез, сила значительно снижена (до 2-х баллов), активные движения возможны в ограниченном объеме, преодоление противодействия исследующего очень слабое. Выраженная мышечная гипертония, анизорефлексия, клонусы, грубые патологические рефлексии.</p> <p>Гидроцефалия с нарушением ликвородинамики (см. Нарушение ликвородинамики).</p> <p>Нарушения психических функций могут проявляться выраженным психоорганическим синдромом (см. Психиатрия).</p> <p>Эпилептические припадки частые, 5 раз в месяц и чаще (большие приступы).</p> <p>Синдром вегетативной дистонии проявляется выраженной степени тяжести и частоты (более 5 раз в месяц) вегето-сосудистыми кризами.</p> <p>Отмечается сочетание 3-х и более синдромов.</p> <p>Ограничение жизнедеятельности определяется по выраженности двигательных, эндокринных функций, эпилептическим приступам, нарушению ликвородинамики.</p>	<p>самообслуживанию — II ст.;</p> <p>самостоятельному передвижению — II ст.;</p> <p>общению — II ст.;</p> <p>ориентации — II ст.;</p> <p>обучению — II ст.;</p> <p>трудовой деятельности — II, III ст.</p>	II группа
IV степень	<p>Гемиплегия или резко выраженный гемипарез (1 балл). Нет видимого движения и/или движения возможны чаще в проксимальных отделах в ограниченном объеме. Ощущается напряжение мышц. Резкая анизорефлексия, патологические рефлексии, клонусы.</p> <p>Гидроцефалия с нарушением ликвородинамики (см. Нарушение ликвородинамики).</p> <p>Нарушения психических функций могут проявляться тотальной деменцией (см. Психиатрия).</p> <p>Эпилептические припадки очень частые — более 15 раз в месяц (большие приступы).</p>	<p>самообслуживание — III ст.;</p> <p>передвижению — III ст.;</p> <p>ориентации — III ст.;</p> <p>контролю своего поведения — III ст.</p>	I группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	Отмечается сочетание 3-х и более синдромов. Ограничение жизнедеятельности определяется по выраженности двигательных функций, эпилептическим приступам, нарушению ликвородинамики.		
3.3. Основные синдромы резидуального периода перенесенного инсульта и их влияние на жизнедеятельность (G.46; I69; I70; I74; F01, F72, F73; F78; R47)			
Церебральный инсульт — острое нарушение мозгового кровообращения, сопровождающееся очаговой и общемозговой симптоматикой, длящаяся более 24 часов, вызванное причинами сосудистого характера. В рамках инсульта целесообразно выделять малый инсульт, когда неврологический дефицит ликвидируется в течение трех недель с момента заболевания.			
I степень	<p>Легкий центральный гемипарез. Небольшое снижение мышечной силы (до 4-х баллов) при полном объеме движений с преодолением сопротивления. Мышечный тонус незначительно повышен.</p> <p>Легкий акинетико-ригидный синдром. Проявления распространяются на одну конечность или по гемитипу, небольшая замедленность движений и (или) тремор, выпадение содружественных синергий при ходьбе. Незначительное повышение мышечного тонуса.</p> <p>Легкая атакия. Неуверенность при ходьбе только в определенных условиях (низкая освещенность, при поворотах). Легкое пошатывание в сенсibilизированной позе Ромберга, неуверенность при выполнении точных координированных движений.</p> <p>Двухстороннее снижение остроты зрения от 0,16 до 0,4 с коррекцией; концентрическое двухстороннее сужение полей зрения от 25° до 50° от точки фиксации.</p> <p>Нарушения высших мозговых функций проявляется в виде легкой моторной и/или сенсорной афазии (См. Моторная и сенсорная афазии).</p> <p>Эпилептические припадки редкие, один раз в месяц и реже (большие приступы).</p> <p>Нарушения психических функций могут проявляться астеническим или астено-невротическим синдромом.</p>	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Умеренный центральный гемипарез, снижение силы (до 3-х баллов) при нормальном или сниженном, не более 5 — 15%, объеме движений и ослаблении возможности преодоления сопротивления. Явное повышение тонуса, наличие патологических рефлексов на стороне поражения.	самообслуживанию — I ст.; самостоятельному передвижению — I ст.;	III группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	<p>Умеренный акинетико-ригидный синдром. Походка по гемитипу, гипомимия, незначительная скованность. Обеднение движений, мелкокоразмашистый тремор покоя, слегка согбенная поза, тонус мышц повышен по экстрапирамидному типу.</p> <p>Умеренная атаксия. Походка изменена, компенсируется увеличением площади опоры, ухудшается при полной освещенности, затруднение при выполнении координаторных проб.</p> <p>Умеренное нарушение зрительных функций. Снижение остроты зрения в лучше видящем глазу от 0,11 до 0,2 с коррекцией; концентрическое двухстороннее сужение полей зрения до 20° от фиксации. Практическая или полная слепота одного глаза.</p> <p>Нарушения высших мозговых функций проявляется в виде умеренно выраженной моторной и/или сенсорной афазии. (См. Моторная и сенсорная афазии).</p> <p>Эпилептические припадки средней частоты, 2 — 4 раза в месяц (большие приступы).</p> <p>Нарушение психических функций проявляется умеренно выраженным астено-невротическим или психоорганическим синдромом.</p> <p>Отмечается сочетание 3-х и более синдромов.</p> <p>Ограничение жизнедеятельности определяется по выраженности двигательных, экстрапирамидных, зрительных, высших корковых функций и частоты эпилептических приступов.</p>	<p>трудовой деятельности — I ст.;</p> <p>ориентации — I ст.;</p> <p>общению — I ст.</p>	
III степень	<p>Выраженный центральный гемирапез, снижение силы до 2-х баллов, активные движения возможны в ограниченном объеме, преодоление противодействия исследующего очень слабое. Выраженная мышечная гипертония, клонусы, грубые патологические рефлекссы.</p> <p>Выраженный акинетико-ригидный синдром. Амимия, мышечная ригидность, резкая замедленность движений, тремор по типу «скатывания» пилюль, согбенная поза, ходьба мелкими шажками, смазанная речь.</p> <p>Выраженная атаксия, ограничены темп и расстояния передвижения, грубые нарушения при выполнении координаторных проб, затруднения при выполнении элементарных бытовых навыков.</p>	<p>самообслуживанию — II ст.;</p> <p>самостоятельному передвижению — II ст.;</p> <p>общению — II ст.;</p> <p>ориентации — II ст.;</p> <p>трудовой деятельности — II ст.</p>	II группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	<p>Выраженное нарушение зрительных функций. Снижение остроты зрения в лучше видящем глазу от 0,05 до 0,12 с коррекцией; двухстороннее концентрическое сужение поля зрения до 10° — 15° от точки фиксации с выпадением центра; центральная абсолютная скотома в 10°.</p> <p>Нарушения высших мозговых функций проявляется в виде выраженной моторной и сенсорной афазии.</p> <p>Эпилептические припадки частые, 5 раз в месяц и чаще (большие приступы).</p> <p>Нарушение психических функций проявляется выраженным астено-невротическим или психоорганическим синдромом.</p> <p>Отмечается сочетание 3-х и более синдромов.</p> <p>Ограничение жизнедеятельности определяется по выраженности двигательных, экстрапирамидных, зрительных, высших корковых функций и частоты эпилептических приступов.</p>		
IV степень	<p>Гемиплегия или резко выраженный гемипарез. Нет видимого движения или движения возможны в проксимальных отделах в ограниченном объеме. Ощущается напряжение мышц. Резкая анизорефлексия, патологические рефлексы, клonusы.</p> <p>Резко выраженный акинетико-ригидный синдром. Выраженная общая скованность, амимия, редкое мигание, заторможенность психических процессов, неразборчивая речь.</p> <p>Резко выраженная атаксия. Ходьба невозможна или возможность передвижения с помощью других лиц или вспомогательных средств в пределах жилья, невыполнение координаторных проб, резкое затруднение осуществления элементарных бытовых навыков.</p> <p>Резко выраженное нарушение зрительных функций. Острота зрения единственного или лучше видящего глаза от 0,04 до 0. Концентрическое двухстороннее сужение поля зрения до 5° от точки фиксации (трубчатое поле зрения).</p> <p>Нарушения высших корковых функций проявляется в виде резко выраженной или полной моторной и сенсорной афазии.</p> <p>Эпилептические припадки очень частые — ежедневные приступы (большие приступы).</p>	<p>самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.; общению — III ст.; ориентации — III ст.</p>	I группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	Нарушение психических функций проявляется тотальной деменцией. Отмечается сочетание 3-х и более синдромов. Ограничение жизнедеятельности определяется по выраженности двигательных, экстрапирамидных, зрительных, высших корковых функций и частоты эпилептического приступа.		
3.4. Основные синдромы при миастении и их влияние на жизнедеятельность (G70)			
Миастения — тяжелое прогрессирующее заболевание аутоиммунного генеза, характеризующееся патологической утомляемостью вследствие нарушения нервно-мышечной передачи в результате нарушения взаимодействия белков (антигенов ацетилхолиновых рецепторов) с аутоанти-телами, что с годами ведет к их гибели.			
I степень	Двигательные нарушения легкие — с трудом выполняют сложные упражнения, отмечают утомляемость при выполнении физических нагрузок в течение 2-3 часов, требуется отдых 2-3 часа, выявляется легкая атрофия в мелких мышцах, мышечная сила в пределах 4 баллов.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Двигательные нарушения средней степени — отмечается утомляемость при выполнении простых физических нагрузок, требуется отдых после 1-2-часовой физической нагрузки, сила мышц в пределах 3 баллов. Определяется утомляемость мышц рук и ног при длительной нагрузке (поднятие тяжести 1-2 кг 6 — 8 раз, приседание 6 — 10 раз). Ограничение жизнедеятельности устанавливают в зависимости от выраженности двигательных нарушений.	ориентации — I ст.; трудовой деятельности — I ст.; самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.	III группа
III степень	Двигательные нарушения выраженные — с трудом выполняют простые двигательные нагрузки, ходьба и самообслуживание выполняется в минимальном объеме, сила мышц около 2-х баллов. Отмечается резкая усталость после 1-2 минутной физической нагрузки, требуется назначение 6 — 8 стандартных доз антихолинэстеразных препаратов в сутки, в год наблюдается 1-2 миастенических криза. Ограничение жизнедеятельности устанавливают в зависимости от выраженности двигательных нарушений и продолжительности и компенсированности миастенических кризов.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II, III ст.;	II группа
IV степень	Резко выраженные булбарные нарушения, нарушение глотания. Отмечается нарушение функции мышц рук, ног, тела, мышц, участвующих в акте дыхания, сила мышц в пределах 1 балла.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.;	I группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	<p>В связи с резким ограничением жизнедеятельности требуется посторонняя помощь и наблюдение. Отмечается постоянная усталость, требуется назначение более 10 стандартных доз антихолинэстеразных препаратов в сутки, в год наблюдается более 2 миастенических кризов.</p> <p>Ограничение жизнедеятельности устанавливаются в зависимости от выраженности двигательных нарушений и продолжительности и компенсированности миастенических кризов.</p>		
3.5. Основные синдромы при боковом амиотрофическом склерозе и их влияние на жизнедеятельность (G12.2; G32.0; G64)			
Боковой амиотрофический склероз (БАС, болезнь Шарко) — хроническое прогрессирующее заболевание нервной системы, характеризующееся системным поражением мотонейронов спинного и головного мозга, с неблагоприятным прогнозом, значительным ограничением жизнедеятельности и нарушением трудоспособности уже на ранней стадии.			
I степень	Неврологические проявления выражаются в виде легкой парестезии, быстрой утомляемости, легкой гипотрофии в мышцах кисти, плечевого пояса, легкое затруднение при глотании твердой пищи.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	<p>Функциональные нарушения умеренной степени выраженности, парестезия рук, быстрая утомляемость, умеренная слабость в мышцах кисти, неловкость при выполнении тонких движений, умеренная гипотрофия тенара и гипотенара, плечевого пояса, фасцикуляции, умеренное затруднение при глотании твердой пищи, поперхивание. Выделяют церебральную, бульбарную, шейно-грудную и пояснично-крестцовую формы.</p> <p>Церебральная (верхняя) форма — вначале проявляется легким псевдобульбарным синдромом, спастический тетрапарез (до 3-х баллов).</p> <p>Бульбарная форма — стволые проявления являются основными клиническими симптомами.</p> <p>Шейно-грудная форма в основном проявляется в дистальных отделах рук.</p> <p>Пояснично-крестцовая форма — в основном поражается перонеальная группа мышц. По степени поражения переднего рога выделяют 3 варианта: распространенный, с преобладанием амиотрофий, полиомиелитический и проводниковый типы поражения двигательной системы.</p> <p>На КТ и ЯМРТ выявляется атрофия в зоне поражения, дегенерация (в корковой зоне, в проводниковых путях спинного мозга, во внутренней капсуле, в стволе мозга и в спинном мозге).</p>	передвижению — I ст.; самообслуживанию — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	Ограничение жизнедеятельности устанавливаются в зависимости от выраженности двигательных, координаторных синдромов, стволовых нарушений.		
III степень	<p>Выраженные функциональные нарушения. Парестезия на руках, быстрая утомляемость. Выраженной степени парезы (в основном в кисти), невозможность выполнения тонких движений, выраженная гипотрофия тенара и гипотенара, кисти, выраженная гипотрофия мышц предплечья, затруднение глотания при приеме пищи, поперхивание, фасцикуляция мышц плечевого пояса. На руках выраженной степени смешанный парез (периферический и спастический парезы мышц — до 2-х баллов). Фасцикуляции распространенные, выявляют атрофию мышц языка, бульбарные нарушения. Выделяют церебральную, бульбарную, шейно-грудную и пояснично-крестцовую формы.</p> <p>Церебральная (верхняя) форма — вначале проявляется средней степени или выраженным псевдобульбарным синдромом, впоследствии развивается спастический тетрапарез и деменция. Выявляются переднероговые симптомы.</p> <p>Бульбарная форма — стволовые проявления являются основными клиническими симптомами.</p> <p>Шейно-грудная форма, в основном, проявляется в дистальных отделах рук.</p> <p>Пояснично-крестцовая форма — в основном, поражается перонеальная группа мышц. Отмечается отсутствие брюшных кожных рефлексов, нарушение функции тазовых органов. По степени поражения переднего рога выделяют 3 варианта: распространенный, с преобладанием амиотрофий, полиомиелитический и проводниковый типы поражения двигательной системы.</p> <p>На КТ и ЯМРТ выявляется атрофия в зоне поражения, дегенерация (в корковой зоне, в проводниковых путях спинного мозга, во внутренней капсуле, в стволе мозга и в спинном мозге).</p> <p>Ограничение жизнедеятельности устанавливаются в зависимости от выраженности двигательных, координаторных синдромов, стволовых нарушений.</p>	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — III ст.	II группа
IV степень	Резко выраженные функциональные нарушения. Парестезия на руках, быстрая утомляемость, резко выраженные парезы (в основном, в кисти, сила — до 1 балла), атрофия тенара и гипотенара, мышц предплечья, резко выраженное затруднение глотания при приеме пищи, поперхивание, фасцикуляции мышц плечевого пояса. На руках выраженный смешанный парез (периферический и	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	<p>спастические парезы мышц), отмечаются бульбарные нарушения, атрофии и фасцикуляции мышц языка. Выделяют церебральную, бульбарную, шейно-грудную и пояснично-крестцовую формы.</p> <p>Церебральная (верхняя) форма — вначале проявляется выраженным псевдобульбарным синдромом, впоследствии развивается спастический тетрапарез и деменция. Выявляются переднероговые симптомы.</p> <p>Бульбарная форма — ствольные проявления являются основными клиническими симптомами.</p> <p>Шейно-грудная форма проявляется в дистальных и проксимальных отделах рук.</p> <p>Пояснично-крестцовая форма — в основном, поражается перонеальная группа мышц. Отмечается отсутствие брюшных рефлексов, нарушение функции тазовых органов. По степени поражения переднего рога выделяют 3 варианта: распространенный, с преобладанием амиотрофий, полиомиелитический и проводниковый типы поражения двигательной системы.</p> <p>На КТ и ЯМРТ выявляется значительная атрофия в зоне поражения, дегенерация (в корковой зоне, в проводниковых путях спинного мозга, во внутренней капсуле, в стволе мозга и спинном мозге).</p> <p>Ограничение жизнедеятельности устанавливают в зависимости от выраженности двигательных и координаторных синдромов, ствольных нарушений и выраженности деменции.</p>		
3.6. Основные синдромы при детском церебральном параличе (двусторонняя гемиплегия) и их влияние на жизнедеятельность (G80.1)			
<p>Детский церебральный паралич (ДЦП) — группа прогрессирующих синдромов, являющихся следствием повреждений мозга, возникших во внутриутробном, перинатальном и раннем постнатальном периодах и характеризующихся задержкой развития и патологией двигательного, речевого и психического развития. Выделяют следующие формы (по Бадалян Л.О., 1984): 1) спастическая диплегия (болезнь Литтла); 2) спастическая гемиплегия; 3) двойная гемиплегия (спастический гемипарез); 4) гиперкинетическая; 5) атонически-астатическая.</p>			
I степень	<p>Легкий тетрапарез (4 балла), легкие нарушения речи, в редких случаях наблюдается легкие атегоидные, хореоатетодные гиперкинезы. Тонус мышц слегка повышен по спастическому типу. Отмечается полная компенсация двигательных нарушений.</p>	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
II степень	<p>Средней степени выраженности функциональные нарушения. Умеренный тетрапарез (3 балла), в редких случаях наблюдается умеренные атетодные, хореоатетодные гиперкинезы. Тонус мышц умеренно повышен по спастическому типу. Наблюдаются редкие эпилептические приступы (2 — 4 раза в месяц). Отмечается умеренная декомпенсация двигательных нарушений (обычно при наличии деформации, неправильной статики).</p> <p>Ограничение жизнедеятельности устанавливаются в зависимости выраженности двигательных и координаторных синдромов, частоты эпилептических приступов.</p>	<p>самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.</p>	III группа
III степень	<p>Выраженные функциональные нарушения. Тетрапарез выраженной степени (2 балла), нарушение речи, эпилептические приступы более 5 раз в месяц, атетодные и хореоатетодные гиперкинезы выраженные. Тонус мышц повышен по спастическому типу. Выявляется контрактура за счет повышения тонуса аддукторов. Отмечается частичная компенсация двигательных нарушений, в связи с чем больные могут частично обслуживать себя.</p> <p>Ограничение жизнедеятельности устанавливаются в зависимости от выраженности двигательных и координаторных синдромов, частоты эпилептических приступов.</p>	<p>самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II ст.</p>	II группа
IV степень	<p>Резко выраженные функциональные нарушения. Резко выраженный тетрапарез (до 1 балла), частые эпилептические приступы (более 15 раз в месяц), выраженные атетодные или хореоатетодные гиперкинезы. Тонус мышц резко повышен по спастическому типу, выявляются контрактуры. Отмечается декомпенсация — полная неспособность к передвижению, в связи с чем они нуждаются в постороннем уходе.</p> <p>Ограничение жизнедеятельности устанавливаются в зависимости от выраженности двигательных и координаторных синдромов, частоты эпилептических приступов.</p>	<p>самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.</p>	I группа
3.7. Основные синдромы при детском церебральном параличе (спастическая гемиплегия) и их влияние на жизнедеятельность (G80.2)			
I степень	<p>Легкая форма. Легкий гемипарез (4 балла), на стороне пареза легкая гипотрофия мышц, в редких случаях наблюдаются легкие атетодные, хореоатетодные гиперкинезы. Тонус мышц слегка повышен по спастическому типу.</p>	<p>Ограничения жизнедеятельности нет</p>	Ограничение по линии ВКК

