

Медико-социальная экспертиза при детском церебральном параличе.

Ассистент кафедры неврологии, МСЭ и реабилитации
СПБИУВЭК, к.м.н. **Ю.А. Колчева**
Проректор по научной работе СПБИУВЭК, профессор, д.м.н.
Г.О. Пенина
Ректор СПБИУВЭК, профессор, д.м.н.
В.Г. Помников



- По данным Минтруда в России на 1 января 2015 года насчитывалось **590 тыс.** детей-инвалидов.
- Отмечается увеличение численности детей-инвалидов на **3,7 %** по сравнению с 2013 годом и на **9,2 %** по сравнению с 2010 годом.



Структура причин первичной детской инвалидности в РФ от 2014 года.



- **ИНВАЛИД** - ЛИЦО, КОТОРОЕ ИМЕЕТ НАРУШЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ СО СТОЙКИМ РАССТРОЙСТВОМ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА, ОБУСЛОВЛЕННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ПОСЛЕДСТВИЯМИ ТРАВМ ИЛИ ДЕФЕКТАМИ, ПРИВОДЯЩЕЕ К ОГРАНИЧЕНИЮ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ВЫЗЫВАЮЩЕЕ НЕОБХОДИМОСТЬ ЕГО СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ. (Федеральный закон от 24.11.1995 N 181-ФЗ (ред. от 29.06.2015) "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»)
- ПРИЗНАНИЕ ЛИЦА ИНВАЛИДОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ.
- ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ПРИЗНАНИЯ ЛИЦА ИНВАЛИДОМ УСТАНОВЛИВАЮТСЯ ПРАВИТЕЛЬСТВОМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.

- В 86% случаев неврологические заболевания, приводящие к инвалидности у детей, являются следствием патологии беременности и родов, причем исходом такой патологии в 30% случаев является выздоровление, в 30% – стойкая инвалидность, в 40% случаев – условно инвалидизирующие состояния, которые при своевременной и правильной реабилитации могут быть частично или даже полностью обратимы.



- Увеличение числа детей-инвалидов связывают с прогрессом в перинатальной и неонатальной медицине.
- Сегодня успешно выхаживают младенцев, рожденных недоношенными, в том числе с весом в 500 грамм, как известно, именно недоношенность является одним из основных факторов риска развития заболеваний центральной нервной системы.



Особенности медико-социальной экспертизы у детей:

- отсутствие социальной дееспособности у ребенка вследствие его физиологической зависимости от взрослого;
- экспертиза ребенка предполагает обязательную возрастную периодизацию жизни ребенка, что позволяет более объективно оценить отклонения того или иного вида жизнедеятельности в зависимости от возрастных норм;
- основные критерии жизнедеятельности детей различного возраста, связанные с ведущей возрастной деятельностью



Медико-социальная экспертиза детей – это многоэтапный процесс, предполагающий последовательную диагностику на трех уровнях:

- **оценка функционального состояния организма ребенка с учетом возрастных норм развития**
- **выявление ограничений жизнедеятельности ребенка и степени его зависимости от взрослого**
- **определение признаков социальной недостаточности, вызванной ограничениями жизнедеятельности.**



Освидетельствование в МСЭ :

1. Соответствие представлений о ребенке, полученных в результате осмотра, тем данным, которые изложены в представленных документах.



Освидетельствование в МСЭ:

2. Оценка стойкости нарушений функции органов и систем, развившихся в результате заболевания:

- по длительности течения заболевания (6 месяцев);**
- по клиническому прогнозу.**

3. Оценка степени нарушений функции органов и систем.



Освидетельствование в МСЭ:

У детей с заболеваниями нервной системы ограничения жизнедеятельности проявляются, в основном, в виде ограничения способности:

1. к передвижению,
2. самообслуживанию (адекватно возрасту),
3. обучению,
4. контролю за своим поведением,
5. общению,
6. ориентации.



Категории жизнедеятельности	Содержание категории жизнедеятельности
Способность к самообслуживанию	способность человека самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе навыки личной гигиены
Способность к самостоятельному передвижению	способность самостоятельно перемещаться в пространстве, сохранять равновесие тела при передвижении, в покое и при перемене положения тела, пользоваться общественным транспортом
Способность к ориентации	способность к адекватному восприятию личности и окружающей обстановки, оценке ситуации, к определению времени и места нахождения
Способность к общению	способность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки, хранения, воспроизведения и передачи информации
Способность контролировать свое поведение	способность к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально-правовых и морально-этических норм
Способность к обучению	способность к целенаправленному процессу организации деятельности по овладению знаниями, умениями, навыками и компетенцией, приобретению опыта деятельности (в том числе профессионального, социального, культурного, бытового характера), развитию способностей, приобретению опыта применения знаний в повседневной жизни и формированию мотивации получения образования в течение всей жизни
<i>Способность к трудовой деятельности (для взрослых)</i>	<i>способность осуществлять трудовую деятельность в соответствии с требованиями к содержанию, объему, качеству и условиям выполнения работы</i>

