

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ



**МЕТОД ОЦЕНКИ ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ  
ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ИНВАЛИДНОСТИ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК:

ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации»

Авторы: Е.В. Власова-Розанская, Н.Б. Вольнец, З.Э. Гедревич,  
В.В. Голикова, Л.Н. Горустович, А.А. Гресь, Т.А. Емельянцева,  
Ю.Б. Запорованый, Е.Г.Ильина, Т.В. Жукова, Л.Г. Казак, Д.С. Казакевич,  
И.А. Киреева, А.В Копыток, С.П. Кускова, Т.М. Лещинская, Н.Л.Львова,  
Л.Ф. Медведев, Г.П. Нестерук, Ю.В. Осипов, Г.С. Северин, Л.А. Смирнова,  
В.Б. Смычек, И.Я. Чапко.

Минск, 2014

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ  
Первый заместитель министра

\_\_\_\_\_ Д.Л. Пиневиц  
06.03.2014  
Регистрационный № 018-0214

**МЕТОД ОЦЕНКИ ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ  
ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ИНВАЛИДНОСТИ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: ГУ «Республиканский научно-практический центр экспертизы и реабилитации»

АВТОРЫ: канд. мед. наук Е.В. Власова-Розанская, Н.Б. Волынец, канд. мед. наук, доц. З.Э. Гедревич, канд. мед. наук В.В. Голикова, Л.Н. Горустович, д-р мед. наук, проф. А.А. Гресь, канд. мед. наук Т.А. Емельянцева, Ю.Б. Запорованый, д-р мед. наук Е.Г. Ильина, Т.В. Жукова, канд. мед. наук Л.Г. Казак, канд. мед. наук, доц. Д.С. Казакевич, И.А. Киреева, канд. биол. А.В. Копыток, д-р мед. наук С.П. Кускова, канд. мед. наук Т.М. Лещинская, Н.Л. Львова, Л.Ф. Медведев, Г.П. Нестерук, канд. мед. наук Ю.В. Осипов, Г.С. Северин, д-р мед. наук, проф. Л.А. Смирнова, д-р мед. наук, проф., В.Б. Смычек, канд. мед. наук И.Я. Чапко

Минск 2014

## ВВЕДЕНИЕ

В Республике Беларусь в последние годы получила дальнейшее развитие служба медицинской экспертизы и реабилитации. Совершенствуется этапная система медицинской реабилитации, разрабатываются новые реабилитационные технологии, совершенствуются критерии оценки эффективности полученных результатов. Издан приказ Минздрава № 666 от 21.06.2011 «Об утверждении инструкции о порядке организации реабилитации в Республике Беларусь», в котором содержится перечень медицинских показаний и противопоказаний для направления пациентов на медицинскую реабилитацию, ориентировочные сроки их перевода в стационарное реабилитационное отделение, кратность курсов реабилитации и др.

Много внимания Министерством здравоохранения уделяется и совершенствованию медицинской экспертизы как действенного инструмента социальной защиты человека.

Решением Коллегии Минздрава № 19.2 от 30.11.2011 перед службой медицинской экспертизы поставлены задачи по дальнейшему совершенствованию службы с учетом современных международных подходов, постепенному переходу на Международную классификацию функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, подготовки новой системы определения инвалидности. Министерством здравоохранения утверждены новые формы первичной медицинской документации организаций здравоохранения при осуществлении медико-социальной экспертизы (приказ № 998 от 23.10.2009), внесены изменения в действующую инструкцию по определению инвалидности (постановление Минздрава № 97 от 25.10.2007).

Имеет место и совершенствование экспертно-реабилитационных подходов как при составлении индивидуальных программ реабилитации конкретного пациента, так и вынесении определенного экспертного решения. В связи с вышеизложенным возникла необходимость в уточнении оценки ограничений жизнедеятельности при ряде заболеваний, что и нашло отражение в данном варианте инструкции по применению.

Авторский коллектив провел большую работу и рассчитывает, что данная инструкция поможет правильно трактовать различные сложные ситуации с современных позиций медико-социальной защиты человека в плане объективного определения инвалидности из-за наличия различной степени выраженности ограничений жизнедеятельности.

Оценка ограничений жизнедеятельности осуществляется путем сопоставления клинико-функциональной характеристики нарушений (столбец 2) и соответствующей им выраженности критериев жизнедеятельности по функциональным классам (столбец 3).

Настоящая инструкция по применению отменяет действие инструкции «Оценка ограничений жизнедеятельности при определении инвалидности: инструкция по применению: рег. № 251-1210, утв. Министерством здравоохранения РБ 29.12.2010 со дня ее регистрации.

# 1. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И ВЫЗВАННЫЕ ИМИ ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