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	Отмечается полная компенсация двигательных нарушений. Нарушение речи выражается в виде легкой алалии или псевдоалалии.		
II степень	Средней степени выраженности функциональные нарушения. Умеренный центральный гемипарез (3 балла), на руках более выражен; паретичные конечности отстают в росте (укорочение конечностей). Нарушение речи в виде алалии и псевдоалалии. Наблюдаются эпилептические приступы до 2 — 4 раз в месяц. Своевременное проведение реабилитационных мероприятий обеспечивает субкомпенсацию нарушенных функций. Ограничение жизнедеятельности устанавливается в зависимости от выраженности двигательных синдромов и частоты эпилептических приступов.	передвижению — I ст.; самообслуживанию — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Выраженные функциональные нарушения. Выраженный гемипарез (2 балла), эпилептические приступы более 5 раз в месяц. Контрактура в конечностях за счет повышения тонуса аддукторов. Отмечается частичная компенсация двигательных нарушений. Ограничение жизнедеятельности устанавливается в зависимости от выраженности двигательных синдромов и частоты эпилептических приступов.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; ориентации — II ст.; трудовой деятельности — II-III ст.	II группа
IV степень	Значительно выраженные функциональные нарушения. Резко выраженный центральный гемипарез (1 балл) или гемиплегия. Нарушение речи значительное, частые эпилептические приступы, более 15 раз в месяц. Тонус мышц высокий, по спастическому типу. Контрактура конечностей. Отмечается полная неспособность к передвижению, в связи с чем больные нуждаются в постороннем уходе. Ограничение жизнедеятельности устанавливается в зависимости от выраженности двигательных синдромов и частоты эпилептических приступов.	ориентации — III ст.; самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа
3.8. Основные синдромы при детском церебральном параличе (спастическая диплегия, болезнь Литтла) и их влияние на жизнедеятельность (G80)			
I степень	Легкий центральный тетрапарез (на руках изменения незначительные, в основном, выявляются на ногах — 4 балла). Тонус мышц слегка повышен по спастическому типу, больше в ногах. Отмечается полная компенсация двигательных нарушений.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Умеренный тетрапарез (3 балла) на руках незначительный, на ногах средней степени выраженности. Может выявляться интеллектуальное недоразвитие в степени умеренной дебильности, судорожные расстройства до 2 — 4 раз в месяц	передвижению — I ст.; самообслуживанию — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	большие приступы. Своевременное проведение реабилитационных мероприятий обеспечивает субкомпенсацию нарушенных функций. Ограничение жизнедеятельности устанавливаются в зависимости от выраженности двигательных и судорожных синдромов.		
III степень	Выраженный тетрапарез (на руках до 3-х баллов, на ногах средней тяжести — 2 балла). Контрактура конечностей. Отмечается частичная компенсация двигательных нарушений. Частые эпилептические приступы (более 5 раз в месяц большие приступы). Ограничение жизнедеятельности устанавливаются в зависимости от выраженности двигательных синдромов и частоты эпилептических приступов.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; контролю своего поведения — II ст.; трудовой деятельности — II-III ст.	II группа
IV степень	Резко выраженный тетрапарез (на руках до 2-х, на ногах до 1-го балла или плегия), частые эпилептические приступы (более 15 раз в месяц большие приступы). Контрактура конечностей, резко повышенный мышечный тонус по спастическому типу. Отмечается полная неспособность к передвижению, в связи с чем больной нуждается в постороннем уходе. Ограничение жизнедеятельности устанавливаются в зависимости от выраженности двигательных синдромов и частоты эпилептических приступов.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.; контролю своего поведения — III ст.	I группа
3.9. Основные синдромы при детском церебральном параличе (гиперкинетическая форма) и их влияние на жизнедеятельность (G 80.3)			
I степень	Легкие гиперкинезы, двойной атетоз, хорья, хореоатетоз, торсионная дистония. Отмечается полная компенсация двигательных и координаторных нарушений.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Наблюдаются умеренные гиперкинезы, двойной атетоз, хорья, хореоатетоз, торсионная дистония. Нарушение речи наблюдается редко и проявляется в виде легкой алалии. Редко гиперкинезы сочетаются с парезами. Гиперкинезы препятствуют приобретению профессии, однако, своевременное проведение реабилитационных мероприятий обеспечивает частичную компенсацию двигательных и координаторных нарушений. Ограничение жизнедеятельности устанавливаются в зависимости от выраженности нарушения координации и двигательных синдромов.	самообслуживанию — I ст.; общению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Наблюдаются выраженные гиперкинезы, двойной атетоз, хорья, хореоатетоз, торсионная дистония. В большинстве случаев гиперкинезы сочетаются с парезами.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.;	II группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	зами. Нарушение речи проявляется в виде алалии или псевдоалалии средней степени выраженности. Проведение реабилитационных мероприятий обеспечивает незначительную компенсацию двигательных и координаторных нарушений. Ограничение жизнедеятельности устанавливают в зависимости от выраженности нарушения координации и двигательных синдромов.	трудовой деятельности — II-III ст.	
IV степень	Наблюдаются резко выраженные гиперкинезы: двойной атетоз, хорей, хореоатетоз, торсионная дистония. В большинстве случаев гиперкинезы сочетаются с парезами. Нарушение речи проявляется в виде алалии или псевдоалалии. Отмечается полная неспособность к передвижению, в связи с чем они нуждаются в постороннем уходе. Ограничение жизнедеятельности устанавливают в зависимости от выраженности нарушения координации и двигательных синдромов.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа
3.10. Основные синдромы при детском церебральном параличе (атонически-астатическая форма) и их влияние на жизнедеятельность (G80.4)			
I степень	Проявляется легким снижением тонуса мышц и нарушением координации. Наблюдается интенционный тремор, дисметрия, атаксия. Дети с опозданием начинают садиться, стоять, ходить, задерживается развитие произвольных движений.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК (у лиц тяжелого физич. труда III группа)
II степень	Проявляется умеренным снижением тонуса мышц и нарушением координации. Наблюдаются интенционный тремор, дисметрия, атаксия. Гиперкинезы препятствуют приобретению профессии, однако своевременное проведение реабилитационных мероприятий обеспечивает частичную компенсацию двигательных и координаторных нарушений. Ограничение жизнедеятельности устанавливают в зависимости от выраженности двигательных синдромов и нарушения координации.	передвижению — I ст.; самообслуживанию — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Проявляется выраженным снижением тонуса мышц и нарушением координации. Наблюдаются интенционный тремор, дисметрия, атаксия. Проведение	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.;	II группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	реабилитационных мероприятий обеспечивает незначительную компенсацию двигательных и координаторных нарушений. Ограничение жизнедеятельности устанавливаются в зависимости от выраженности двигательных синдромов и нарушения координации.	трудовой деятельности — II ст.	
IV степень	Проявляется резко сниженным тонусом мышц, нарушением координации. Отмечается резко выраженный тремор, дисметрия или атаксия. Нарушение речи проявляется в виде дизартрии (мозжечковой). Отмечается полная неспособность к передвижению, координации движений, в связи с чем они нуждаются в постороннем уходе. Ограничение жизнедеятельности устанавливаются в зависимости от выраженности двигательных синдромов и выраженности нарушений координации.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III.	I группа
3.11. Основные синдромы при дисциркуляторной и других видах миелопатии (поражение шейного отдела) и их влияние на жизнедеятельность (G95.1; G95. 2; V50. 0; V51.0; S12, 14, 24; T08;)			
Под дисциркуляторной миелопатией — понимается медленно прогрессирующее нарушение функций спинного мозга (преимущественно двигательных, а также нарушение функции тазовых органов) спондилогенного, атеросклеротического или смешанного генеза. В клиническом плане целесообразно выделять шейную ишемическую миелопатию и значительно реже встречающуюся хроническую ишемию спинного мозга нижнегрудной и поясничной локализации.			
I степень	Легкий парез (4 балла) в основном по смешанному типу, дистальная атрофия мышц, фасцикуляции, легкое повышение тонуса в паретичных мышцах. Нарушается поверхностная и глубокая чувствительность по проводниковому типу. Нарушение функции тазовых органов незначительное. Выявляются: легкий «амиотрофический синдром» — на руках смешанный легкий парез, на ногах легкий центральный парез (4 балла); «полиомиелитический» синдром — легкая атрофия мышц рук, в основном, в проксимальных отделах; спастический — в основном, нижний легкий парапарез или тетрапарез. Отмечается полная компенсация двигательных нарушений.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Умеренный парез на руках (3 балла) в основном по смешанному типу, дистальная атрофия мышц, фасцикуляции, повышение тонуса в паретичных мышцах. Нарушается поверхностная и глубокая чувствительность по проводниковому типу. Частичное нарушение функции тазовых органов, в нижних конечностях центральные парезы (3 балла).	передвижению — I ст.; самообслуживанию — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	<p>Выявляются умеренный «амиотрофический синдром» — на руках смешанный средний парез, на ногах центральный парез (3 балла); «полиомиелитический» синдром — умеренная атрофия мышц руки, в основном, в проксимальных отделах; спастический синдром — в основном, нижний умеренный парапарез или тетрапарез. Отмечается субкомпенсация двигательных нарушений.</p> <p>Ограничение жизнедеятельности устанавливаются в зависимости от выраженности двигательных синдромов и нарушения функции тазовых органов.</p>		
III степень	<p>Выраженный парез на руках 2 балла, в основном по смешанному типу, проксимальная атрофия мышц, фасцикуляции, повышение тонуса в паретичных мышцах. Нарушается поверхностная и глубокая чувствительность по проводниковому типу. Нарушение функции тазовых органов выраженное, центрального характера, в нижних конечностях выраженные центральные парезы (2 балла).</p> <p>Выявляются выраженной степени тяжести «амиотрофический синдром» — на руках смешанный выраженный парез, на ногах выраженный центральный парез (2 балла); «полиомиелитический» синдром — выраженная атрофия мышц руки, в основном, в проксимальных отделах; спастический — в основном, нижний выраженный парапарез или тетрапарез. Отмечается частичная компенсация двигательных нарушений.</p> <p>Ограничение жизнедеятельности устанавливаются в зависимости от выраженности двигательных синдромов и нарушения функции тазовых органов.</p>	<p>самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II, III ст.</p>	II группа
IV степень	<p>Резко выраженный парез или плегия на руках (1 балл или плегия, в основном, смешанный тип), проксимальная атрофия мышц, фасцикуляции, резкое повышение тонуса в паретичных мышцах. Нарушается поверхностная и глубокая чувствительность по проводниковому типу. Нарушение функции тазовых органов резко выраженное, центрального характера, в нижних конечностях выраженные центральные парезы (1 балл или плегия).</p> <p>Выявляются резко выраженной степени тяжести «амиотрофический синдром» — на руках смешанный выраженный парез, на ногах выраженный центральный парез (1 балл); «полиомиелитический» синдром — выраженная атрофия мышц руки, в основном, в проксимальных отделах; спастический синдром — в основном, нижний выраженный пара- или тетрапарез, пара- или тетраплегия. От-</p>	<p>самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.</p>	I группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	<p>мечается полная декомпенсация двигательных нарушений, полная неспособность к передвижению, самообслуживанию.</p> <p>Ограничение жизнедеятельности устанавливаются в зависимости от выраженности двигательных синдромов и нарушения функции тазовых органов.</p>		
3.12. Основные синдромы при дисциркуляторной и других видов миелопатии (поражение грудного и поясничного отдела) и влияние их на жизнедеятельность (G95.1; G95.2; V50.0; V51.0; S12, 14, 24; T08)			
I степень	<p>Легкий нижний парапарез (4 балла), легкое повышение тонуса в паретичных мышцах. Нарушается поверхностная и глубокая чувствительность по проводниковому типу. Нарушение функции тазовых органов незначительное, в нижних конечностях легкие парезы (4 балла).</p> <p>Выявляются «полиомиелитический» синдром — легкая атрофия мышц нижних конечностей, в основном, в проксимальных отделах; спастический — в основном, нижний легкий парапарез. Отмечается полная компенсация двигательных нарушений.</p>	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	<p>Умеренно выраженный парез на ногах (3 балла), умеренное повышение тонуса в паретичных мышцах. Нарушается поверхностная и глубокая чувствительность по проводниковому типу. Нарушение функции тазовых органов незначительное, в нижних конечностях центральные парезы (3 балла).</p> <p>Выявляются: «полиомиелитический» синдром — гипотрофия мышц нижних конечностей, в основном, в проксимальных отделах; спастический — в основном, нижний средний парапарез. Отмечается субкомпенсация двигательных нарушений.</p> <p>Ограничение жизнедеятельности устанавливаются в зависимости от выраженности двигательных синдромов и нарушения функции тазовых органов.</p>	передвижению — I ст.; самообслуживанию — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	<p>Выраженный парез на ногах (2 балла), выраженное повышение тонуса в паретичных мышцах. Нарушается поверхностная и глубокая чувствительность по проводниковому типу. Нарушение функции тазовых органов выраженное.</p> <p>Выявляется выраженный «полиомиелитический» синдром — выраженная атрофия мышц нижних конечностей, в основном, в проксимальных отделах; спастический — в основном, нижний выраженный парапарез. Отмечается частичная компенсация двигательных нарушений.</p>	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II-III ст.	II группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	Ограничение жизнедеятельности устанавливаются в зависимости от выраженности двигательных синдромов и нарушения функции тазовых органов.		
IV степень	<p>Резко выраженный парез или паралич на ногах (1 балл), значительное повышение тонуса в паретичных мышцах. Нарушается поверхностная и глубокая чувствительность по проводниковому типу. Нарушение функции тазовых органов выраженное, в нижних конечностях выраженные центральные парезы (1 балл).</p> <p>Выявляется: «полимиелитический» синдром — выраженная атрофия мышц нижних конечностей, в основном, в проксимальных отделах; спастический — в основном, нижний выраженный парапарез или парапарез. Отмечается полная декомпенсация двигательных нарушений, полная неспособность к передвижению.</p> <p>Ограничение жизнедеятельности устанавливаются в зависимости от выраженности двигательных синдромов и нарушения функции тазовых органов.</p>	Самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа
1.13. Основные синдромы при дисциркуляторной и других видах энцефалопатии и их влияние на жизнедеятельность (G.45; G.46; I67; 69; I.70; S.06)			
Дисциркуляторная энцефалопатия — медленно прогрессирующая недостаточность мозгового кровообращения, приводящая к нарастающим диффузным структурным изменениям с нарушением мозговых функций.			
I степень	Отмечаются субъективные жалобы — головные боли, головокружение, шум в ушах, быструю утомляемость, которая усиливается при перемене погоды. После отдыха жалобы исчезают. Артериальное давление повышается до 150/90. Объективно выявляется: анизорефлексия, асимметрия мышц лица, рефлексы орального автоматизма (легкие). На глазном дне — сужение артерий сетчатки.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Субъективные жалобы преобладают над объективными данными. Жалобы на головные боли, головокружение, нарушение сна, быстрая утомляемость, снижение памяти (непрофессионального характера). Жалобы усиливаются при умственном и физическом переутомлении. После отдыха все жалобы проходят. Артериальное давление повышается до 160/90. Объективно выявляются легкая асимметрия мышц лица, анизорефлексия, рефлексы орального автоматизма. На глазном дне ангиопатия сетчатки. Основные неврологические симптомы — легко выраженные пирамидные, дискоординаторные, амиостатические симптомы.	самообслуживанию — I ст.; трудовой деятельности — I ст.;	III группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	<p>На УЗДГ БЦС — асимметрия кровотока по ВСА, НСА, ПА (снижение на 30 — 35%). На КТ патология не выявляется или выявляются легкие атрофические процессы коры головного мозга.</p> <p>Ограничение жизнедеятельности устанавливают в зависимости от выраженности двигательных, дискоординаторных, амиостатических синдромов.</p>		
III степень	<p>Объективная симптоматика преобладает над жалобами. Артериальное давление повышается до 200/100. Объективно выявляется: асимметрия мышц лица, анизорефлексия, рефлексы орального автоматизма, парезы (гемипарезы — 2 балла) в конечностях. Отмечаются транзиторные ишемические атаки (до 3-4 раз в год). На глазном дне ангиопатия сетчатки. Основные неврологические синдромы — выраженные пирамидные, дискоординаторные, амиостатические.</p> <p>На УЗДГ БЦС — асимметрия кровотока по ВСА, НСА, ПА (снижение на 45 — 65%). На КТ выявляются очаги разрежения или выявляются атрофические процессы в коре головного мозга, расширение желудочковой системы, появление гиподенсивных участков.</p> <p>Ограничение жизнедеятельности устанавливают в зависимости от выраженности двигательных, дискоординаторных, амиостатических синдромов.</p>	<p>самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II-III ст.</p>	II группа
IV степень	<p>Объективная симптоматика преобладает над жалобами. Жалобы усиливаются при незначительном умственном и физическом переутомлении. Артериальное давление повышается до 200/100. Наблюдаются гипертонические кризы. Объективно выявляется: асимметрия мышц лица, анизорефлексия, рефлексы орального автоматизма. Отмечаются транзиторные ишемические атаки (до 5-6 раз в год). На глазном дне ангиосклероз сетчатки. Основные неврологические синдромы — резко выраженные пирамидные, дискоординаторные, амиостатические (с-м паркинсонизма), резко выраженные когнитивные нарушения, тотальная деменция.</p> <p>На УЗДГ БЦС — асимметрия кровотока по ВСА, НСА, ПА (снижение не более 50 — 70%), стенозирование артерий. На КТ выявляются множественные очаги разрежения или выявляются значительные атрофические процессы в коре головного мозга, расширение желудочковой системы, появление множественных гиподенсивных участков.</p>	<p>самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.</p>	I группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	Ограничение жизнедеятельности устанавливают в зависимости от выраженности, дискоординаторных, амиостатических, пирамидных синдромов.		
3.14. Основные синдромы при семейной атаксии (болезнь Фридрейха) и их влияние на жизнедеятельность (G.11; 12; 13; 22; 25; 26)			
Болезнь Фридрейха, семейная атаксия — наследственное аутосомно-рецессивное заболевание, обусловленное преимущественной дегенерацией задних столбов и задних корешков спинного мозга, проявляющееся, в основном, атаксией.			
I степень	Легкая мозжечковая атаксия и пирамидная недостаточность (без парезов), непостоянные дополнительные симптомы (атрофия дисков зрительного нерва, нарушение движения глазных яблок и др.). На МРТ выявляется легкая атрофия спинного мозга. Координаторные расстройства выявляются лишь при выполнении специальных заданий, тестов.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Дискоординация проявляется при выполнении обычных движений. Выявляются: умеренные симптомы мозжечковой атаксии; умеренная пирамидная недостаточность (при отсутствии парезов); непостоянные дополнительные симптомы (атрофия дисков зрительного нерва, дизартрия, нистагм и др.); на МРТ выявляются явления атрофии спинного мозга. Ограничение жизнедеятельности устанавливают в зависимости от выраженности дискоординаторных, двигательных синдромов.	передвижению — I ст.; самообслуживанию — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Значительные затруднения выполнения обычных движений. Выявляются: выраженные симптомы мозжечковой атаксии; выраженная пирамидная недостаточность (при отсутствии парезов); непостоянные дополнительные симптомы (атрофия дисков зрительного нерва, дизартрия, нистагм и др.); на МРТ выявляются явления атрофии спинного мозга. Ограничение жизнедеятельности устанавливают в зависимости от выраженности дискоординаторных, двигательных синдромов, зрительных нарушений	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II-III ст.	II группа
IV степень	Резко выраженные функциональные нарушения, невозможно выполнение обычных движений. Выявляются: резко выраженные симптомы мозжечковой атаксии;	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	<p>резко выраженная пирамидная недостаточность (при отсутствии парезов); непостоянные дополнительные симптомы (атрофия дисков зрительного нерва, дизартрия, нистагм и др.); на МРТ выявляются выраженные признаки атрофии спинного мозга.</p> <p>Ограничение жизнедеятельности устанавливают в зависимости от выраженности дискоординаторных, двигательных синдромов, зрительных нарушений.</p>		
3.15. Основные синдромы при ликвородинамических нарушениях и их влияние на жизнедеятельность (G.09; 91; 92; 93; S.06; T.90; T.90.5)			
Ликвородинамические нарушения приводят к развитию гипертензионного синдрома — симптомокомплекса, обусловленного стабильным или прогрессирующим повышением внутричерепного давления.			
I степень	<p>Продолжительность приступов 10 — 15 минут, непродолжительные головные боли, легкое головокружение, тошнота;</p> <p>Частота приступов 1-2 раза в месяц. На ЭхоЭГ выявляется легкое расширение ширины 3 желудочка, на рентгенографии изменений не выявляют, глазное дно без патологии.</p>	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	<p>Продолжительность приступов от 10 — 15 минут до 1-го часа. Приступы умеренной тяжести, частота их 3-4 раза в месяц. Выявляются симптомы умеренного повышения внутричерепного давления, застойные явления на глазном дне, легкие изменения костей черепа (турецкого седла).</p> <p>На ЭхоЭГ — умеренное расширение ширины 3 желудочка, появление дополнительных сигналов. На КТ или МРТ явления легкой атрофии коры головного мозга, расширение и асимметрия боковых желудочков, слипчивые процессы в оболочках головного мозга, кисты.</p> <p>Ограничение жизнедеятельности устанавливают в зависимости от частоты приступов и выраженности дискоординаторных, двигательных синдромов, зрительных нарушений.</p>	ориентации — I ст.; самообслуживанию — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	<p>Приступы частые (более 5 раз в месяц), продолжительность приступов 1 час и более (до суток), сопровождается сильными головными болями, головокружением, тошнотой, рвотой, стойкой икотой, диплопией, временным снижением остроты зрения, приступами сердцебиения или брадикардией. При длительной продолжительности внутричерепной гипертензии выявляется: застойные диски зрительных нервов, изменение ширины турецкого седла на рентгенограмме.</p>	ориентации — II ст.; самообслуживанию — II ст.; трудовой деятельности — II-III ст.	II группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	<p>На КТ и МРТ выявляется: расширение ширины 3 желудочка, атрофия коры головного мозга, слипчивые процессы в оболочках конвекситальной поверхности и задней черепной ямки, асимметрия желудочков, слипчивые процессы в желудочковой системе головного мозга, явления гидроцефалии.</p> <p>Ограничение жизнедеятельности устанавливают в зависимости от частоты приступов и выраженности дискоординаторных, двигательных синдромов, зрительных нарушений.</p>		
IV степень	<p>Приступы частые (более 10 раз в месяц), тяжелые. Продолжительность приступов до 2-х суток, сопровождается сильнейшими головными болями, головокружением, тошнотой, рвотой, стойкой икотой, диплопией, временным снижением остроты зрения, приступами сердцебиения или брадикардией. При длительной продолжительности внутричерепной гипертензии выявляется: застойные диски зрительных нервов, изменение ширины турецкого седла на рентгенограмме.</p> <p>На КТ и МРТ выявляется: резкое расширение ширины 3 желудочка, атрофия коры головного мозга, слипчивые процессы в оболочках конвекситальной поверхности и ЗЧЯ, асимметрия желудочков, слипчивые процессы в желудочковой системе головного мозга, явления гидроцефалии. В связи с частыми приступами больные нуждаются в постороннем уходе и надзоре.</p> <p>Ограничение жизнедеятельности устанавливают в зависимости от частоты приступов и выраженности дискоординаторных, двигательных синдромов, зрительных нарушений.</p>	<p>ориентации — III ст.; самообслуживанию — III ст.</p>	I группа
3.16. Основные синдромы при рассеянном склерозе и влияние их на ограничение жизнедеятельности (G35)			
<p>Рассеянный склероз (множественный склероз) — демиелинизирующее заболевание с множественными очагами поражения нервной системы, протекающее с обострениями или неуклонно прогрессивно, поражающее, в основном, лиц молодого возраста. Выделяют 3 формы: 1) цереброспинальную; 2) церебральную; 3) спинальную.</p>			
I степень	<p>Двигательные нарушения: легкий центральный гемипарез (4 балла). Небольшое снижение мышечной силы при полном объеме движений с преодолением сопротивления. Мышечный тонус незначительно повышен по спастическому типу. Анизорефлексия по гемитипу.</p> <p>Чувствительная сфера: легкое снижение вибрационной чувствительности, легкая гемигипестезия.</p>	<p>Ограничения жизнедеятельности нет</p>	Ограничение по линии ВКК