Помимо основных категорий ограничения жизнедеятельности, у детей необходимо учитывать ограничения, вытекающие из зависимости:

- Зависимость от внешнего механического оборудования, оснащения или процедур.
- Зависимость от внутренних или встроенных устройств и приспособлений (внутричерепные шунты, протезы суставов).
- Зависимость от других изменений внутреннего строения тела (например, искусственные отверстия).
- Зависимость от специального питания.
- Зависимость от медикаментозного лечения и регулярного медицинского контроля.
- Зависимость от специального режима жизни.



Распределение впервые признанных инвалидами детей в возрасте до 18 лет по причинам, обусловившим возникновение инвалидности (данные Минтруда России, форма № 7-д (собес))

	<i>2008г.</i>	<i>2009г.</i>	<i>2010г.</i>	<i>2011г.</i>	<i>2012г.</i>	<i>2013г.</i>	<i>2014г.</i>
Болезни нервной системы	11853	12601	13143	13241	13925	13995	14566



- **Детский церебральный паралич (ДЦП)**— это термин, используемый для обозначения группы не прогрессирующих нарушений позы тела и движений, вызванных повреждением центральной нервной системы (ЦНС), произошедшим в антенатальном, интранатальном или неонатальном периоде. ДЦП- наиболее частая причина детской инвалидности



Прогноз, течение, инвалидность при разных формах ДЦП:

- 1) Спастическая диплегия (болезнь Литтла) благоприятна в отношении преодоления психических и речевых нарушений, а локомоторные расстройства регрессируют с трудом. Больные обычно могут овладеть навыками самообслуживания, письма, приобщиться к труду. Интеллектуальный дефицит чаще умеренный, однако снижает возможности обучения и трудовой адаптации.
- 2) При гемиплегической (гемипаретической) форме больные неплохо приспосабливаются к труду, хотя социально-трудовая адаптация в значительной мере зависит от своевременной компенсации нарушений высших мозговых функций (особенно при правостороннем гемипарезе).



- 3) У больных с двойной гемиплегией (тетрапарезом), как правило, наблюдается глубокое интеллектуальное недоразвитие (имбицильность, идиотия), тяжелые речевые нарушения, что определяет неблагоприятный прогноз. Диагноз «двойная гемиплегия» является основанием направления ребенка в учреждения социальной защиты в связи с невозможностью социальной адаптации.
- 4) При гиперкинетической форме в связи с удовлетворительным развитием интеллекта обучение и социальная адаптация возможны, однако овладение трудовыми навыками затруднено из-за гиперкинеза и расстройств речи. По окончании школы больные с этой формой ДЦП чаще, чем с другими формами заболевания, поступают в средние, а иногда и высшие учебные заведения.
- 5) При атактически-астатической форме прогноз в отношении компенсации мозжечковых нарушений может быть благоприятным, что с учетом умеренности интеллектуальных расстройств позволяет части больных адаптироваться к труду.



Необходимые данные при направлении на МСЭ при ДЦП:

заключение невролога, эпилептолога, психиатра, окулиста (исследование глазного дна и полей зрения), ортопеда, педиатра, логопеда; заключение психолога с оценкой интеллекта, состояния психических процессов и личности; Эхо-ЭГ, ЭЭГ, РЭГ (по показаниям), КТ и (или) МРТ головного мозга.



Ограничения жизнедеятельности при ДЦП формируются вследствие:

- нарушений вестибулярных функций;
- аномалий восприятия - игнорирование пораженных конечностей у 50 % детей с гемиплегиями; когнитивных нарушений (нарушение внимания, памяти, мышления, эмоциональной сферы) у 65 % детей; умственной отсталости более чем у 50 % детей с ДЦП;
- нарушений экспрессивной и письменной речи;
- задержки темпов моторного и/или психоречевого развития;
- симптоматической эпилепсии (в 50-70 % случаев);



- нарушений зрения;
- нарушения слуха (тугоухость различной степени);
- гипертензионно-гидроцефального синдрома; диффузного остеопороза;
- нарушений со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем;
- урологических нарушений (гиперрефлексия мочевого пузыря, детрузорно-сфинктерная диссинергия), развивающиеся у 90 % больных;
- ортопедической патологии: укорочение конечностей, нарушение осанки, сколиоз, контрактуры суставов и т.д. – наблюдается у 50 % детей, страдающих ДЦП.