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	<p>Координаторные нарушения: легкая асинергия, атаксия, дисметрия, походка не нарушена, легкое интенционное дрожание, легковыраженная скандированная речь.</p> <p>Зрительные нарушения не выявляются.</p> <p>Вестибулярные и слуховые расстройства: легкое головокружение, установочный горизонтальный нистагм.</p> <p>Ограничение жизнедеятельности устанавливается по двигательным и координаторным нарушениям.</p>		
II степень	<p>Двигательные нарушения: умеренный центральный гемипарез (3 балла). Мышечный тонус умеренно повышен по спастическому типу. Анизорефлексия по гемитипу.</p> <p>Чувствительная сфера: умеренное снижение вибрационной чувствительности, гемигипестезия, на ногах снижение мышечно-суставного чувства.</p> <p>Координаторные нарушения: умеренная асинергия, атаксия, дисметрия, походка не нарушена, умеренное интенционное дрожание, умеренно-выраженная скандированная речь.</p> <p>Зрительные нарушения: снижение остроты зрения до 0,1 в лучше видящем глазу, единичные центральные или периферические скотомы, иногда побледнение височной половины дисков зрительного нерва.</p> <p>Вестибулярные и слуховые расстройства: головокружение, установочный горизонтальный нистагм.</p> <p>Нарушение функции тазовых органов: изредка выявляются императивные позывы.</p> <p>Ограничение жизнедеятельности, в основном, устанавливается по двигательным, координаторным или зрительным нарушениям.</p>	<p>ориентации — I ст.; самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.</p>	III группа
III степень	<p>Двигательные нарушения: выраженный центральный гемипарез (2 балла), снижение мышечной силы, отмечается частичная компенсация двигательных нарушений. Мышечный тонус повышен по спастическому типу. Анизорефлексия по гемитипу. Брюшные рефлексы отсутствуют.</p> <p>Чувствительная сфера: выраженное снижение вибрационной чувствительности, гемигипестезия, на ногах снижение мышечно-суставного чувства.</p>	<p>ориентации — II ст.; самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II-III ст.</p>	II группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	<p>Координаторные нарушения: выраженная асинергия, атаксия, дисметрия, походка атактическая, выраженное среднеразмашистое интенционное дрожание при попытке целенаправленного движения, выраженная скандированная речь.</p> <p>Зрительные нарушения: снижение остроты зрения до 0,08 в лучшем видеющем глазу, центральные или периферические скотомы, побледнение височной половины дисков зрительного нерва.</p> <p>Выраженные вестибулярные и слуховые расстройства: головокружение, горизонтальный нистагм.</p> <p>Нарушение функции тазовых органов: задержка мочеиспускания, императивные позывы, запоры.</p> <p>Ограничение жизнедеятельности устанавливается, в основном, по двигательным, зрительным и координаторным нарушениям, а также по нарушению функции сфинктеров.</p>		
IV степень	<p>Двигательные нарушения: резко выраженный центральный гемипарез (1 балл) или гемиплегия. Мышечный тонус резко повышен по спастическому типу. Выраженная анизорефлексия по гемитипу. Брюшные рефлексы отсутствуют. Выявляются множество патологических стопных рефлексов, клонус стопы, коленной чашечки. Отмечается полная декомпенсация двигательных нарушений — полная неспособность к передвижению.</p> <p>Чувствительная сфера: значительное снижение вибрационной чувствительности, гемигипестезия, на ногах снижение мышечно-суставного чувства.</p> <p>Координаторные нарушения: резко выраженная асинергия, атаксия, дисметрия; выраженное крупноразмашистое интенционное дрожание при попытке целенаправленного движения, выраженная скандированная речь, мегалография.</p> <p>Зрительные нарушения: снижение остроты зрения ниже 0,03 в лучшем видеющем глазу, множественные центральные или периферические скотомы, побледнение височной половины дисков зрительного нерва.</p> <p>Вестибулярные и слуховые расстройства: резко выраженное головокружение, горизонтальный нистагм.</p> <p>Нарушение функции тазовых органов: задержка мочеиспускания, императивные позывы, запоры.</p>	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.; ориентации — III ст.;	I группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	Ограничение жизнедеятельности устанавливается, в основном, по двигательным, зрительным и координаторным нарушениям, а также по нарушению функции тазовых органов.		
3.17. Основные синдромы при спастической параплегии Штрюмпеля и влияние их на ограничение жизнедеятельности (G82.1)			
<p>Спастическая параплегия (болезнь Штрюмпеля) — заболевание, относящееся к группе наследственных спастических параплегий, генетически гетерогенных и клинически полиморфных дегенераций с преимущественным поражением боковых канатиков спинного мозга.</p> <p>Ведущий симптом — спастический нижний парализ, поражаются кортико-спинальные пути в боковых канатиках с двух сторон, особенно в грудных сегментах, с демиелинизацией и разрушением осевых цилиндров, частично перерождение пучка Голля в грудных сегментах, часто дегенерация спиноцеребеллярных пучков, уменьшение количества клеток Беца в передней центральной извилине.</p>			
I степень	Легкий спастический парализ, снижение мышечной силы до 4-х баллов, легкое повышение мышечного тонуса по спастическому типу. Походка не изменена. В положении лежа тонус мышц слегка повышен. Легкая гиперрефлексия с нижних конечностей. Легкое снижение вибрационной чувствительности на ногах.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Умеренный спастический нижний парализ, снижение мышечной силы до 3-х баллов. Мышечный тонус повышен, в положении лежа более выражен. Чувствительная сфера: снижение вибрационной чувствительности на нижних конечностях. Координаторные нарушения: умеренная атаксия при коленно-пяточной пробе (КПП), походка умеренно спастическая. Нарушения функции тазовых органов не выявляются. Ограничение жизнедеятельности устанавливается, в основном, по двигательным нарушениям.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.;	III группа
III степень	Выраженный парез нижних конечностей, снижение мышечной силы до 2-х баллов, выраженное повышение мышечного тонуса по спастическому типу, преимущественно приводящих мышц бедра и разгибателей голени. Вызываются патологические стопные рефлексы (Бабинского, Оппенгейма, Россолимо, Бехтерева), брюшные рефлексы отсутствуют. Чувствительная сфера: снижение вибрационной чувствительности на нижних конечностях. Координаторные нарушения: выраженная атаксия при КПП, походка спастическая.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II ст.	II группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	Нарушения функции тазовых органов: императивные позывы, недержание мочи. Ограничение жизнедеятельности устанавливается, в основном, по двигательным, координаторным нарушениям, а также по нарушению функции тазовых органов.		
IV степень	Резко выраженный спастический парапарез нижних конечностей или параплегия (до 1 балла или плегия). Координаторные нарушения: резко выраженная атаксия при КПП, крупно-размашистый интенционный тремор ног при попытке целенаправленного движения, что создает большие трудности при передвижении, выполнении трудовых операций. Нарушения функции тазовых органов: задержка мочи, императивные позывы, запоры. Ограничение жизнедеятельности устанавливается, в основном, по двигательным и координаторным нарушениям, а также по нарушению функции тазовых органов.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа
3.18. Основные синдромы при черепно-мозговой травме в отдаленном периоде и влияние их на ограничение жизнедеятельности (G40; G41; S06; T90; T90.5)			
Черепно-мозговая травма (ЧМТ) — механическое повреждение черепа и внутричерепного содержимого (вещества мозга, сосудов, черепных нервов), проявляющееся очаговой, общемозговой и смешанной симптоматикой, обусловленной первичными структурно-функциональными изменениями, а в дальнейшем — непрямыми (опосредованными) патофизиологическими и патоморфологическими процессами.			
Ведущие неврологические посттравматические синдромы: 1) неврологический дефицит — в основном, двигательные нарушения; 2) психические дисфункции; 3) вегетативные дисрегуляции; 4) эпилептический; 5) вестибулярный; 6) ликвородинамический.			
I степень	Синдром вегетативной дистонии (СВД) наблюдается при легкой ЧМТ в 60% случаев. Он усугубляется под влиянием физических и эмоциональных перегрузок, соматических заболеваний, интоксикаций. Проявляется легкими редкими вегето-сосудистыми пароксизмами. Психопатологические нарушения: астенический синдром (до 40 — 50%), астено-невротический, ипохондрический, психопатоподобный синдромы легкой степени выраженности. Вестибулярный синдром: легкое головокружение, нарушение равновесия, тошнота.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	Ликвородинамические нарушения: не диагностируются. Церебрально-очаговые синдромы: анизорефлексия.		
II степень	СВД: средней степени тяжести, редкие (до 2 — 4 раз в месяц) вегетососудистые пароксизмы. Психопатологические нарушения: умеренные астенический, астено-невротический, ипохондрический, психопатоподобный синдромы. Вестибулярный синдром: умеренное головокружение, нарушение равновесия, снижения слуха, тошнота и рвота. Церебрально-очаговые синдромы: умеренные парезы в конечностях, снижение мышечной силы до 3-х баллов, анизорефлексия, повышение мышечного тонуса по спастическому типу, эпилептические припадки (умеренной частоты — от 2 до 4 раз в месяц большие приступы), тугоухость III-IV ст., умеренно выраженные экстрапирамидные симптомы. Ликвородинамические нарушения (см. Нарушение ликвородинамики). При последствиях открытой черепно-мозговой травмы после проведения декомпрессии определяется дефект костей черепа от 3-х до 39 см ² , а также наличие инородного тела в веществе мозга. Отмечается чаще сочетание 2- или 3-х синдромов. Ограничение жизнедеятельности устанавливается, в основном, по двигательным, вестибулярным и ликвородинамическим нарушениям, а также по костному дефекту черепа (незамещенному).	ориентации — I ст.; самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	СВД: тяжелые, частые вегето-сосудистые кризы (более 5 раз в месяц). Психопатологические нарушения: выраженный астенический, астено-невротический, ипохондрический, психоорганический синдромы, очаговая деменция. Вестибулярный синдром: выраженное головокружение, нарушение равновесия, снижения слуха, тошнота и рвота. Ликвородинамические нарушения (см. Нарушение ликвородинамики). Церебрально-очаговые синдромы: выраженные геми-, пара-, тетрапарезы (снижение мышечной силы до 2-х баллов), анизорефлексия, повышение мышечного тонуса по спастическому типу, клонусы стоп, коленной чашечки, эпилептические припадки (частые, более 5 раз в месяц большие приступы), экстрапирамидные симптомы выраженной степени, мозжечковые нарушения, афазия.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II, III ст.;	II группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	<p>Отмечается сочетание 4-5 синдромов. Ограничение жизнедеятельности определяется по выраженному функциональному нарушению. При последствиях открытой черепно-мозговой травмы, после проведения декомпрессии, определяется дефект костей черепа от 40 см² и выше.</p> <p>Ограничение жизнедеятельности устанавливается, в основном, по двигательным, ликвородинамическим нарушениям, а также по интеллектуальному дефекту и эпилептическим приступам, а также по костному дефекту черепа (незамещенному).</p>		
IV степень	<p>Психопатологические нарушения: резко выраженные — психоорганический синдром, деменция.</p> <p>Резко выраженный вестибулярный синдром.</p> <p>Ликвородинамические нарушения (см. Нарушение ликвородинамики).</p> <p>Церебрально-очаговые синдромы: резко выраженные геми-, пара- или тетрапарезы (снижение мышечной силы до 1-го балла) или плегии, выраженная анизорефлексия, повышение мышечного тонуса по спастическому типу, клonusы стоп, коленной чашечки, эпилептические припадки (частые — более 15 раз в месяц большие приступы), экстрапирамидные симптомы выраженной степени, мозжечковая симптоматика, афазия (тотальная).</p> <p>Отмечается сочетание 4-5 синдромов. Ограничение жизнедеятельности определяется по резко выраженным функциональным нарушениям. На КТ — атрофические процессы коры головного мозга, рубцовые изменения в веществе мозга. Снижение остроты зрения ниже 0,03 в лучше видящем глазу, атрофии дисков зрительного нерва, застойные явления на глазном дне и др.</p> <p>Ограничение жизнедеятельности устанавливается, в основном, по двигательным, зрительным, ликвородинамическим нарушениям, а также по интеллектуальному дефекту и эпилептическим приступам.</p>	<p>самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.; ориентации — III ст.; общению — III ст.</p>	I группа
3.19. Основной синдром при нарушении движения и его влияние на жизнедеятельность (G12.24; G32.0; G64)			
<p>Основным синдромом является центральный парез или паралич — ослабление или выпадение двигательных функций с отсутствием или снижением мышечной силы в результате патологических процессов центрального двигательного нейрона на любом участке корково-спинномозгового (пирамидного) пути.</p>			

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
I степень	Легкий центральный гемипарез. Небольшое снижение силы (до 4 баллов) при полном объеме движений с преодолением сопротивления. Мышечный тонус незначительно повышен. Анизорефлексия по гемитипу.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Умеренный центральный гемипарез, снижение мышечной силы (до 3-х баллов) при умеренно сниженном объеме движений и ослаблении возможности преодоления сопротивления. Умеренное повышение тонуса. Анизорефлексия, наличие патологических рефлексов на стороне поражения.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Выраженный центральный гемипарез. Сила значительно снижена (до 2-х баллов), активные движения возможны в ограниченном объеме, преодоление противодействия исследующего очень слабое. Выраженная мышечная гипертония, анизорефлексия, клonusы, грубые патологические рефлексы.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II ст.	II группа
IV степень	Гемиплегия или резко выраженный гемипарез (1 балл). Нет видимого движения и/или возможны движения чаще в проксимальных отделах в ограниченном объеме. Ощущается напряжение мышц. Резкая анизорефлексия, патологические рефлексы, клonusы.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа
3.20. Атаксия и ее влияние на ограничение жизнедеятельности (G21; G22)			
Атаксия (греч. «ataxia» — отсутствие порядка, беспорядочность) — нарушение моторики, проявляющееся расстройством координации движений.			
I степень	Легкая атаксия. Неуверенность при ходьбе только в определенных условиях (при низкой освещенности, при поворотах). Легкое пошатывание в усложненной позе Ромберга, неуверенность при выполнении точных координированных движений.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Умеренная атаксия. Походка изменена, ухудшается даже при полной освещенности, компенсируется увеличением площади опоры, затруднение при выполнении точных координированных движений в быту и производственной деятельности, затруднение при выполнении координаторных проб.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Выраженная атаксия. Походка значительно изменена, ограничены темп и расстояние передвижения, грубые нарушения при выполнении координаторных проб, затруднение при выполнении элементарных бытовых навыков, явные признаки поражения одной из систем, участвующих в координации (мозжечковой, вестибулярной, проприоцептивной).	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II, III ст.	II группа
IV степень	Резко выраженная атаксия. Ходьба невозможна или возможно передвижение с помощью других лиц или вспомогательных средств в пределах жилья, невыполне-	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	ние координаторных проб, резкое затруднение осуществления элементарных бытовых навыков (из-за атаксии).		
3.21. Акинетико-ригидный синдром и его влияние на ограничение жизнедеятельности (G21; G22)			
Акинетико-ригидный синдром проявляется отсутствием активных движений и ригидностью мышц (пластическая гипертония).			
I степень	Легкий акинетико-ригидный синдром. Проявления распространяются на одну конечность или по гемитипу, небольшая замедленность движений, тремор, выпадение содружественных синергий при ходьбе. Незначительное повышение мышечного тонуса.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Умеренный акинетико-ригидный синдром. Гипомимия, незначительная скованность. Обеднение движений, мелкоразмашистый тремор покоя, слегка согбенная поза, умеренное изменение походки, тонус мышц повышен по экстрапирамидному типу.	самообслуживанию — I ст.; передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Выраженный акинетико-ригидный синдром. Амимия, мышечная ригидность, резкая замедленность движений, тремор по типу «скатывания» пилюль, согбенная поза, ходьба мелкими шажками, смазанная речь.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II, III ст.	II группа
IV степень	Резко выраженный акинетико-ригидный синдром. Выраженная общая скованность, прикованность к постели, амимия, редкое мигание, заторможенность психических процессов, неразборчивая речь.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа
3.22. Моторная афазия и ее влияние на ограничение жизнедеятельности (F80; F82)			
Афазия — приобретенное расстройство речи, возникающее при достаточном слухе и сохранении артикуляции, когда частично или полностью утрачивается возможность активно пользоваться речью для выражения мыслей, чувств и (или) понимать слышимую речь. Моторная афазия (Брока) возникает при поражении нижних отделов левой лобной доли кпереди от передней центральной извилины. Часто сочетается с правосторонним гемипарезом.			
I степень	Легкая моторная афазия. Устная речь замедлена, словарный запас слегка ограничен; в активном пользовании больного не только бытовая лексика, но и отдельные слова с переносным значением. Высказывания выходят за рамки бытовой ситуации. Больной в состоянии дать словесное изложение какого-либо события. Речевая активность удовлетворительная.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Умеренная афазия. Устная речь ограничена, состоит из простых фраз. Активный словарный запас обеднен, включает только простые по звуковой структуре слова,	общению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	относящиеся к бытовой тематике. Имеются трудности в употреблении предлогов. Речевая активность снижена. Ограничение жизнедеятельности определяется при сочетании речевых и двигательных нарушений.		
III степень	Выраженная афазия. Устная речь резко нарушена или имеется лишь речевой «эмбол», заменяющий больным вербальную речь в попытках общения с окружающими. Больные пользуются жестами и мимикой. Фразовая речь возможна, но фразы примитивны по логической структуре. Аграмматизм, речевая активность значительно снижена.	Общению — II ст.; трудовой деятельности — II-III ст.	II группа
IV степень	Полная сенсорно-моторная (тотальная) афазия. Больной не способен понимать обращенную речь и говорить. Расстройство речи обычно сопровождается грубым гемипарезом, гемигипестезией, гемиаонпсией.	общению — III ст.	I группа
3.23. Сенсорная афазия и ее влияние на ограничение жизнедеятельности (F80)			
Сенсорная афазия (Вернике) возникает при поражении задней трети верхней височной извилины. Часто сочетается с правосторонним гемипарезом.			
I степень	Легкая сенсорная афазия. Больные относительно свободно понимают речь, однако имеются определенные трудности восприятия текстов, требующих совершения ряда последовательных логических операций. Иногда в усложненных условиях обнаруживаются элементы отчуждения смысла слова. Устные инструкции доступны.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Умеренная сенсорная афазия. Больные понимают ситуационную речь, но понимание более сложных видов речи затруднено. Имеются ошибки в осмыслении: парагнозии, отчуждение смысла слова на названия отдельных предметов или частей слова. Иногда больные в состоянии дифференцировать слова с оппозиционными фонемами, но в соответствующих слогах допускают ошибку. На способность понимания речи оказывают существенное влияние темп речи собеседника. Больные, как правило, в состоянии заметить лишь грубые смысловые искажения. Устные инструкции выполняют с частыми ошибками. Ограничение жизнедеятельности определяется при сочетании речевых и двигательных нарушений.	общению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Резко выраженная сенсорная афазия. Объем понимания речи крайне ограничен. Больные в состоянии понимать лишь сугубо ситуативную речь, близкую им по тематике. Выявляется грубое отчуждение смысла слова при показе частей тела и	общению — II ст.; трудовой деятельности — II, III ст.	II группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	предметов. Устные инструкции выполняются с грубыми искажениями. При восприятии речи больные усиленно опираются на мимику, жест, интонацию собеседника. Ограничение жизнедеятельности определяется при сочетании речевых и двигательных нарушений.		
IV степень	Полная сенсорно-моторная (тотальная) афазия. Больной не способен понимать обращенную речь и говорить. Расстройство речи обычно сопровождается грубым гемипарезом, гемигипестезией, гемиаонпсией.	общению — III ст.;	I группа
3.24. Остеохондроз позвоночника с неврологическими нарушениями и его влияние на ограничение жизнедеятельности (M50.1;M51;)			
Остеохондроз позвоночника — дегенеративное поражение межпозвоночного диска с реактивными изменениями со стороны смежных тел позвонков. Проявляется нарушениями чувствительности, движений, а также вегетативно-трофическими, сосудистыми нарушениями и болевым синдромом.			
I степень	Легкий болевой синдром. Боли возникают под влиянием статодинамических нагрузок, полностью проходят после отдыха в горизонтальном положении. Движения в позвоночнике свободны или слегка ограничены; походка не изменена. Могут выявляться отдельные признаки вертебрального синдрома: уплощение лордоза, легкое напряжение паравертебральной мускулатуры. Симптомы натяжения нервных стволов не выражены.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Умеренный стойкий болевой синдром. Боли усиливаются в связи со статодинамическими нагрузками на позвоночник, при движениях, длительных вынужденных позах. Объем движений в позвоночнике ограничен, особенно сгибание. Походка шадящая. Вертебральный синдром включает уплощение или исчезновение лордоза, легкий сколиоз, умеренное напряжение паравертебральных мышц. Симптомы натяжения нервных стволов выражены умеренно: симптом Ласега под углом 40 — 60°, симптом посадки под углом 50 — 70°. Умеренное нарушение вестибулярных функций. Частота обострений заболевания до 3-х раз в год, продолжительностью до 1 — 1,5 месяца.	самообслуживанию — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Выраженный стойкий болевой синдром. В период обострений боли постоянные, усиливаются при легких статодинамических нагрузках (перемене положения тела, подъема с постели и др.). При ортопедической укладке боли уменьшаются. Передвижение возможно в пределах помещения, походка шадящая, шаг укорочен на	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II, III ст.	II группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	здоровой стороне, для разгрузки позвоночника больные используют различные приемы (симптом Минара, «треноги» или «аспорки»). Выражены признаки вертебрального синдрома: исчезновение лордоза, сколиоз, кифоз, выраженное напряжение паравертебральных мышц (мышцы «каменистой» плотности), положителен симптом ипсилатерального напряжения многораздельных мышц; выраженная локальная болезненность остистых отростков, паравертебральных точек; выраженное ограничение движений позвоночника. Выражены симптомы натяжения нервных стволов: симптом Ласега под углом 20 — 30°, Нери, Дежерина. При вызывании симптомов натяжения отмечаются эмоциональные, двигательные и вегетативные реакции (гипергидроз, покраснение кожных покровов, тахикардия и др.). При длительных обострениях с частотой более 4-х раз в год. После ламинэктомии, в зависимости от объема оперативного вмешательства и при наличии выраженных послеоперационных осложнений.		
IV степень	Определяется редко. В случае глубокого нижнего парапареза, параплегии, после острой радикуломиелоишемии, грыжевой компрессии конского хвоста.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа
3.25. Эпилептиформный синдром и его влияние на ограничение жизнедеятельности (G40; G41)			
Эпилепсия — хроническое заболевание головного мозга, характеризующееся повторными припадками, возникающими в результате гиперсинхронизации нейронов, протекающее с различными клиническими проявлениями и течением.			
I степень	Редкие, один раз в месяц и реже большие приступы или один раз в день малые приступы.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Средней частоты 2 — 4 раза в месяц большие приступы или 2 — 4 раза малые приступы в день.	ориентации — I ст.; контроля своего поведения — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Частые, 5 раз в месяц и чаще большие приступы или более 5 раз малые приступы в день.	ориентации — II ст.; контроля своего поведения — II ст.; трудовой деятельности — II, III ст.	II группа
IV степень	Очень частые, более 15 раз в месяц большие приступы или ежедневные более 10 раз малые приступы в день.	самообслуживанию — III ст.; контроля своего поведения — II ст.;	I группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
		ориентации — III ст.	
Примечание: функциональные нарушения I степени при утрате проф. пригодности и невозможности рационального трудоустройства.			
3.27. Зрительные нарушения при неврологических заболеваниях и влияние их на ограничение жизнедеятельности (H46; 47; H48.0; H48.1)			
Зрение — функция органа зрения и зрительного анализатора, заключающаяся в восприятии и преобразовании энергии света, излученного или отраженного различными объектами и получение информации об окружающем мире.			
I степень	Легкое нарушение зрительных функций. Двустороннее снижение остроты зрения от 0,16 до 0,4 с коррекцией; концентрическое двустороннее сужение поля зрения от 25 до 50° от точки фиксации.	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Умеренное нарушение зрительных функций. Снижение остроты зрения в лучше видящем глазу от 0,1 до 0,2 с коррекцией; концентрическое двустороннее сужение поля зрения до 20° от фиксации. Практическая или полная слепота одного глаза.	ориентации — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Выраженное нарушение зрительных функций. Снижение остроты зрения в лучше видящем глазу от 0,04 до 0,09 с коррекцией; двустороннее концентрическое сужение поля зрения до 10 — 15° от точки фиксации с выпадением центра; центральная абсолютная скотома в 10°.	самообслуживанию — II ст.; ориентации — II ст.; трудовой деятельности — II, III ст.	II группа
IV степень	Резко выраженное нарушение зрительных функций. Острота зрения единственного или лучше видящего глаза от 0,03 до 0. Концентрическое двустороннее сужение поля зрения до 5° от точки фиксации (трубчатое поле зрения).	самообслуживанию — III ст.; ориентации — III ст.	I группа
3.27. Основные синдромы при хроническом церебральном лептоменингите, а также хориозпендиматите и влияние их на ограничение жизнедеятельности (G40; G41; S6; T90; T90.5)			
Хронический церебральный лептоменингит (арахноидит) — хронический диффузный аутоиммунный пролиферативный спастичный процесс преимущественно паутинной и мягкой оболочек мозга. Различают 2 патогенетических варианта: 1) истинный аутоиммунный лептоменингит — протекающий с образованием антител к оболочкам мозга, продуктивными изменениями в виде гиперплазии арахноэндотелия, приводящий к гибели ячеек и облитерации ликвороносных каналов в субарахноидальном пространстве. Характерна диффузность поражения оболочек мозга с вовлечением молекулярного слоя коры, эпендимы желудочков, хореоидного сплетения. Течение хронически прогрессирующее и интермиттирующее; 2) резидуальное состояние после нейроинфекции или ЧМТ с исходом в облитерацию, фиброз оболочек, с образованием сращений и кист на месте некроза. Различают конвекситальные, базальные (чаще оптико-хиазмальной области), задней черепной ямки — в соответствии наблюдается преимущественное поражение этих зон, а также выделяют хориозпендиматит (поражение желудочковой системы), проявляющийся клиническими симптомами ликворной гипо- и гипертензии.			

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
I степень	<p>Легкие нарушения. Нарушение зрительных функций (см. Зрительные нарушения). Нарушение ликвородинамики (см. Нарушение ликвородинамики). Эпилептические приступы (см. Эпилептиформный синдром). Сочетание указанных синдромов с мозжечковыми, вестибулярными нарушениями (при лептоменингите задней черепной ямки) усугубляет степень ограничения жизнедеятельности.</p>	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	<p>Умеренные нарушения. Нарушение зрительных функций (см. Зрительные нарушения). Нарушение ликвородинамики (см. Нарушение ликвородинамики). Эпилептические приступы — большие приступы 2 — 4 раза в месяц (см. Эпилептиформный синдром). Астено-невротический синдром: сопутствующая вегето-сосудистая дистония приводит к дезадаптации (снижение выносливости к климатическим факторам, к шуму, яркому освещению, стрессам), что ограничивает жизнедеятельность. Сочетание указанных синдромов с умеренными мозжечковыми, вестибулярными нарушениями (при лептоменингите задней черепной ямки) усугубляет степень ограничения жизнедеятельности. Ограничение жизнедеятельности определяют по зрительным и ликвородинамическим нарушениям, а также по частоте эпилептических приступов.</p>	<p>контролю за своим поведением — I ст.; ориентации — I ст.; передвижению — I ст.; самообслуживанию — I ст.; трудовой деятельности — I ст.</p>	III группа
III степень	<p>Выраженные нарушения. Нарушение зрительных функций (см. Зрительные нарушения). Нарушение ликвородинамики (см. Нарушение ликвородинамики). Эпилептические приступы — большие приступы более 5 раз в месяц (см. Эпилептиформный синдром). Сочетание указанных синдромов с выраженными мозжечковыми, вестибулярными нарушениями (при лептоменингите задней черепной ямки) усугубляет степень ограничения жизнедеятельности второй степени. Ограничение жизнедеятельности определяют по зрительным и ликвородинамическим нарушениям, а также по частоте эпилептических приступов.</p>	<p>контролю за своим поведением — II ст.; ориентации — II ст.; самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II, III ст.</p>	II группа
IV степень	<p>Резко выраженные нарушения. Нарушение зрительных функций (см. Зрительные нарушения).</p>	контролю за своим поведением — III ст.;	I группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	<p>Эпилептические приступы — большие приступы более 15 раз в месяц (см. Эпилептиформный синдром).</p> <p>Сочетание указанных синдромов с резко выраженными мозжечковыми, вестибулярными нарушениями (при лептоменингите задней черепной ямки) усугубляет степень ограничения жизнедеятельности до третьей степени.</p> <p>Ограничение жизнедеятельности определяют по зрительным нарушениям, а также по частоте эпилептических приступов.</p>	<p>ориентации — III ст.;</p> <p>самообслуживанию — III ст.;</p> <p>передвижению — III ст.</p>	
3.29 Основные синдромы при болезни Паркинсона и паркинсонизме и влияние их на ограничение жизнедеятельности (G20; G21; G22)			
<p>Болезнь Паркинсона — хроническое полиэтиологичное экстрапирамидное заболевание, обусловленное нарушением функционирования дофаминергической системы, проявляющееся гипокинезией, тремором, мышечной ригидностью. Синдром паркинсонизма развивается при сосудистой и атеросклеротической патологии головного мозга.</p>			
I степень	<p>Основные симптомы легко выражены, в домашних условиях и при выполнении профессиональной деятельности затруднений не отмечается.</p> <p>тремор (дрожание), ригидность и тремор наблюдается временами;</p> <p>двигательные нарушения: скорость и амплитуда движения не сокращается, однако, выполняется медленнее, речь не нарушена;</p> <p>вегетативные нарушения легко выраженные;</p> <p>психические функции не нарушены.</p>	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	<p>Наблюдается умеренные нарушения:</p> <p>тремор (дрожание) проявляется при волнении, умеренная ригидность, отмечается затруднение при выполнении действий, требующих точных движений, нарушение речи слегка затрудняет общение;</p> <p>двигательные нарушения — при движении отмечается умеренная про-, ретро-, латеропульсия, отмечается типичное положение тела (голова и руки согнуты, шаги короткие, гипомимия, ригидность мышц); дрожание в одной и двух руках, дрожание головы до 4 — 6 в минуту, в покое усиливается, при движении уменьшается.</p> <p>нарушается вегетативная функция;</p> <p>психические нарушения легкие.</p> <p>Отмечаются трудности при выполнении профессиональной деятельности и самообслуживании.</p>	<p>общению — I ст.;</p> <p>контролю своего поведения — I ст.;</p> <p>самообслуживанию — I ст.;</p> <p>передвижению — I ст.;</p> <p>трудовой деятельности — I ст.</p>	III группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	Ограничение жизнедеятельности определяют по двигательным, координаторным нарушениям.		
III степень	Отмечается выраженное затруднение при движении, самообслуживании за счет дрожания и ригидности, речь нарушена: тремор (дрожание) уменьшается при целенаправленных действиях, однако, создает выраженные затруднения; двигательные нарушения — затрудняются выполнение даже легкого труда, наблюдается олигокинезия, про-, ретро-, латеропульсия; выраженное нарушение вегетативной функции; психические нарушения — выраженные нарушения когнитивных функций. Отмечаются выраженные затруднения при самообслуживании, свободном передвижении, выполнении профессиональной деятельности. Ограничение жизнедеятельности определяют по двигательным, координаторным и психическим нарушениям.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; общению — II ст.; контролю своего поведению — II ст.; трудовой деятельности — II, III ст.	II группа
IV степень	Резко выраженные функциональные нарушения. Отмечается резкое затруднение при движении, самообслуживании за счет выраженности дрожания и ригидности, речь нарушена. Основные симптомы резко выражены: тремор (дрожание) не уменьшается при целенаправленных действиях; двигательные нарушения: наблюдается резко выраженная олиго- или акинезия, что приводит к невозможности самообслуживания; резко нарушается вегетативная функция — за счет слюнотечения, гиперсальности лица, выявляется периферическая вегетативная недостаточность; психические нарушения — резкое нарушение когнитивных функций, выраженная деменция. Ограничение жизнедеятельности определяют по двигательным, координаторным и психическим нарушениям.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.; общению — III ст.; контролю за своим поведением — III.	I группа
3.29. Основные синдромы при последствиях полиомиелита и влияние их на ограничение жизнедеятельности (G20; G21; G22)			
Полиомиелит — острое вирусное заболевание, характеризующееся преимущественным поражением нейронов передних рогов спинного мозга, возникновением вялых парезов и параличей.			
I степень	Легкие функциональные нарушения. В основном, отмечается поражение двигательной сферы. Чаще наблюдается легкий монопарез (верхний или нижний). От-	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	мечается отставание в росте конечности, укорочение конечности до 4 см. Снижение мышечной силы до 4-х баллов, выявляется легкая атрофия.		
II степень	Умеренные функциональные нарушения. Выявляется умеренный монопарез (верхний или нижний). Отмечается отставание в росте конечности, укорочение конечности до 7 см. Снижение мышечной силы до 3-х баллов, выявляется умеренная атрофия, отмечается изменение конфигурации суставов и костей. Ограничение жизнедеятельности определяют по двигательным нарушениям.	передвижению — I ст.; самообслуживанию — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Выраженные функциональные нарушения. Поражение двигательной системы: выраженный парапарез (чаще нижний), изменяется конфигурация конечностей, сколиоз 3-4 ст. Мышечная сила до 2-х баллов. Ограничение жизнедеятельности определяют по двигательным нарушениям.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II-III ст.	II группа
IV степень	Резко выраженные функциональные нарушения. Глубокий парапарез (сила мышц 1 балл); чаще нижний, паралич, значительно выраженное изменение конфигурации конечностей, сколиоз, деформация грудной клетки (3-4 ст.), дыхательная недостаточность 2 ст. и более. Ограничение жизнедеятельности определяют по двигательным нарушениям.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа
Примечание: при выраженном верхнем парапарезе или параличе. Ограничение жизнедеятельности определяется по самообслуживанию III ст., а при выраженной нижней параличе и выраженном парапарезе. Ограничение жизнедеятельности определяется по передвижению — III ст.			
3.31. Основные синдромы при сирингомиелии и влияние их на ограничение жизнедеятельности (G95)			
Сирингомиелия — медленно прогрессирующее заболевание, характеризующееся образованием полостей по длине спинного и реже продолговатого мозга, проявляющееся преимущественно диссоциированными нарушениями чувствительности, трофики и движений.			
I степень	Легкой степени выраженности функциональные нарушения. Дизрафический статус — изменения скелета: кифоз, сколиоз; нарушение поверхностной чувствительности — гипестезия (снижение болевой чувствительности в виде куртки и полукуртки), вследствие чего наблюдаются ожоги на коже; атрофия в мышцах кисти; сжигающие боли на руках, лице, шеи. Легкие парезы на руках (до 4-х баллов).	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Умеренные функциональные нарушения. Изменения скелета: кифоз, сколиоз; нарушение поверхностной чувствительности — гипестезия (снижение болевой чувствительности в виде куртки и полукуртки), вследствие чего наблюдаются	самообслуживанию — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	ожоги на коже; атрофия в мышцах кисти; сжигающие боли на руках, лице, шеи. Парезы на руках (до 3-х баллов). Ограничение жизнедеятельности определяют по двигательным нарушениям.		
III степень	<p>Выраженные функциональные нарушения. Изменения скелета: кифоз, сколиоз; нарушение поверхностной чувствительности — гипестезия (снижение болевой чувствительности в виде куртки и полукуртки), вследствие чего наблюдаются ожоги на коже; атрофия в мышцах кисти (чаще двухсторонние, несимметричные); Выраженные парезы на руках или на ногах (до 2-х баллов), сжигающие боли на руках, лице, шее. Наблюдается остеоартропатия (в плечевом, локтевом, изредка в коленном суставах). Вегетативно-трофические изменения: акроцианоз на руках, утолщение костей, гипергидроз.</p> <p>На КТ и ЯМРТ спинного мозга определяются кисты; изредка гидроцефалия, требуется консультация нейрохирургов. Ограничение жизнедеятельности определяют по двигательным нарушениям.</p>	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; трудовой деятельности — II-III ст.	II группа
IV степень	<p>Резко выраженные функциональные нарушения. Изменения скелета: кифоз, сколиоз; нарушение поверхностной чувствительности — гипестезия (снижение болевой чувствительности в виде куртки и полукуртки), вследствие чего наблюдаются ожоги на коже; атрофия в мышцах кисти (чаще двухсторонние, несимметричные). Резко выраженные парезы (1 балл) и параличи, сжигающие боли на руках, лице, шее. Наблюдаются остеоартропатии (в плечевом, локтевом, изредка в коленном суставах). Вегетативно-трофические изменения: акроцианоз на руках, утолщение костей, гипергидроз. В конечной стадии заболевания наблюдается расстройство функции тазовых органов.</p> <p>На КТ и ЯМРТ спинного и головного мозга выявляется: кисты, полости, гидроцефалия.</p> <p>Ограничение жизнедеятельности определяют по двигательным нарушениям, расстройству функции тазовых органов.</p>	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.	I группа
3.32. Основные синдромы при ВИЧ-инфекции и СПИДе и влияние их на ограничение жизнедеятельности (B20; B24; Z21)			
ВИЧ-инфекция — заражение ретровирусом, который способен персистировать в организме, обладает тропизмом к макрофагам, лимфоцитам, структурным элементам нервной системы, подавляет иммунитет. СПИД — синдром приобретенного иммунодефицита.			