Условиями признания ребенка инвалидом при ДЦП являются:

- – нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеванием;
- – ограничение жизнедеятельности;
- – необходимость осуществления мер социальной защиты, включая реабилитацию.

(утверждены постановлением Правительства Российской Федерации от 20.02.2006 № 95, пункт 5)



Критерии инвалидности при ДЦП:

- При вынесении решения: у ребенка с ДЦП оценивается комплекс критериальных показателей: клинических (клинико- лабораторных, клинико-инструментальных), медико-социальных (самообслуживание, передвижение, ориентация, общение, обучение, контроль своего поведения,), социальных (факторы внешней среды).



Инвалидность при ДЦП в возрасте до 18 лет:

- а) определяется на 2 года при частичном нарушении жизнедеятельности и умеренной социальной недостаточности;
- б) устанавливается на срок до достижения 18 лет при наличии стойких параличей, глубоких парезов одной и более конечностей; стойких генерализованных гиперкинезов; выраженных нарушений координации; терапевтически резистентных в течение 2 и более лет эпилептических припадков; олигофрении в степени имбицильности или идиотии; глухоты, снижения остроты зрения до 0,2 (с коррекцией) в лучше видящем глазу или сужение поля зрения до 25°, слепоты на один глаз



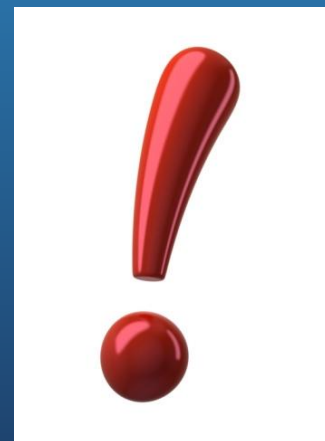
- Приказ Минтруда России № 1024н от 17.12.2015г., вступивший в силу 02.02.2016 г. помогает устранить или максимально снизить субъективизм при вынесении экспертного заключения больным с ДЦП .



- **Выделяются 4 степени стойких нарушений функций организма человека:**

- **I степень** - стойкие незначительные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в диапазоне от 10 до 30 процентов;
- **II степень** - стойкие умеренные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в диапазоне от 40 до 60 процентов;
- **III степень** - стойкие выраженные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в диапазоне от 70 до 80 процентов;
- **IV степень** - стойкие значительно выраженные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в диапазоне от 90 до 100 процентов.

- Категория "ребенок-инвалид" устанавливается при наличии у ребенка II, III либо IV степени выраженности стойких нарушений функций организма (в диапазоне от 40 до 100 процентов), обусловленных заболеваниями, последствиями травм и дефектами.

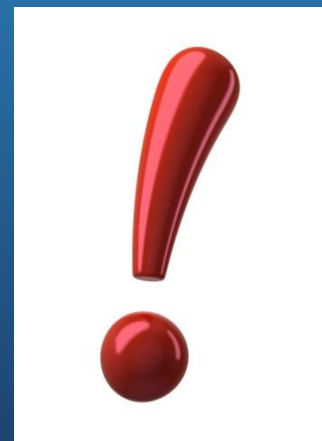


Количественная оценка в процентах проводится:

- **Как по основному диагнозу**
- **Так и по сопутствующему диагнозу**
- *Как в определении процентов с шагом в 10 процентов (10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90, 100%)*
- *Так и в определенном диапазоне (10-30; 40-60; 70-80; 90-100 %).*

В определенном диапазоне приводится интегрированная клинико-функциональная характеристика, учитывающая возможные особенности степени нарушения конкретной функции организма и факторы патологического процесса:

- *форма и тяжесть течения,*
- *активность процесса,*
- *наличие и частота обострений,*
- *наличие и частота пароксизмальных состояний,*
- *распространенность патологического процесса,*
- *включение органов мишеней,*
- *необходимость подавления иммунитета,*
- *наличие осложнений и др.*



Количественная оценка степени выраженности стойких нарушений функций организма человека вследствие детского церебрального паралича (ДЦП) основывается:

- на клинической форме заболевания;
- характере и степени выраженности двигательных нарушений;
- степени нарушения схвата и удержания предметов (одностороннее или двухстороннее поражение кисти);
- степени нарушения опоры и передвижения (одностороннее или двухстороннее нарушения);

- наличии и выраженности языковых и речевых нарушений;
- степени психического расстройства (легкое когнитивное нарушение; умственная отсталость легкой степени без языковых и речевых нарушений; умственная отсталость легкой степени в сочетании с дизартрией; умственная отсталость средней степени; умственная отсталость тяжелой степени; умственная отсталость глубокая);
- наличии и степени выраженности псевдобульбарного синдрома; наличии эпилептических припадков (их характере и частоте);
- целенаправленности деятельности соответствующей биологическому возрасту; продуктивности деятельности;
- потенциальной способности ребенка в соответствии с биологическим возрастом и структурой двигательного дефекта;
- возможности реализации потенциальных способностей (факторы, способствующие реализации, факторы препятствующие реализации, факторы контекста).