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
I степень	<p>Легкие нарушения. I-II клинические стадии. Поражение мышц: полимиозит. Поражение периферических нервов с болевым синдромом, медленно прогрессирующее, может продолжаться до 2-х месяцев.</p> <p>Наблюдается: легкие парезы (4 балла).</p> <p>Эпилептические приступы: редкие большие приступы (1 раз в 2 месяца или 1 раз в месяц).</p> <p>Редко наблюдается психастения.</p> <p>Ограничение жизнедеятельности не наблюдается.</p>	Ограничения жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	<p>Умеренные нарушения. III клиническая стадия. Клинические признаки со стороны желудочно-кишечного тракта в виде диареи и снижение массы тела на 10%. Умеренные центральные или периферические парезы (3 балла). Наблюдаются изменения со стороны нервной системы: поражение периферической нервной системы — полиневропатии, полимиозиты (гнойные).</p> <p>Из оппортунистических инфекций диагностируют цитомегаловирусную инфекцию — в остром периоде сочетается энцефалитом, восходящей полирадикулоневритом (нижний парапарез, нарушение функции тазовых органов). В крови CD4+ лимфоциты в пределах ниже $0,5 \times 10^3/\text{л}$, а также, в основном, токсоплазмозный энцефалит (общемозговые симптомы и судорожный синдром).</p>	самообслуживанию — I ст.; трудовой деятельности — I ст.; передвижению — I ст.	III группа
III степень	<p>III-IV клинические стадии. Наблюдаются выраженные изменения со стороны нервной системы: поражение периферической нервной системы — полиневропатии (иногда множественные), полимиозиты (гнойные). Прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия проявляется псевдобульбарным синдромом, атаксией, слепотой, деменцией, эпилептическими приступами (см. соответствующие разделы поражения ЦНС). На КТ выявляют зоны поражения белого вещества мозга.</p> <p>Из оппортунистических инфекций диагностируют цитомегаловирусную инфекцию (у 20 — 30% больных) — в остром периоде сочетается энцефалитом, восходящей полирадикулоневритом (нижний парапарез, нарушение функции тазовых органов). В крови CD4+ лимфоциты в пределах ниже $0,2 \times 10^3/\text{л}$, а также, в основном, токсоплазмозный энцефалит (общемозговые симптомы и судорожный синдром).</p>	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; контролю своего поведения — II ст.; трудовой деятельности — II, III ст.	II группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	<p>Диагностируют цереброваскулярные осложнения: транзиторные ишемические атаки, ишемические и геморрагические инсульты. Из онкологических заболеваний выявляют лимфому, что подтверждается на КТ и МРТ.</p> <p>Ограничение жизнедеятельности вызывают: выраженные центральные и периферические парезы (2 балла), слепота (острота зрения в лучшем виде до 0,08), выраженная атаксия, умеренные нарушения функции тазовых органов;</p> <p>Психические нарушения: выраженный психоорганический синдром (деменция). Эпилептический синдром: частые большие приступы (в месяц более 5 больших приступов).</p> <p>При поражении внутренних органов (туберкулез — различные формы). Ограничение жизнедеятельности определяют по функциональным нарушениям соответствующих органов. Потеря массы тела до 20%.</p>		
IV степень	<p>Выраженные нарушения. IV клиническая стадия. Резко выраженные нарушения. Наблюдаются поражения со стороны нервной системы: поражение периферической нервной системы — полиневропатии (иногда множественные), полимиозиты (гнойные). Прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия проявляется псевдобульбарным синдромом, атаксией, слепотой, деменцией, эпилептическими приступами (см. соответствующие разделы поражения ЦНС). На КТ выявляют зоны поражения белого вещества мозга.</p> <p>Из оппортунистических инфекций диагностируют цитомегаловирусную инфекцию (у 20 — 30% больных) — в остром периоде сочетается с энцефалитом, восходящим полирадикулоневритом (нижний парез, нарушение функции тазовых органов). В крови CD4+ лимфоциты в пределах ниже $0,1 \times 10^3/\text{л}$, а также, в основном, токсоплазмозный энцефалит (общемозговые симптомы и судорожный синдром). При проведении антиретровирусной терапии показатели CD4+ лимфоцитов могут повышаться, что указывает на повышение иммунитета (однако, только по этим показателям нельзя судить о стадии заболевания).</p> <p>Диагностируют цереброваскулярные осложнения: транзиторные ишемические атаки, ишемические и геморрагические инсульты. Из онкологических заболеваний выявляют лимфому, что подтверждается на КТ и МРТ.</p> <p>Ограничение жизнедеятельности вызывают: значительно выраженные центральные и периферические парезы (1 балл или плегия), слепота (острота зрения в</p>	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.; общению — III ст.; контролю своего поведения — II, III ст.	I группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	лучше видящем глазу ниже 0,03), выраженная атаксия, нарушение функции тазовых органов. Психические нарушения: значительно выраженный психоорганический синдром (деменция). Эпилептический синдром: очень частые большие приступы (в месяц более 15 больших приступов). При поражении внутренних органов. Ограничение жизнедеятельности определяются по функциональным нарушениям соответствующих органов (также при резком снижении иммунитета выявляют: ВИЧ-кахексию, пневмоцистную пневмонию, криптоспоридоз, криптококкоз, простой герпес, гистоплазмоз, кокцидоз, кандидоз, атипичные микобактериальные диссеминированные инфекции, сальмонеллезную септицемию, лимфому, саркому Капоши и многое другое).		

4. Критерии определения ограничения жизнедеятельности при основных инвалидизирующих психиатрических заболеваниях

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
4.1. Шизофрения (F20-29)			
Шизофрения — это хроническое психическое заболевание эндогенного характера, проявляющееся продуктивной (бред, галлюцинации, кататония, аффективные расстройства) и негативной (снижение энергетического потенциала, специфической дезинтеграции эмоционально-волевых и мыслительных функций) симптоматикой, приводящей к разрыву социальных связей.			
I степень	Малопрогрессирующая (неврозоподобная, вялотекущая) форма в начальной стадии (не более 3-х лет) заболевания, проявляющаяся в сенестопатических ощущениях, нестойких астенических расстройствах, тревожных опасениях за собственное здоровье, но с критикой к своему заболеванию и адекватной трудовой установкой. Стойкие, длительные (более 3-х лет) ремиссии после приступов периодической или приступообразно-прогрессирующей шизофрении без выраженных астенических и эмоционально-волевых нарушений с восстановлением критики личности к острому периоду заболевания и адекватной трудовой установкой.	Ограничений жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
II степень	<p>Малопрогрессирующая (неврозоподобная, вялотекущая) форма в стадии развитой болезни (более 3-х лет от ее начала) со стойкой неврозоподобной симптоматикой, снижением критики к наступившим у себя изменениям и стойкими астеническими расстройствами в виде повышенной утомляемости.</p> <p>Нестойкая ремиссия астенического и неврозоподобного типов после аффективных, депрессивно-параноидных, остро-параноидных приступов заболевания. Характеризуется изменением личности, проявляющимся в повышенной заботе о собственном здоровье, ограничении интереса к общению с окружающими, снижением трудовой установки.</p>	<p>общению — I ст.; контролю своего поведения — I ст.; обучению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.</p>	III группа
III степень	<p>Непрерывно-прогрессирующее течение шизофрении, включающее параноидную, кататоническую, гебефреническую и простую формы, которые проявляются в бредовых идеях, галлюцинациях, двигательных расстройствах (заторможенности или возбуждении), дурашливости, нарушениях сна, бездеятельности, замкнутости, отсутствии инициативы и критики к имеющимся у себя изменениям.</p> <p>Приступообразно-прогрессирующее течение шизофрении, включающее параноидную, кататоническую и аффективно-бредовую формы в стадии непрерывного течения, а также частые и затяжные психотические приступы. Клиническая картина проявляется в галлюцинаторно-параноидных, стойких кататонических, паранойяльных и выраженных аффективных нарушениях. Кроме указанных острых психотических нарушений, состояние больных характеризуется негативной симптоматикой, т. е. снижением энергетического потенциала, проявляющегося в исчезновении побуждений, стремлений, отгороженности от близких, в отсутствии желания общаться с окружающими, вступать в какие-либо социальные контакты, а также отсутствием трудовой установки.</p> <p>Сформировавшийся дефект личности при любой форме шизофрении, проявляющийся, прежде всего, эмоционально-волевыми нарушениями. Состояние больных характеризуется вялостью, безэмоциональностью, отсутствием инициативы, манерностью поведения, вычурностью речи. У больных исчезают присущие им ранее отзывчивость, чувство такта, вместо которых появляются холодность, выхолощенность эмоций, чрезмерная раздражительность, грубость, неуживчивость, агрессивность, недоверчивость.</p>	<p>самообслуживанию — I, II ст.; ориентации — I, II ст.; общению — III ст.; контролю своего поведения — II ст.; обучению — II ст.; трудовой деятельности — II-III ст.</p>	II группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	Признаки исходного состояния, проявляющиеся в апато-абулических, гебефренических, галлюцинаторно-параноидных или кататонических расстройствах, при сохранности навыков самообслуживания.		
IV степень	Исходное шизофреническое слабоумие, проявляющееся в тяжелых апато-абулических, гебефренических, галлюцинаторно-параноидных или кататонических расстройствах. Состояние больных характеризуется полной разорванностью мышления, утратой прежних трудовых навыков и способностей, навыков самообслуживания, стойким кататоническим возбуждением, непрерывной дурашливостью, склонностью к аутоагрессии, агрессии к окружающим и стремлением к порче и разрушению окружающих предметов.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — I-III ст.; ориентации — III ст.; общению — III ст.; контролю своего поведения — III ст.	I группа
4.2. Органическое заболевание головного мозга травматического, инфекционного, интоксикационного или другого генеза МКБ-10 (F00-09)			
Группа психических расстройств, объединенных общей четкой этиологией (церебральные заболевания, черепно-мозговые травмы, интоксикации, нейроинфекции или другие повреждения), приводящих к церебральной дисфункции. Проявляются синдромами с поражением когнитивных функций (память, интеллект, обучаемость, внимание) или синдромами расстройства восприятия (галлюцинации, иллюзии), нарушением мышления или настроения и эмоций (депрессии, тревога, мании) либо общего склада личности и поведения.			
I степень	Астенический синдром, проявляющийся в виде повышенной физической истощаемости, продолжительностью не более 6 месяцев с сенестопатическими жалобами, умеренно выраженными вегетативными нарушениями, но с сохранностью трудовой установки и критики к имеющимся у себя изменениям. На электроэнцефалограмме (ЭЭГ) — вариант нормы или незначительно выраженные изменения. На компьютерной томограмме (КТ), эхоэнцефалограмме (Эхо-ЭГ) — норма или незначительно выраженная внутричерепная гипертензия	Ограничений жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	Психоорганический синдром с неврозоподобными, выраженными астеническими, нерезко выраженными психопатоподобными расстройствами, возможны редкие (не более 3 раз в месяц) развернутые судорожные припадки или другие приступообразные состояния, проявляющиеся в стойкой повышенной психической истощаемости, сенестопатических жалобах, умеренно выраженных депрессивных и фобических расстройствах, а также в заострении патологических черт характера.	общению — I ст.; контролю своего поведения — I ст.; обучению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	На ЭЭГ — умеренно выраженные общемозговые изменения, может быть снижение порога судорожной готовности с эпилептичностью. На КТ, Эхо-ЭГ — признаки умеренно выраженной внутричерепной гипертензии.		
III степень	Психоорганический синдром с амнестическими, судорожными, нестойкими психотическими или стойкими психопатоподобными нарушениями. Характеризуется выраженной эксплозивностью, снижением памяти, преходящей амнезией, эпизодическими галлюцинаторно-параноидными расстройствами, судорожными или другими пароксизмальными приступами, стойкой астенией, выраженными изменениями личности в виде утрированной раздражительности, склонности к агрессии, потерей инициативы и трудовой установки. Деменция, проявляющаяся потерей памяти, в основном, на текущие события, частичной дезориентацией в месте, во времени и окружающем, трудностью контролировать свои поступки, затруднением общения при сохранности навыков самообслуживания. На ЭЭГ — признаки судорожной готовности, выраженные общемозговые изменения. На КТ, Эхо-ЭГ — признаки выраженной внутричерепной гипертензии.	самообслуживанию — 0-I ст.; ориентации — II ст.; общению — II ст.; контролю своего поведения — II ст.; обучению — II ст.; трудовой деятельности — II ст.	II группа
IV степень	Тотальная деменция, проявляющаяся стойкой необратимой потерей памяти как на текущие, так и прошлые события, дезориентировкой в месте, во времени и окружающем, невозможностью контролировать свои поступки, утрате навыков самообслуживания. Нуждаются в постоянном постороннем уходе, помощи и надзоре. На ЭЭГ — снижение биоэлектрической активности мозга. Эхо-ЭГ — внутричерепная гипертензия. На КТ — признаки атрофии коры головного мозга.	самообслуживанию — III ст.; ориентации — III ст.; общению — III ст.; контролю своего поведения — III ст.	I группа
4.3. Маниакально-депрессивный психоз МКБ-10 (F30-39)			
Маниакально-депрессивный психоз (МДП) — заболевание, характеризующееся обратимыми фазами расстройства настроения, чередующимися с периодами психического здоровья. МДП может протекать со сменой этих фаз (биполярное течение) или повторяться одна из фаз (монополярное течение). Клиническая картина может проявляться только аффективными расстройствами различной степени тяжести и длительности приступа, либо сопровождаться обманами восприятия и бредовыми расстройствами.			
I степень	Состояние стойкой длительной интермиссии, т. е. промежуток между аффективными фазами с адекватным поведением и восстановлением трудовой установки на прежнем уровне.	Ограничений жизнедеятельности нет.	Ограничение по линии ВКК

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
II степень	Затяжные (более 6 месяцев) приступы с субдепрессивными и гипоманиакальными расстройствами. Состояние нестойкой интермиссии.	общению — I ст.; контролю своего поведения — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Затяжное течение заболевания с длительными (более 6 месяцев) депрессивными или маниакальными фазами, без светлых промежутков (интермиссии) или очень коротких промежутков. Состояние больных характеризуется тоскливым настроением с суицидальными тенденциями, отсутствием инициативы, желания что-либо делать, заторможенностью двигательных функций. Затяжные маниакальные фазы проявляются в непрерывной дурашливости, нерациональной физической активности, нелепой говорливости и отсутствии возможности сосредоточиться на выполнении какой-либо работы.	самообслуживанию — II ст.; общению — II ст.; контролю своего поведения — II ст.; обучению — II ст.; трудовой деятельности — II ст.	II группа
4.4. Психопатии истерического, психастенического, паранойяльного и explosивно-возбудимого круга.			
Под психопатиями понимают патологические характеры и темпераменты, которые возникли на основе врожденной неполноценности нервной системы и дисгармонии ее развития.			
I степень	Все формы психопатий в состоянии субкомпенсации с адекватной трудовой установкой, в зависимости от профессии.	Ограничений жизнедеятельности нет.	Ограничение по линии ВКК
II степень	Все формы психопатий в состоянии затяжной (более 4-х месяцев) декомпенсации, проявляющиеся в субдепрессивных, фобических, паранойяльных и истерических расстройствах, сохранности критики к имеющимся у себя изменениям и тревожных опасениях выполнения работы по специальности, со стабильными систематизированными паранойяльными идеями в форме сутяжничества, изобретательства, мешающих возможности адаптации в обществе и выполнения работы.	общению — I ст.; контролю своего поведения — I ст.; обучению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
4.5. Неврозы			
К неврозам относят группу заболеваний, в основе которых лежат временные функциональные нарушения нервной системы, обусловленные перенапряжением основных нервных процессов (возбуждение и торможение), возникающие под влиянием острых или длительных психотравмирующих факторов. Виды неврозов — астенический, obsessивно-фобический, депрессивный, истерический, ипохондрический.			
I степень	Неврогические нарушения (продолжительность не более 6 месяцев), проявляющиеся в повышенной утомляемости, раздражительности и вегетативных расстройствах с сохранностью у больных трудовой установки и критики к своему состоянию.	Ограничений жизнедеятельности нет.	Ограничение по линии ВКК

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
II степень	Затяжные невротические нарушения (свыше 6-ти месяцев), проявляющиеся в повышенной психофизической истощаемости, субдепрессивных, фобических, ипохондрических расстройствах со сверхценными идеями о тяжести своего заболевания при наличии сопутствующих соматических заболеваний в стадии субкомпенсации.	общению — I ст.; контролю своего поведения — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Стойкие невротические нарушения продолжительностью более 1 года (невротическое развитие личности, резистентное к терапии), проявляющиеся в выраженных депрессивных, фобических расстройствах со стойкими навязчивыми действиями, паранойяльными идеями, а также с истерическими тризмами (мутизм, парезы и параличи, судорожные припадки), лишаящими способности выполнять ту или иную работу и поддерживать контакты с людьми. Отягчающими обстоятельствами в таких случаях является наличие сопутствующих соматических заболеваний в стадии декомпенсации.	передвижению — II ст.; общению — II ст.; контролю своего поведения — II ст.; обучению — II ст.; деятельности — II ст.	II группа
4.6. Болезнь Альцгеймера, Пика и другие атрофические заболевания головного мозга МКБ-10 (G-30)			
В основе заболеваний лежит прогрессивный атрофический процесс участков головного мозга, возникающий в пресенильном и сенильном возрасте, клинически выражающийся постепенным распадом психической деятельности с развитием прогрессирующей амнезии и слабоумия.			
III степень	Характеризуется нарушением поведения больных, ориентировки во времени и окружающем, ослаблением памяти как на текущие, так и на прошлые события. Вместе с тем больные могут самостоятельно одеваться, принимать пищу, соблюдать личную гигиену и поддерживать контакт с окружающими. На КТ — признаки умеренно-выраженной атрофии коры головного мозга.	самообслуживанию — II ст.; ориентации — II ст.; общению — II ст.; контролю своего поведения — II ст.; обучению — II-III ст.; трудовой деятельности — II-III ст.	II группа
IV степень	Характеризуется крайне неадекватным поведением больных, дезориентировкой в месте, времени и окружающем, тотальной амнезией, апраксией, афазией, аграфией, отсутствием способности ухаживать за собой, самостоятельно одеваться, принимать пищу и поддерживать контакт с окружающими. На компьютерной томограмме (КТ) — признаки выраженной атрофии коры головного мозга, преимущественно лобных и височных долей.	самообслуживанию — III ст. ориентации — III ст. общению — III ст. контролю своего поведения — III ст.	I группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
4.7. Эпилептическая болезнь МКБ-10 (G40)			
Эпилепсия — хронически протекающее заболевание, характеризующееся наличием судорожных припадков, эпизодически возникающих расстройств сознания, настроения, с тенденцией к постепенному изменению личности и своеобразному снижению интеллекта.			
I степень	Судорожные припадки редкие, несколько раз в год, изменений личности нет.	Ограничений жизнедеятельности нет.	Ограничение по линии ВКК
II степень	Судорожные припадки генерализованные, один — четыре раза в месяц, чаще ночные, чаще без последующих пароксизмов, может быть сочетание с малыми бессудорожными припадками различной частоты, без изменений личности или возможны умеренные изменения личности, дисфории крайне редкие, кратковременные (несколько минут), психоорганическая симптоматика не выраженная, психопатоподобные характерологические особенности личности не проявляются или проявляются слабо. Характер и частота приступов должны быть подтверждены документально, а изменения личности — патопсихологическим обследованием. На ЭЭГ — снижение порога судорожной готовности, эпилептиформность может проявляться при функциональных пробах. Частые малые припадки (ежедневные), с легкими изменениями личности.	общению — I ст.; контролю своего поведения — I ст.; обучению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	III группа
III степень	Характеризуется наличием генерализованных судорожных припадков, пять и более в месяц, может быть сочетание с малыми бессудорожными припадками различной частоты. Припадки могут приобретать серийный характер, осложняться эпилепсией, сумеречными расстройствами сознания, галлюцинаторными и бредовыми нарушениями. Расстройства личностного характера более выражены, могут сопровождаться более частыми и длительными дисфориями, аффективными нарушениями, психическими автоматизмами, а также симптомами выраженного психоорганического синдрома, а также возможны признаки слабоумия. Приступы должны быть подтверждены документально, а изменения личности — патопсихологическим обследованием. На ЭЭГ — часто эпилепсия, повышение судорожной готовности и эпилептиформность.	общению — II ст.; контролю своего поведения — II ст.; обучению — II ст.; трудовой деятельности — II ст.	II группа
IV степень	Характеризуется наличием генерализованных судорожных припадков, частотой 15 раз и более в месяц, может быть сочетание с наличием малых бессудорожных припадков различной частоты на фоне выраженных психических изменений. При-	самообслуживанию — III ст.; передвижению — I-II ст.; ориентации — II-III ст.	I группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	падки часто приобретают серийный характер, осложняются эписитусом, сумеречными расстройствами сознания, галлюцинаторными и бредовыми нарушениями. Расстройства личностного характера резко выражены с частыми и длительными дисфориями, аффективными нарушениями, психическими автоматизмами. Психоорганический синдром с выраженным слабоумием, больные не в состоянии себя обслуживать. Приступы должны быть подтверждены документально, а изменения личности — патопсихологическим исследованием. На ЭЭГ — повышение судорожной готовности, диффузная эпилептиформность.	общению — III ст.; контролю своего поведения — III ст.	
4.8. Олигофрения МКБ-10 (F70-79)			
Олигофрения (умственная отсталость) — различные по этиологии и патогенезу случаи врожденного или приобретенного в раннем детстве (до 3-х лет) недоразвития психики, характеризующегося преобладанием интеллектуального дефекта и отсутствием прогрессивности.			
I степень	Олигофрения в степени дебильности (легкая умственная отсталость по МКБ 10) IQ (интеллектуальный коэффициент) 50 — 70 I. Легкая дебильность Могут формально обучаться в общеобразовательных школах, дублируют классы, с программой вспомогательной школы справляются. Мышление конкретно-образное, запас знаний достаточный для выполнения простого труда. Социально адаптированы. 1) <i>Основной тип</i> — легкое снижение интеллекта без эмоционально-волевых и соматоневрологических расстройств. 2) <i>Психопатоподобный тип:</i> а) возбудимый вариант, б) торпидный вариант с психомоторной заторможенностью, в) астенический вариант.	Ограничений жизнедеятельности нет	Ограничение по линии ВКК
II степень	3) <i>Осложненный тип легкой дебильности</i> — наличие сопутствующих эпилептических припадков, умеренно выраженной резидуальной неврологической симптоматики, ликвородинамических расстройств. II. Умеренная дебильность Могут оканчивать 6 — 8 классов вспомогательной школы, приобретают простые	ориентации — I ст.; общению — I ст.; контролю своего поведения — I ст.; обучению — I ст.;	III группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
	<p>трудовые навыки, в привычных бытовых ситуациях адаптируются, но при отклонении от стереотипа теряются.</p> <p>1) <i>Основной тип</i> — умеренное снижение интеллекта без эмоционально-волевых и соматоневрологических расстройств.</p>	трудовой деятельности — I ст.	
III степень	<p>II. Умеренная дебильность</p> <p>2) <i>Психопатоподобный тип</i> — с выраженными эмоционально-волевыми расстройствами, нарушениями поведения (бродяжничество, расторможенность влечений и т. д.).</p> <p>3) <i>Осложненный тип</i> — наличие сопутствующих эпилептических припадков, ликвородинамических нарушений, выраженных резидуально-органических расстройств.</p> <p>III. Выраженная дебильность</p> <p>Выраженное недоразвитие интеллекта, могут оканчивать несколько классов вспомогательной школы, словарный запас скуден, нередко имеются дефекты речи, мышление конкретное, эмоциональная сфера обеднена, могут выполнять простую работу по дому под присмотром, социально дезадаптированы.</p> <p>1) <i>Основной тип</i> — выраженное снижение интеллекта без эмоционально-волевых и соматоневрологических расстройств.</p> <p>2) <i>Психопатоподобный тип</i> — с выраженными эмоционально-волевыми расстройствами, нарушениями поведения (бродяжничество, расторможенность влечений и т. д.).</p> <p>3) <i>Осложненный тип</i> — наличие сопутствующих эпилептических припадков, резидуально-органических расстройств, ликвородинамических нарушений.</p>	<p>самообслуживанию — I ст.;</p> <p>ориентации — I-II ст.;</p> <p>общению — II ст.;</p> <p>контролю своего поведения — II ст.;</p> <p>обучению — II-III ст.;</p> <p>трудовой деятельности — II-III ст.</p>	II группа
III степень	<p>Нерезко выраженная имбецильность. (Умеренная умственная отсталость по МКБ-10)</p> <p>JQ 35 — 49</p> <p>Более выраженная интеллектуальная недостаточность, чем при дебильности. Мышление конкретное, абстрагирование недоступно. Неспособны к решению даже простых житейских задач, адаптированы только к привычным условиям, нуждаются в постоянном руководстве. Не поддаются обучению во вспомогательной школе. Осваивают элементарные навыки самообслуживания, частично соблюдают личную гигиену. Словарный запас крайне беден, ограничен 30 — 40 словами, речь часто косноязычная.</p>	<p>самообслуживанию — II ст.;</p> <p>ориентации — II ст.;</p> <p>общению — II ст.;</p> <p>контролю своего поведения — II ст.;</p> <p>обучению — III ст.;</p> <p>трудовой деятельности — III ст.</p>	II группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
III степень	Резко выраженная имбецильность. (Тяжелая умственная отсталость по МКБ-10) IQ меньше 35 Глубокий интеллектуальный дефект, мышление грубо конкретное, круг интересов ограничен физиологическими потребностями, запас слов крайне беден, имеется моторная недостаточность. Эмоциональная сфера мало развита, имеются навыки элементарного самообслуживания, не всегда контролируют функции тазовых органов, потребности примитивные, обучение во вспомогательной школе невозможно. Нуждается в контроле со стороны.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — I-II ст.; ориентации — II ст.; общению — II ст.; контролю своего поведения — II ст.; обучению — II ст.; трудовой деятельности — III ст.	II группа
IV степень	Идиотия. (Глубокая умственная отсталость по МКБ-10). Полное отсутствие интеллекта, выраженное недоразвитие речи или ее полное отсутствие, недоразвитие моторики, диспластичность тела, простейшие полярные эмоции, недифференцированные ощущения, нет навыков самообслуживания, ориентировки, неопытны мочой, калом, нуждаются в постоянном постороннем уходе и контроле.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — I-III ст.; ориентации — III ст.; общению — III ст.; контролю своего поведения — III ст.	I группа

5. Критерии определения ограничения жизнедеятельности при основных инвалидизирующих профессиональных заболеваниях

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности способность к:	Процент утраты профессиональной трудоспособности	Группа инвалидности
5.1. Хронический профессиональный бронхит (пылевой, токсико-химической, астматический и смешанной этиологии) (МКБ J40-47)				
Бронхит хронический профессиональный — это особый вид воспаления в бронхиальном дереве в ответ на воздействие промышленных аэрозолей разного состава с развитием диффузных двухсторонних первично-дистрофических и склерозирующих процессов, сопровождающихся расстройством моторики бронхов бронхоспастического типа, формированием прогрессирующих дыхательных нарушений с исходом в хроническую легочно-сердечную недостаточность.				
I степень	Длительный (не менее 2-3 лет) постоянный кашель, сухой или со скудной мокротой (в ряде случаев мокрота только при обострении), может быть одышка при тяжелом физическом напряжении. Аускультативно: жестковатое дыхание, непостоянные сухие хрипы, может быть положительная проба с форсированным выдохом. Обострения редкие (не	Ограничений жизнедеятельности нет	Под динамическим наблюдением может продолжать выполняемую работу, рациональное трудоустройство. При наличии хронического	Ограничение по линии ВКК

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности способность к:	Процент утраты профессиональной трудоспособности	Группа инвалидности
	<p>чаще 1-2 раз в год) и непродолжительные. Частые ОРЗ. Симптомы неспецифической интоксикации, как правило отсутствуют.</p> <p>Степень нарушения дыхательной функции — функция дыхания сохранена или наблюдается снижение объем форсированного выдоха ОФВ1 >80%.</p> <p>Данные рентгенологических исследований — усиление легочного рисунка.</p> <p>Сердечная недостаточность — признаки сердечной недостаточности отсутствуют.</p>		проф. бронхита от аллергической пыли необходимо перевод на другую работу и рациональное трудоустройство с переквалификацией, особенно лиц молодого возраста. В случае невозможности рац. трудоустройства процент утраты до 30%.	
II степень	<p>Длительный постоянный, нередко приступообразный кашель, почти всегда с отделением мокроты (как правило, в небольшом или умеренном количестве). Одышка в процессе привычной трудовой деятельности, иногда затрудненное дыхание, редкие приступы удушья. Аускультативно: жесткое или ослабленное дыхание. Рассеянные сухие, нередко свистящие хрипы, изредка влажные хрипы в нижних отделах легких. Может быть выделен преобладающий синдром: инфекционно-воспалительный, астмоидный, эмфизема легких. Более частые (до 3-4 раз в год) и более длительные обострения с увеличением количества и гнойности мокроты, усилением кашля, одышки, удушья, изменениями со стороны крови, признаки неспецифической интоксикации (особенно в периоде обострения).</p> <p>Степень нарушения дыхательной функции — функция дыхания изменена легочная недостаточность II степени, уменьшены значительно ОФВ1 50 — 80%, ЖЕЛ II ст. 50 — 60%.</p> <p>Данные рентгенологических исследований — умеренно-выраженные изменения легочного рисунка, главным образом в нижних отделах легких, иногда бронхоэктатические изменения. Эмфизема легких (начальные проявления или умеренная степень).</p> <p>Сердечная недостаточность — в ряде случаев начальные признаки легочного сердца (фаза компенсации).</p>	самообслуживанию — I ст.; самостоятельному передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	В зависимости от рационального трудоустройства 35 — 60%	III группа
III степень	<p>Постоянный кашель с мокротой, одышка в покое или при незначительном физическом напряжении, удушье. Как правило, выявляется сочетание нескольких легочных синдромов: астматического (иногда с переходом в бронхиальную астму), инфекционно-воспалительного (иногда по типу хронической пневмонии), диффузной обструктивной эмфиземы легких. Длительные и частые обострения. Фаза ремиссии неустойчива. Постоянные симптомы неспецифической интоксикации.</p>	самообслуживанию — II ст.; самостоятельному передвижению — II ст.;	60 — 80%	II группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности способность к:	Процент утраты профессиональной трудоспособности	Группа инвалидности
	<p>Степень нарушения дыхательной функции — функция дыхания значительно изменена. Легочная недостаточность III степени. Уменьшено значительно ОФВ1 30 — 50%,</p> <p>Данные рентгенологических исследований — более выраженные изменения легочного рисунка. Формирование более выраженного бронхиального пневмосклероза, иногда с развитием бронхоэктазов. В периоды обострения явления перифокальной пневмонической инфильтрации. Выраженная эмфизема легких.</p> <p>Сердечная недостаточность — легочное сердце (фаза декомпенсации).</p>	<p>трудо- вой деятельности — II ст.</p>		
5.2. Силикоз (МКБ J60-64)				
Силикоз — профессиональное заболевание бронхолегочного аппарата, вызываемое длительным вдыханием аэрозолей, содержащих в своем составе свободного двуоксида кремния и проявляющиеся хроническим диффузным пневмонитом с исходом в диффузный фиброз легких.				
I степень	<p>Появляются одышка при физических нагрузках, сухой кашель, боли в виде покалывания в грудной клетке.</p> <p>Изменения показателей функции внешнего дыхания (ФВД): МВЛ I ст., 65 — 75%, ДН I ст.</p> <p>Рентгенологически: При первой стадии на рентгенограммы определяется двухсторонняя интерстициальная фиброзная сетчатость в средне-нижних отделах легких с единичными узелковыми образованиями. на фоне которого определяются усиление и деформация легочного рисунка. Умеренные уплотнение и изменение структуры корней легких (процесс необратимый).</p>	<p>самообслуживанию — I ст.; самостоятельному передвижению — I ст.; трудо- вой деятельности — I ст.</p>	40 — 45%	III группа
II степень	<p>Характерна более выраженная одышка при небольшом физическом напряжении. Усиливаются боли в грудной клетке, кашель сухой или с небольшим количеством слизистой мокроты. Признаки базальной эмфиземы легких.</p> <p>Ухудшаются показатели ФВД: ЖЕЛ II ст. 50 — 60% и МВЛ II ст. 50 — 60%, ДН II ст.</p> <p>Рентгенологически: Более выраженное усиление и деформация легочного рисунка. Увеличено и количество узелковых теней. Иногда отмечается тенденция к слиянию узелковых теней. Корни легких расширены, уплотнены и приобретают «обрубленный» вид. Плевра может быть утолщена, деформирована, плевродиафрагмальные и плевроперикардальные спайки. Эмфизема легких.</p> <p>ЭКГ: признаки хронического легочного сердца: низкий вольтаж зубцов ЭКГ, вертикальная позиция сердца, отклонение электрической</p>	<p>самообслуживанию — I ст.; самостоятельному передвижению — I ст.; трудо- вой деятельности — I ст.</p>	50 — 60%	III группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности способность к:	Процент утраты профессиональной трудоспособности	Группа инвалидности
	оси желудочков вправо, появление P-pulmonale, тахикардия, дистрофия миокарда обусловленная гипоксемией.			
III степень	<p>Появляются одышка в покое, интенсивные боли в грудной клетке, усиливается кашель и отделяемая мокрота; иногда наблюдаются приступы удушья. Часто осложняется туберкулезом.</p> <p>Снижены показатели ФВД; ЖЕЛ III ст. 40 — 50% и МВЛ III ст. 40 — 50%, ДН III ст.</p> <p>Рентгенологически: Массивные затемнения на фоне изменений, наблюдаемых при II стадии. Передко имеются выраженные плевродиафрагмальные и плевроперикардальные спайки, эмфизема легких с наличием крупных булл.</p> <p>ЭКГ: Появляются выраженные признаки хронического легочного сердца вследствие развивающейся гипертензии малого круга кровообращения, перегрузка правого предсердия и желудочка. Выраженные дистрофические изменения в миокарде, признаки гипертрофии правого отдела сердца, нарушения проводимости и автоматизма сердца.</p>	<p>самообслуживанию — II ст.;</p> <p>самостоятельному передвижению — II ст.;</p> <p>трудовой деятельности — III ст.</p>	60 — 80%	II группа
5.3. Пневмокониозы от смешанной пыли (силикатозы, кабокониозы, металлокониозы, пневмокониоз электросварщика) (МКБ J60-64)				
Пневмокониозы от смешанной пыли наблюдаются при воздействии различных видов пыли, содержащих примесь свободного диоксида кремния или почти от него свободных. По клиническому течению и рентгенологическим изменениям эти пневмокониозы близки к силикозу.				
I степень	<p>Клиника выражена более доброкачественным течением, жалобы на кашель, редко с небольшим количеством мокроты, боли в груди и одышка при значительной физической нагрузке. Невыраженные изменения некоторых показателей функции внешнего дыхания (ФВД): МВЛ I ст. 65 — 75%, ДН I ст.</p> <p>Рентгенологически: Двустороннее диффузное усиление и деформация легочного рисунка, умеренное уплотнение и изменение структуры корней легких. Двусторонняя фиброзная сетчатость на фоне которой имеются небольшое количество мелко пятнистых теней средней интенсивности размером от 1 до 2 мм, расположенных преимущественно в нижних и средних отделах легких.</p>	<p>самообслуживанию — I ст.;</p> <p>самостоятельному передвижению — I ст.;</p> <p>трудовой деятельности — I ст.</p>	40 — 45%	III группа
II степень	<p>Выраженная одышка при небольшой физической нагрузке. Усиливаются боли в грудной клетке, кашель сухой или с небольшим количеством слизистой мокроты. Признаки эмфиземы легких.</p> <p>Показатели ФВД: ЖЕЛ II ст. 50 — 60% и МВЛ II ст. 50 — 60%, ДН II ст.</p>	<p>самообслуживанию — I ст.;</p> <p>самостоятельному передвижению — I ст.;</p>	50 — 60%	III группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности способность к:	Процент утраты профессиональной трудоспособности	Группа инвалидности
	Рентгенологически: Легочной рисунок диффузно усилен, деформирован, фиброзно изменен. Фиброзные, мелко узелковые тени. Иногда отмечается тенденция к слиянию узелковых теней. Корни легких расширены, уплотнены и приобретают «обрубленный» вид. Плевра может быть утолщена, деформирована, плевродиафрагмальные и плевроперикардальные спайки. Эмфизема легких. ЭКГ: Признаки хронического легочного сердца: низкий вольтаж зубцов ЭКГ, вертикальная позиция сердца, отклонение электрической оси желудочков вправо, появление R-pulmonale, тахикардия, дистрофия миокарда обусловленная гипоксемией.	трудовой деятельности — I ст.		
III степень	Появляются одышка в покое, интенсивные боли в грудной клетке, усиливается кашель и отделяемая мокрота; иногда наблюдаются приступы удушья. Снижены показатели ФВД: ЖЕЛ III ст. 40 — 50% и МВЛ III ст. 40 — 50%, ДН III ст. Рентгенологически: Массивные затемнения на фоне изменений, наблюдаемых при II стадии. Нередко имеются выраженные плевродиафрагмальные и плевроперикардальные спайки, эмфизема легких с наличием крупных булл. ЭКГ: Появляются выраженные признаки хронического легочного сердца вследствие развивающейся гипертонии малого круга кровообращения, перегрузка правого предсердия и желудочка. Выраженные дистрофические изменения в миокарде, признаки гипертрофии правого отдела сердца, нарушения проводимости и автоматизма сердца.	самообслуживанию — II ст.; самостоятельному передвижению — II ст.; трудовой деятельности — III ст.	60 — 80%	II группа
5.4. Профессиональная бронхиальная астма (МКБ J 45)				
Профессиональная бронхиальная астма — это хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей с участием различных видов иммунокомпетентных клеток сопровождаемое непостоянной обратимой обструкцией и повышенной реактивностью бронхиального дерева. Критерием признания профессиональной этиологии бронхиальной астмы является причинно-следственная связь ее развития с выполняемой работой.				
I степень	Период моновалентной аллергии, приступы удушья легкие, кратковременные, при поступлении аллергена на организм. Наличия симптома экспозиции — развития приступов удушья, при выполнении работы и симптома элиминации — прекращения приступов при прерывании контакта с аллергеном. Заметные улучшение или полное выздоровление после рационального трудоустройства. Нередко одновременное развития аллергических заболеваний кожи, верхних дыхательных путей. Присту-	Ограничений жизнедеятельности нет	Первая стадия проф. бронхиальной астмы (чаще атопической формы) подлежит обязательный перевод на другую работу (процесс обратимый). При рациональном трудоустройстве и в случае	