Например, инвалидность при двойной гемиплегии при ДЦП:

6.4.4 Раздел «Спастический церебральный паралич (двойная гемиплегия, спастический тетрапарез)»

6.4.4.1 Симметричное поражение. Значительно выраженные нарушения статодинамической функции (множественные комбинированные контрактуры суставов верхних и нижних конечностей); отсутствуют произвольные движения, фиксированное патологическое положение (в положении лежа) возможны незначительные движения (повороты тела на бок), имеются эпилептические припадки; психическое развитие грубо нарушено, эмоциональное развитие примитивно; псевдобульбарный синдром, грубая дизартрия. Глубокая или тяжелая умственная отсталость. Отсутствуют возрастные и социальные навыки. Значительно выраженные нарушения статодинамических функций, выраженные нарушения языковых и речевых функций, выраженные нарушения психических функций.

90-100

6.4.2 Раздел «Спаستическая диплегия (диплегическая форма)»

6.4.2.1 Нижний спастический парапарез умеренной степени, походка патологическая, спастическая с опорой на передне–наружный край стопы с возможностью удержания стоп в положении достигаемой коррекции (функционально выгодное положение), сгибательная контрактура коленных суставов, сгибательно - приводящая контрактура голеностопного сустава; деформация стоп; сложные виды движений затруднены. Объем движений в суставах возможен в пределах $\frac{1}{2}$ (50%) от физиологической амплитуды. Возможно овладение возрастными и социальными навыками. Умеренные статодинамические нарушения

40-60

6.4.2.2 Нижний спастический парапарез выраженной степени с грубой деформацией стоп. Сложные виды передвижения не доступны (необходима регулярная, частичная посторонняя помощь). Выраженная смешанная контрактура в суставах нижних конечностей. Активные движения отсутствуют, пассивные – в пределах $\frac{2}{3}$ от физиологической амплитуды. Выраженное нарушение статодинамических функций

70-80

6.4.2.3 Нижний спастический парапарез с выраженной грубой деформацией стоп (функционально не выгодное положение) с невозможностью опоры, и передвижения. Контрактуры принимают более сложный характер, рентгенологически выявляются очаги гетеротопической оссификации. Выявляется нуждаемость в постоянной посторонней помощи. Наличие псевдобульбарного синдрома, в сочетании с языковыми и речевыми расстройствами, эпилептическими припадками. Значительно выраженные статодинамические нарушения, выраженные нарушения языковых и речевых функций, выраженные нарушения психических функций

90-100

Реабилитация детей-инвалидов при ДЦП:

Это система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушениями здоровья со стойким расстройством функций организма.

Абилитация инвалидов -

Это система и процесс формирования отсутствующих у инвалидов способностей к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности (обучение тому, чего человек никогда не умел).



ОСНОВНЫМИ ПРИНЦИПАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ДЦП ЯВЛЯЮТСЯ:



- раннее начало,
- комплексность и индивидуальность применения различных методов,
- непрерывность и преемственность на разных этапах,
- сочетание с учебно-воспитательной работой, трудотерапией,
- для детей старше 14 лет - профессиональная ориентация и обучение.

ЗАДАЧИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ПРИ ДЦП:

- **Определить реабилитационный потенциал ребенка-инвалида**
- **Потребность в реабилитации**
- **Разработать и реализовать индивидуальную программу реабилитации**
- **Осуществлять динамический контроль за процессом реабилитации**



Основные цели медико-социальной реабилитации при ДЦП:

- восстановление утраченных функций и ограничений,
- компенсация утраченных функций за счет других проявлений жизнедеятельности,
- **РЕИНТЕГРАЦИЯ В ОБЩЕСТВО** (способность принимать самостоятельные решения относительно своего существования, достигать поставленных целей, а также приносить определенный вклад в общественное развитие)



Дети с ограниченными возможностями так же, как и другие дети, нуждаются в любви, заботе и поддержке; они должны иметь право на овладение определенными социальными навыками, а также возможность обрести самоуважение и веру в себя.



Благодарю за внимание!