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности способность к:	Процент утраты профессиональной трудоспособности	Группа инвалидности
	пы купируются самостоятельно или применением ингаляторов. ДН I ст. Снижения ОФвд.1. ХСН отсутствует.		снижения квалификации процент утраты до 30% с обязательной переквалификацией.	
II степень	Характеризуется в сочетанной химической, биологической и бактериальной аллергией. Симптомы элиминации отсутствуют, приступы удушья 1 — 3 раза в неделю или могут быть ежедневные, ночные приступы удушья чаще 1 раза в неделю. Нарушение бодрствования и сна, почти ежедневные приемы бронхолитиков. Возможно гормонозависимость. ДН II ст., снижение МВЛ; ЖЕЛ; ОФВ 1, ХСН I ФК II по NYHA.	самообслуживанию — I ст.; самостоятельному передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	50 — 60%	III группа
III степень	Постоянные симптомы в течение дня, частые обострения с приступами удушья, возможны тяжелые приступы удушья с развитием астматического статуса. Хроническое легочное сердце, всегда гормонозависимость, возможно стероидные язвы и диабет. ДН III; ХСН II ФК III по NYHA.	самообслуживанию — II ст.; самостоятельному передвижению — II ст.; трудовой деятельности — III ст.	60 — 80%	II группа
5.5. Хроническая интоксикация пестицидами (МКБ Т-60 Т-60,4)				
Хроническая интоксикация пестицидами — заболевание, которое развивается при длительном воздействии на организм человека пестицидов и характеризуется функциональными и органическими нарушениями функции нервной системы, особенно центральной нервной системы, печени и других органов и систем. Критерием признания профессиональной этиологии хронической интоксикации пестицидами является причинно-следственная связь ее развития с выполняемой работой.				
I степень	Основные синдромы: Хронический гастрит: пальпация живота болезненна в эпигастрии. Хронический колит: нарушение стула, запоры, боль в подвздошной области, вздутие живота, дискомфорт. Гепатопатия: слабая иктеричность склер, умеренное (0,5 см.) увеличение печени, болезненность при пальпации. Астено-вегетативный синдром, астено-невротический синдром: красный и белый дермографизм, общий гипергидроз, оживление или угнетение сухожильных рефлексов, дистальный тип гипестезии. Клинико-лаб. исследования: умеренный лейкоцитоз, уменьшение количества гемоглобина и эритроцитов (анемия легкой степени), гипербета-липопротеинемия. ЭКГ — синусовая аритмия, дистрофические изменения миокарда.	Ограничений жизнедеятельности нет	При хронической интоксикации пестицидами I ст. легкой ст. при наличии выраженной сопутствующих заболеваний необходимо рациональное трудоустройство без контакта токсическими веществами, в случае снижения квалификации и не возможности рационального трудоустройства процент утраты до 30%	

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности способность к:	Процент утраты профессиональной трудоспособности	Группа инвалидности
	<p>УЗИ — уплотнение паренхимы печени, дискинезия желчного пузыря, хронический холецистит, увеличение печени.</p> <p>Эндоскопическое исследование: Картина распространенного поверхностного, атрофического и реже гипертрофического гастрита.</p> <p>Ректомоноскопия или ирригоскопия, рентгеноскопия ЖКТ — признаки колита.</p>			
II степень	<p>Хронический гепатит: Иктеричность склер, реже желтушность кожных покровов, увеличение печени и ее болезненность, плотная, симптом раздражения желчного пузыря (+).</p> <p>Хронический гастрит: пальпация живота болезненна в эпигастрии.</p> <p>Хронический колит: нарушение стула, запоры, боль в подвздошной области, вздутие живота, дискомфорт.</p> <p>Выраженная астения: общая слабость, быстрая утомляемость, снижение настроения.</p> <p>Выраженный астено-вегетативный синдром, выраженный астено-невротический синдром:</p> <p>Астено-органический синдром: (+) симптом Маринеску-Родовича, интенционная дрожь языка, сужение зрачка, парестезии, горизонтальный нистагм, снижение интеллекта.</p> <p>Ипохондрический синдром: легкое нарушение психики.</p> <p>Клинико-лаб. исследования: снижение гемоглобина, эритроцитов (анемия средней степени), повышение всех показателей билирубина, пробы Вельтмана более 8-9 ед. (норма 7 ед.)</p> <p>ЭКГ — синусовая аритмия, диффузные обменные изменения миокарда, гипоксия миокарда.</p> <p>УЗИ — картина хронического гепатита, уплотнение печени и увеличение печени.</p> <p>Эндоскопическое исследование: воспалительно-деструктивная перестройка слизистой желудка. Картина распространенного поверхностного, атрофического и реже гипертрофического гастрита.</p> <p>Ректомоноскопия или ирригоскопия, рентгеноскопия ЖКТ — признаки колита.</p>	<p>самообслуживанию — I ст.;</p> <p>трудовой деятельности — I ст.</p>	40 — 60%	III группа
III степень	<p>Выраженная энцефалопатия II ст. Органические нарушения нервной системы (миелорадикулополиневрит): стойкий тремор пальцев рук, асимметрия сухожильных рефлексов, анизокория, неравномерность глазных щелей, сглаженность носогубных складок, снижение памяти,</p>	<p>самообслуживанию — II ст.;</p>	60 — 80%	II группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности способность к:	Процент утраты профессиональной трудоспособности	Группа инвалидности
	<p>депрессия, значительное снижение работоспособности, стойкие нарушения сна, галлюцинации, онемение и похолодание конечностей, снижение чувствительность по дистальному типу, снижение тонуса и силы мышц до 2 баллов.</p> <p>Выраженный хронический гепатит: Иктеричность склер, желтушность кожных покровов, выраженная увеличение печени, болезненная, плотная, края острые, симптом раздражения желчного пузыря (+).</p> <p>Клинико-лаб. исследования: Лейкоцитоз, повышение СОЭ, снижение гемоглобина, эритроцитов (анемия средней степени), повышение всех показателей билирубина, пробы Вельтмана (более 9 ед.).</p> <p>ЭКГ — аритмии, диффузное изменения миокарда, гипоксия миокарда.</p> <p>УЗИ — картина хронического гепатита, уплотнение и увеличение печени.</p>	<p>трудовой деятельности — II, III ст.</p>		
5.6. Хроническая интоксикация нефтепродуктами (МКБ Т-65)				
<p>Хроническая интоксикация нефтепродуктами — заболевание, которое развивается при длительном воздействии на организм человека токсико-химических веществ, которые образуются при производстве — добыче и переработке нефтепродуктов (бензин, растворители, парафин, смазочные масла, нефтяной кокс и другие) и характеризуется функциональными и органическими нарушениями функции нервной системы, печени и других органов. Критерием признания профессиональной этиологии хронической интоксикации нефтепродуктами является причинно-следственная связь ее развития с выполняемой работой.</p>				
I степень	<p>Повышенная возбудимость вегетативной нервной системы: гипергидроз, акроцианоз, ярко-розовый дермографизм, выраженный глазосердечный рефлекс, лабильность пульса и АД, повышенная мышечная возбудимость, тремор пальцев рук; нарушение функции печени, гипербилирубинемия, снижение холинэстеразной активности крови.</p>	<p>Ограничений жизнедеятельности нет</p>	<p>Рациональное трудоустройство, при невозможности до 30%</p>	
II степень	<p>Начальное проявление энцефалопатии, параллельно признаки токсического гепатита. В невростатусе: анизокория, нистагм, асимметрия лицевой иннервации, легкие пирамидные нарушения; отмечается увеличение печени, тахикардия, приглушение тонов сердца, систолический шум, снижение вольтажа основных зубцов. При лабораторных исследованиях отмечается билирубинемия, в-липопротеидемия и гамма глобуленемия, повышение активности аминотрансфераз.</p>	<p>самообслуживанию — I ст.; трудовой деятельности — I ст.</p>	<p>40 — 60%</p>	<p>III группа</p>
III степень	<p>Имеется органические нарушения ЦНС экстрапирамидные и пирамидные нарушения, изменения психо-эмоциональной сфере (тревога, фобии, галлюцинации) признаки гипоталамического синдрома. Патология ЦНС сочетается с поражением периферической нервной системы в виде полиневропатии. Имеется диффузное поражение внутренних орга-</p>	<p>самообслуживанию — II ст.; трудовой деятельности — II, III ст.</p>	<p>60 — 80%</p>	<p>II группа</p>

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности способность к:	Процент утраты профессиональной трудоспособности	Группа инвалидности
	нов: астмоидные бронхиты, бронхиальная астма, гепатомегалия, кардиопатии, дерматиты. О наличии гепатита — свидетельствует изменения пигментной, антитоксической, белковообразительной, ферментативной функции, нарушение жирового обмена, развивается тяжелая токсическая анемия, снижение фильтрационной функции почек.			
5.7. Профессиональный кохлеарный неврит (нейросенсорная тугоухость) (МКБ Z-57)				
Профессиональный кохлеарный неврит — профессиональное снижение слуха относится к нейросенсорной (перцептивной) тугоухости. Под этим термином подразумевается нарушение звуковоспринимающего аппарата по типу восходящего кохлеарного неврита. Установлено, что снижение слуха под влиянием достаточно интенсивных и длительно действующих шумов связано с дегенеративными изменениями в волосковых клетках кортиева органа, так и в первом нейроне слухового пути — спиральном ганглии, а также в волосках кохлеарного нерва.				
I степень	Объективные критерии: отсутствие нарушений в звукопроводящем аппарате; отсутствие изменений на барабанной перепонке; снижение шепотной речи — 4 + 1 метр; потери слуха на аудиограмме: на 500 — 2000 Гц — 11 — 20 дБ; на 4000 Гц и пределы возможного колебания — 60 + 20 дБ.	Ограничений жизнедеятельности нет	Может продолжать выполняемую работу под динамическим наблюдением	
II степень	Объективные критерии: отсутствие нарушений в звукопроводящем аппарате; отсутствие изменений на барабанной перепонке; снижение шепотной речи 2 + 1 метра; потери слуха на аудиограмме: на 500 — 2000 Гц — 21 — 30 дБ; на 4000 Гц и пределы возможного колебания 65 + 20 дБ.	Ограничений жизнедеятельности нет	В зависимости от рационального трудоустройства 15 — 25%	
III степень	Объективные критерии: отсутствие нарушений в звукопроводящем аппарате; отсутствие изменений в барабанной перепонке; снижение шепотной речи от 0 до 1 метра; потери слуха на аудиограмме: на 500 — 2000 Гц — 31 + 45 дБ; на 4000 Гц и пределы возможного колебания — 70 + 20 дБ. При полной глухоте с двух сторон	общению — I ст.	30 — 50%	III группа
5.8. Хронический ларингит профессионального гонеза (МКБ)				
Хронический ларингит — профессиональное заболевание голосового аппарата обусловленное длительным систематическим перенапряжением голосовых связок и характеризуется нарушением голосовой функции — дисфонией, чаще всего фонастенией. Критерием признания профессиональной этиологии хронического ларингита является причинно-следственная связь ее развития с выполняемой работой.				

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности способность к:	Процент утраты профессиональной трудоспособности	Группа инвалидности
I степень	<p>Профессиональный хронический ларингит:</p> <p>Ларингоскопические данные: застойная гиперемия слизистой оболочки гортани, более выраженная в области обеих голосовых складок, нередко на таком фоне видны расширенные кровеносные сосуды; утолщение голосовых складок; в просвете гортани слизь; утолщение складок, особенно по краям голосовых складок и в межчерпаловидном пространстве; слизистые преддверных складок бывают отечными, набухшими, иногда покрывают частично голосовые складки, затрудняя фонацию; потеря голоса — фоностения. на голосовых складках иногда образуются маленькие отечные утолщения слизистой оболочки (гиперплазия), расположенные друг против друга (узелки певцов), мешающие фонации и вызывающие хрипоту. В области голосовых складок, межчерпаловидного пространства очень часто развиваются ограниченные утолщения ороговевшего эпителия — паходермия.</p>		<p>В зависимости от рационального трудоустройства сопутствующих заболеваний</p> <p>35 — 50%</p>	III группа
5.9. Вибрационная болезнь: (МКБ Z-57.7)				
Вибрационная болезнь от воздействия локальной вибрации				
Вибрационная болезнь от воздействия локальной вибрации — заболевание которое развивается при работе с ручными механизированными инструментами ударного и вращательного действия и характеризуется сосудистыми, трофическими нарушениями в кистях и функциональными нарушениями ЦНС и ее вегетативных отделов.				
I степень	<p>Расстройство болевой чувствительности по дистальному типу. Приступы побеления пальцев — крайне редко, только после резкого охлаждения. Понижение кожной температуры, «+» холодовая проба, нерезкое повышение тонуса капилляров, повышение порога болевой чувствительности и вибрационной чувствительности. При наличии сопутствующей сосудистой патологии (ГБ, ИБС) рациональное трудоустройство затрудняется.</p>	<p>самообслуживанию — I ст.; трудовой деятельности — I ст.</p>	<p>При невозможности рационального трудоустройства 35 — 40%</p> <p>45 — 50%</p>	III группа
II степень	<p>Акроспазмы кистей более длительные и частые. Расстройство чувствительности по сегментарному типу. Более выраженное снижение болевой чувствительности и вибрационной чувствительности. Нарушение тонуса не только капилляров, но и крупных сосудов. Умеренное проявление синдрома вегетосенсорной полиневропатии рук.</p>	<p>самообслуживанию — I ст.; трудовой деятельности — I ст.</p>	55 — 60%	III группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности способность к:	Процент утраты профессиональной трудоспособности	Группа инвалидности
III степень	Встречается редко. Смешанная полиневропатия с отчетливым двигательным компонентом приступы акроангиоспазма, дисциркуляторная энцефалопатия, нейроэндокринная дисфункция. Резко выражены сосудистые и трофические расстройства.	самообслуживанию — II ст.; трудовой деятельности — II, III ст.	60 — 70%	II группа
Вибрационная болезнь от воздействия общей вибрации				
Вибрационная болезнь от общей вибрации — это заболевание, развивающееся от воздействия вибрации рабочих мест, передающейся через опорные поверхности на тело сидящего или стоящего человека и характеризуется развитием вегетативно-сенсорной полиневропатии, радикулополиневропатии и церебрально-периферических синдромов.				
I степень	Похолодание конечностей, цианоз и гипергидроз кистей и стоп, «+» симптом Паля, снижение пульсации артерий на тыле стопы. Снижение силы и гипотрофия отдельных мышц голени и стоп. Нарушение чувствительности по полиневритическому типу. Изменения ЦНС — церебральный ангиодистонический синдром. Вегетосенсорная полиневропатия нижних конечностей. Повышенная возбудимость вестибулярного анализатора с наличием «+» лабиринтных проб.	самообслуживанию — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	При невозможности рационального трудоустройства 40 — 50%	III группа
II степень	К изменениям указанной в I степени присоединяются явления поясничного остеохондроза с полирадикулярными нарушениями и функциональные нарушения ЦНС.	самообслуживанию — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	60%	III группа
5.10. Пояснично-крестцовая радикулопатия (МКБ М-54-1)				
Пояснично-крестцовая радикулопатия — заболевание, в основе которого лежит повреждение связочного, мышечного аппарата, межпозвонковых дисков и суставов позвоночно-двигательных сегментов, приводящие к формированию компрессионно-ишемических (радикулярных) и сопровождающих их мышечнотонических синдромов на пояснично-крестцовом уровне. Заболевание имеет многофакторную природу, при этом ведущая роль отводится факторам труда (динамическая и статическая работа и т. д.).				
I степень	Симптомы натяжения — Лассега, Нери, Дежерина, Кернига-Лассега «+». Расстройство чувствительности по корешковому типу. Снижение или выпадение ахиллова рефлекса. Парез длинного разгибателя большого пальца и разгибателя стопы. Диффузная атрофия мышц нижних отделов конечностей, снижение тонуса и силы мышц. Выпрямление поясничного лордоза, появление сколиоза, реже кифоза и кифосколиоза. Паравертебральная болезненность при надавливании в месте пораженного диска и нижележащего корешка. Вегетативно-сосудистые дисфункции — похолодание стоп, цианоз, пастозность и отеки голени, лодыжек, спазмы сосудов ног, исчезнове-	самообслуживанию — I ст.; самостоятельному передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	В зависимости от рационального трудоустройства 35 — 50%	III группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности способность к:	Процент утраты профессиональной трудоспособности	Группа инвалидности
	ние пульсации на артериях стоп, потливость или сухость кожных покровов, шелушение эпидермиса. На ЭМГ — понижение спонтанной активности мышц голени, резкое уменьшение средней амплитуды биопотенциалов и значительное урежение биопотенциалов действия.			
5.11. Хроническая интоксикация органическими растворителями (ароматическими углеводородами, amino- и нитросоединениями бензола и его гомологов) (МКБ Т-60-64)				
Хроническая интоксикация органическими растворителями — заболевание, которое развивается при длительном воздействии на организм человека органических растворителей (бензол и его гомологи) и характеризуется функциональными и органическими нарушениями функции нервной системы, костного мозга, печени и других органов и систем. Критерием признания профессиональной этиологии хронической интоксикации органическими растворителями является причинно-следственная связь ее развития с выполняемой работой.				
I степень	Астено-невротический синдром: тремор пальцев, судороги в них, красный дермографизм, гипергидроз пальцев и ладоней. Лабораторно: нестойкая лейкопения (лейкоциты 4,0 x 10 ⁹ /л), умеренный ретикулоцитоз, тромбоцитопения.	Ограничений жизнедеятельности нет	При невозможности рационального трудоустройства до 30%	
II степень	Токсическая энцефалопатия проявляется микроорганическими признаками, экстрапирамидальным гиперкинезом. Наблюдаются психические изменения, снижение концентрации внимания, памяти, снижаются функции коры головного мозга. Полиневротический синдром протекает с поражением вегетативных волокон, снижение болевой чувствительности в руках. Видимые слизистые и кожные покровы бледные, печень увеличена. Лейкопения (лейкоциты 3,5 – 3,0 x 10 ⁹ /л), ретикулоцитоз, анемии, тромбоцитопения (тромбоциты 120,0 – 100,0 x 10 ⁹ /л).	самообслуживанию — I ст.; самостоятельному передвижению — I ст.; ориентации — I ст.; общению — I ст.; контролю своего поведения — I ст.; трудоустройству — I ст.	40 — 60%	III группа
III степень	Проявляется синдромом фуникулярного миелоза, токсической энцефалопатией, полиневропатией. Фуникулярный миелоз представляет собой поражение спинного мозга. Наблюдаются слабость, боли в ногах, нарушение координации движения, снижается мышечная слабость, снижаются ахилловы рефлексы. Печень увеличена, функции нарушены. Желудочный сок — кислотность снижается, нарушаются функции поджелудочной железы. Сердце — тахикардия до 100 уд. в мин. АД снижается. Лейкопения (лейкоциты 2,0 x 10 ⁹ /л), нейтропения, тромбоцитопения (50,0 – 10,0 x 10 ⁹ /л), снижаются эритроциты. Гипохромная анемия. СОЭ высокий. Наблюдается хронический миелолейкоз.	самообслуживанию — II ст.; самостоятельному передвижению — II ст.; ориентации — II ст.; общению — II ст.; контролю своего поведения — II ст.; трудоустройству — II-III ст.	70 — 80%	II группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности способность к:	Процент утраты профессиональной трудоспособности	Группа инвалидности
5.12. Профессиональный аллергический дерматит (МКБ L-23.0)				
Профессиональный аллергический дерматит — это аллергическое заболевание кожи. В этиологии и патогенезе которой главную роль играет воздействие производственного фактора и характеризуется аллергическим поражением кожи, в основном, верхней конечности. Критерием признания профессиональной этиологии аллергического дерматита является причинно-следственная связь ее развития с выполняемой работой.				
Эритематозная стадия	Покраснение, легкая отечность, местная температура тела и незначительная болезненность.	Ограничений жизнедеятельности нет	При невозможности рационального трудоустройства вне воздействия факторов, вызвавших заболевания до 30%	
Папулезная стадия	Отек увеличивается, присоединяется инфильтрат в дерме, усиливается краснота пораженного участка, формируются узелки воспалительного характера.	трудовой деятельности — I ст.	35 — 60%	III группа
Пустулезная стадия	Присоединяются явления нагноения, пузырьки превращаются в гнойнички.	трудовой деятельности — I ст.	35-60%	III группа
Мокнущая стадия	Явления отека и экссудации увеличиваются настолько, что поверхностные слои ломаются, отслаиваются, пораженная поверхность начинает мокнуть.	трудовой деятельности — I ст.	35-60%	III группа
Корковая стадия	Эритема, корки.	Ограничений жизнедеятельности нет	до 30%	
Сквамозная стадия	Явления начинают затихать, на участке поражения появляется шелушение.	Ограничений жизнедеятельности нет	до 30%	
Примечание: при определении процента утраты профтрудоспособности необходимо учитывать распространенность процесса.				
5.13. Профессиональная экзема (МКБ L-12)				
Профессиональная экзема — аллергическое заболевание кожи, в этиологии и патогенезе которой важную роль играет воздействие определенного производственного фактора (производственного аллергена) и функциональные нарушения в нервной, сосудистой и других системах, определяющие динамику аллергических реакций, особенности клинической картины и хроническое рецидивирующее течение.				
Острая стадия	На коже наблюдается резкий отек, гиперемия, узелки, везикулы, мокнутье с серозно-кровянистыми корочками.	трудовой деятельности — I ст.	При невозможности рационального трудоустройства вне контакта с промышленным аллергеном 35 — 60%	III группа
Подострая стадия	Воспалительная реакция умеренная, отеки, гиперемия незначительная, имеется тенденция к эпителизации эрозий.	трудовой деятельности — I ст.	35 — 60%	III группа
Хроническая стадия	В очаге поражения кожа имеет застойно синюшный цвет, отмечаются шелушение, трещины. Как и экзема другой этиологии профессиональная экзема характеризуется полиморфизмом высыпаний, выраженным зудом,		35 — 60%	III группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности способность к:	Процент утраты профессиональной трудоспособности	Группа инвалидности
	склонностью к рецидивам и обострениям иногда (хотя и редко) даже при устранении контакта с производственным раздражителем.			
Примечание: При определении процента утраты профтрудоспособности необходимо учитывать распространенность процесса.				
5.14. Катаракта (МКБ Н-26)				
Заболевания хрусталика — изменение прозрачности (помутнения) или положения, обуславливающие нарушение зрительной функции и нарушение состояния жизнедеятельности. При этом всякое нарушение прозрачности хрусталика, имеющее разные причины и различную степень выраженности, называется катарактой. Развития профессиональной катаракты зависит от санитарно-гигиенической условий труда, индивидуальной чувствительности организма и стажа работы.				
I степень	При начальной катаракте, возникшей вследствие осложнения профессиональной деятельности. При наличии катаракты на обоих глазах с остротой зрения 0,03 — 1,0 с коррекцией на лучшее видящем глазу. При наличии катаракты на одном глазу с остротой зрения 0,04 — 1,0 с коррекцией.	Ограничений жизнедеятельности нет	Динамическое наблюдение, рациональное трудоустройство, в случае невозможности до 25%	-
II степень	При наличии катаракты на обоих глазах со снижением остроты зрения 0,09 — 0,2 с коррекцией на лучше видящем глазу. Наличие катаракты на одном глазу со снижением остроты зрения до 0,03 с коррекцией, при наличии противопоказаний к оперативному лечению.	ориентации — I ст.; обучению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	При катаракте обоих глаз — 30 — 55% в зависимости от остроты зрения; При катаракте одного глаза — 30 — 35% если острота зрения другого глаза 0,9 — 1,0 (см. таблицу в процентах по зрению)	III группа
III степень	При наличии катаракты на обоих или лучше видящем глазу или сочетании осложненной катаракты с изменениями других структур глаза со снижением остроты зрения 0,04 — 0,08 с коррекцией на лучше видящем глазу, при наличии противопоказаний к оперативному лечению.	самообслуживанию — II ст.; передвижению — II ст.; ориентации — II ст.; обучению — II ст.; трудовой деятельности — II, III ст.	60 — 80%	II группа
IV степень	При наличии зрелой, полной катаракты обоих или на лучше видящем глазу. При сочетании катаракты с изменениями других структур глаза, приводящей к снижению остроты зрения в лучше видящем глазу до 0,03 с коррекцией, при наличии противопоказаний к оперативному лечению.	самообслуживанию — III ст.; передвижению — III ст.; ориентации — III ст.; трудовой деятельности — II, III ст.	90 — 100%	I группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности способность к:	Процент утраты профессиональной трудоспособности	Группа инвалидности
5.15. Хроническая интоксикация ртутью и ее неорганическими соединениями (МКБ Т-56-1)				
Хроническая ртутная интоксикация — заболевание, которое развивается при длительном воздействии на организм человека малых доз неорганических соединений (металлической) ртути и характеризуется функциональными и органическими нарушениями функции центральной нервной системы, особенно ее высших отделов, а также рядом рефлекторных нарушений в корковых и подкорковых отделах. Критерием признания профессиональной этиологии хронической ртутной интоксикации является причинно-следственная связь ее развития с выполняемой работой.				
I степень	Стадия «Ртутной неврастении». У больных отмечается общее недомогание, головная боль, плаксивость, снижение памяти, нарушение сна, неприятное ощущение металлического вкуса во рту, обильное слюноотечение, иногда диспепсические расстройства. Эмоциональная неустойчивость, выраженность вегетативных нарушений (стойкий, красный дермографизм, общий гипергидроз, неустойчивость в позе Ромберга. В дальнейшем присоединяется раздражительность, пугливости), повышены, саливация и кровоточивость десен, появление гингивита и стоматита.	Ограничений жизнедеятельности нет	Рациональное трудоустройство, в случае невозможности 30%	
II степень	Токсическая энцефалопатия I ст., астено-вегетативный синдром: резкая слабость, упорные головные боли, бессонница, повышенная раздражительность, плаксивость, склонность к депрессивным реакциям, отмечается некоторые психопатологические симптомы, неадекватная смущаемость, неуверенность в себе, сердцебиение, покраснение лица, потливость, т. е. симптомы «Ртутного эритизма». Со стороны желудочно-кишечного тракта: в виде гастрита, колита, ощущение металлического вкуса во рту, усиление слюноотделения, пародонтоз. В крови — лимфоцитоз, моноцитоз, реже анемия, лейкопения. В моче иногда следы белка. Содержание ртути в моче колеблется от 0,02 до 0,9 мг/л.	трудовой деятельности — I ст.	40 — 60%	III группа
III степень	Токсическая энцефалопатия II ст. Больные отмечают упорные головные боли без четкой локализации, бессонницу, нарушение походки, слабость в ногах, состояние страха, депрессии, снижение памяти и интеллекта. Возможны галлюцинации. При осмотре, помимо крупноразмашистого ассиметричного интенционного тремора, выступает микроорганическая симптоматика: анизокория, сглаженность носогубной складки, отсутствие брюшных рефлексов, адиадохокinesis, нарушение мышечного тонуса, гипомимия, дизартрия. Психопатические симптомы (шизофреноподобный синдром) появляются галлюцинаторно-бредовые явления: страх, депрессия и «эмоциональная тупость»	самостоятельному передвижению — II ст.; общению — II ст.; трудовой деятельности — II ст.	60 — 70%	II группа

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности способность к:	Процент утраты профессиональной трудоспособности	Группа инвалидности
5.16. Плечелопаточный периартрит (МКБ М-75)				
Плечелопаточный периартрит — заболевание, которое развивается в результате длительного перенапряжения мышц плечевого пояса и усиленных движений в области плечевого сустава и длительной травматизации связочно-сухожильного участка сустава и синовиальных сумок и дегенерации их с реактивным асептическим воспалением. Критерием признания профессиональной этиологии плечелопаточного периартрита является причинно-следственная связь ее развития с выполняемой работой.				
	Припухлость, умеренная болезненность при пальпации плечевого сустава. Даже при резко выраженных болях и значительным ограничением отведения плеча маятникообразные движения руки вперед-назад вдоль туловища сохраняется в полном объеме. Затруднено закладывание руки на спину, движения в плечевом суставе сопровождаются хрустом. При значительном нарушении функции плечевого сустава наблюдается гипотрофия и атрофия дельтовидной мышцы, остеопороз головки плечевого пояса. Рентгенологически выявляются склеротические изменения поверхности бугорка плечевой кости и наличия теней известковых отложений различной величины, формы и плотности.	самообслуживанию — I ст.; самостоятельному передвижению — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	При невозможности рационального трудоустройства 35 — 40%	III группа
5.17. Хроническая интоксикация свинцом и его соединениями (МКБ Т-56-0)				
Хроническая свинцовая интоксикация — заболевание, которое развивается при длительном воздействии на организм человека свинца и его неорганических соединений и характеризуется нарушением синтеза порфиринов и гема, в клинической картине преобладанием синдромов поражения крови, нервной системы, желудочно-кишечного тракта, печени. Критерием признания профессиональной этиологии хронической свинцовой интоксикации является причинно-следственная связь ее развития с выполняемой работой.				
I степень	Астено-невротический синдром — стойкий красный дермографизм, повышение сухожильных рефлексов, тремор пальцев рук, брадикардия. Анемический синдром — для ранней свинцовой интоксикации характерно появление ретикулоцитов в периферической крови, базофильная зернистость эритроцитов, гемоглобин незначительно снижен. Желудочно-кишечный синдром — проявляется чувством тяжести в эпигастральной области, смена поноса запором, усиление перистальтики кишечника. Объективно: язык слегка обложен серым налетом, живот при пальпации болезнен в эпигастральной области, по ходу кишечника, стул неустойчив. Печень у края реберной дуги, при пальпации небольшая болезненность. Свинец в моче определяется до 0,02 мг/л, содержание копропорфирина увеличивается 450 нмоль/сут (норма 80 — 380 нмоль/сут). В крови определяются ретикулоциты 25 промилл. (норма 12 промилл.).	Ограничений жизнедеятельности нет	Рациональное трудоустройство, при невозможности до 30%	

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Степень ограничения жизнедеятельности способность к:	Процент утраты профессиональной трудоспособности	Группа инвалидности
II степень	<p>Основные синдромы:</p> <p>Астено-невротический синдром — сухожильные рефлексы оживлены с 2-х сторон, выраженный тремор пальцев рук, выраженный красный дермографизм, брадикардия, повышенная потливость. Кожные покровы приобретают «свинцовый колорит» — землисто-бледная окраска кожных покровов.</p> <p>Свинец в суточной моче может быть от 0,02 до 0,04 мг/л. содержание копропорфирина увеличивается — 770 нмоль/сут.</p> <p>Желудочно-кишечный синдром — язык густо обложен серым налетом, «свинцовая кайма» на деснах. Живот при пальпации болезнен в эпигастральной области, по ходу кишечника. Печень увеличена, болезненна. При «свинцовой колике» урежается пульс, резко повышается артериальное давление, усиливается головная боль, повышается температура тела до субфебрильных цифр. Количество мочи повышается, определяются следы белка.</p> <p>В крови определяются ретикулоциты 40 промилл.</p> <p>Сердечно-сосудистый синдром — характеризуется болями, сердцебиением, иногда замедлением сердечных сокращений. На ЭКГ — снижение вольтажа зубцов, деформация зубцов Т. Тоны сердца приглушены, возможно брадикардия, сменяющаяся тахикардией.</p>	самообслуживанию — I ст.; трудовой деятельности — I ст.	50 — 60%	III группа
III степень	<p>Проявления токсической энцефалопатии II ст.</p> <p>Больные возбуждены, выражен тремор пальцев рук, нарушение сна, постоянные головные боли, головокружение. Сухожильные рефлексы оживлены с 2-х сторон, асимметрия рефлексов, выражены стойкий красный дермографизм, общий гипергидроз. Двигательные нарушения в виде парезов и параличей. Повышается содержание ретикулоцитов более 40 промилл, базофильная зернистость эритроцитов, гемоглобин снижен.</p> <p>Желудочно-кишечный синдром — Тяжелая «свинцовая колика» — язык густо обложен, живот при пальпации резко болезнен в эпигастральной области, в правом подреберье. Печень увеличена на 2-3 см, резко болезненна. Стойкие запоры.</p>	самообслуживанию — II ст.; трудовой деятельности — II, III ст.	70 — 80%	II группа
<p>Примечание: Группа инвалидности устанавливается с учетом клинического течения основного заболевания, его осложнений и клинико-экспертного прогноза, а также вида трудовой деятельности гражданина.</p>				

ПРИЛОЖЕНИЕ № 4
к постановлению Кабинета Министров
от 1 июля 2011 года № 195

**Изменения, вносимые в некоторые решения
Правительства Республики Узбекистан**

1. Абзацы десятый и одиннадцатый пункта 1 постановления Кабинета Министров от 11 мая 1994 г. № 249 «Об утверждении нормативных актов, необходимых для реализации Закона Республики Узбекистан «О государственном пенсионном обеспечении граждан» и приложения №№ 6 и 7 к нему признать утратившими силу.

2. В постановлении Кабинета Министров от 8 августа 2008 г. № 175 «О мерах по совершенствованию структуры управления и организации службы врачебно-трудовой экспертизы» (СП Республики Узбекистан, 2008 г., № 8, ст. 44):

а) абзац четвертый пункта 1 и приложение № 3 признать утратившими силу;

б) в приложение № 6:

из примечания к разделу 2 слова «при заболеваниях, указанных в пункте 2, без переосвидетельствования устанавливается третья группа после наблюдения ВТЭК за инвалидом в течение двух лет» исключить;

из примечания к разделу 3 цифры «1, 2, 3» и «5» исключить.

3. Подпункт «г» пункта 3 приложения к постановлению Кабинета Министров от 11 ноября 2010 г. № 250 «О внесении изменений и дополнений в некоторые решения Правительства Республики Узбекистан (постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан от 2 сентября 2010 года № 193 «О дополнительных мерах по совершенствованию организации деятельности службы врачебно-трудовой экспертизы»)» признать утратившим силу.