## 1.1. Шизофрения и близкие к ней расстройства

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
	<p>Характеристика клинической картины, определяющей функциональное состояние:</p> <p><b>1. Бред и другие расстройства мышления. Галлюцинации</b> (продуктивные симптомы). Необоснованные или преувеличенные идеи враждебного отношения окружающих, преследования (единичные, множественные, систематизированные), которые отражаются на мышлении, поведении и социальных отношениях. Необоснованный страх, враждебные или подозрительные отношения могут приводить к активной социальной устранимости. Бредовая интерпретация может сопровождаться галлюцинациями и приводить к неадекватным поступкам, представляющим иногда опасность для пациента и/или окружающих. Могут отмечаться бредовые идеи величия: обладание особыми способностями, богатством, славой, властью, моральной правотой, которые приобретают нелепое содержание и приводят к неадекватным поступкам. Как правило, имеются трудности в организации целенаправленного потока мыслей: от резонерства до бессвязности мышления, что затрудняет общение, обучение и выполнение профессиональных обязанностей.</p> <p><b>2. Притупление эмоций и эмоциональная отгороженность</b> (негативные симптомы). Отсутствие эмоциональной сопричастности приводит к слабому интересу к окружающим людям и происходящим событиям. Проявляется уменьшением вербального и невербального общения, ограничением межперсональных контактов.</p> <p><b>3. Пассивно-апатическая социальная отгороженность</b> (негативные симптомы). Снижение интереса и инициативы вследствие пассивности, утраты энергии и волевых побуждений приводит к уменьшению социальных отношений и пренебрежению к повседневной деятельности.</p>	

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
	<p><b>4. Моторная заторможенность и другие двигательные нарушения</b> (общие психопатологические симптомы). Снижение двигательной активности, проявляющейся в замедлении движений, уменьшении физического тонуса мешает выполнению социальных и профессиональных обязанностей. Могут отмечаться странные, повторяющиеся, «ритуальные» движения, застывания в неестественных позах.</p> <p><b>5. Расстройство воли</b> (общие психопатологические симптомы). Нарушение волевой инициативы, способности добиваться поставленной цели и контролировать свои мысли, поведение и речь. Трудности в принятии решений, амбивалентность, негативизм.</p> <p><b>6. Ослабление контроля импульсивности (агрессивности)</b> (общие психопатологические симптомы). Нарушение регуляции и контроля внутренних побуждений может приводить к неожиданной, немодулированной, произвольной и нецеленаправленной разрядке напряжения и эмоций без учета возможных последствий.</p> <p><b>7. Поглощенность внутренними переживаниями</b> (общие психопатологические симптомы). Загруженность внутренними переживаниями (мыслями, чувствами, аутистическими фантазиями) приводит к нарушению адаптации и ориентировки в окружающей ситуации.</p> <p><b>8. Снижение критичности к своему состоянию</b> (общие психопатологические симптомы). Неспособность признать наличие заболевания или его симптомов в прошлом и настоящем, отрицание необходимости лечения, принятие решений без достаточного учета их последствий, построение малореальных планов на будущее.</p>	

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК1</b>	<p>Симптомы минимальны и преходящи, как правило, усиливаются в стрессовой ситуации. Бредовые идеи неустойчивы и малочисленны, лишь иногда отражаются на мышлении пациента, его отношениях с другими людьми и поведении. Мышление обстоятельное, с элементами резонерства и соскальзываний. Мимика и жестикация иногда могут казаться напыщенными или обедненными. Пациент проявляет интерес к социальному общению. Вступает в контакты с людьми чаще по инициативе последних. В речи и мыслях проявляется некоторая нерешительность, которая практически не отражается на общении и поведении. Загруженность психическими переживаниями вызывают чрезмерную озабоченность своими нуждами и проблемами, что проявляется в постоянных попытках перевести разговор на волнующие пациента темы при отсутствии интереса к другим проблемам.</p> <p>В целом, общая деятельность не нарушена, имеются некоторые трудности в социальной, трудовой деятельности или в учебе, присутствуют значимые межличностные контакты.</p> <p>100–61 балл по шкале общей оценки жизнедеятельности (GAF).</p>	<p>Способность к:  самообслуживанию — ФК0  ориентации — ФК0  общению — ФК0, 1  обучению — ФК0, 1  контролю за поведением — ФК0, 1  трудовой деятельности — ФК0</p>
<b>ФК2</b>	<p>Умеренно выраженные симптомы. Бредовые идеи достаточно оформлены, устойчивы, периодически отражаются на мышлении пациента, его поведении и отношениях с другими людьми. Мышление становится аморфным (расплывчатым). Только в сложных ситуациях мышление лишено целенаправленности. Эмоциональные переживания притуплены, мимика лица и жестикация обеднены. Обычно пациент самоустраивается от влияния среды и предъявляемых ею требований, однако при активном поощрении может быть вовлечен в более активную деятельность. Старается держаться в тени. Пассивно, механически, без интереса участвует в большинстве социальных отношений. Часто может быть погружен во внутренние переживания или аутистические фантазии. Проводит мало времени</p>	<p>Способность к:  самообслуживанию — ФК1  ориентации — ФК1, 2  общению — ФК1, 2  обучению — ФК1, 2  контроль над поведением — ФК1, 2  трудовой деятельности — ФК1, 2</p>

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
	<p>в общении с другими людьми. Может обнаруживаться амбивалентность, трудности в принятии решений, нерешительность, которая препятствует налаживанию социальных отношений. Может становиться гневливым, склонным к словесным нападкам по малейшему поводу.</p> <p>Количественное или качественное ограничение связей: а) есть 1–2 друга, с которыми установлены доверительные отношения; б) отсутствие друзей и доверительных отношений. Контакты в основном формальны и поверхностны, с элементами хаотичности.</p> <p>Обнаруживает преходящее снижение трудоспособности, приводящее к необходимости временного ограничения трудовой активности вплоть до временной нетрудоспособности, снижение продуктивности при напряженных условиях труда. Частая смена мест работы.</p> <p>60-41 балл по шкале общей оценки жизнедеятельности (GAF).</p>	
<b>ФК3</b>	<p>Сильная выраженность симптомов. Наличие комплекса оформленных, множественных, нередко систематизированных бредовых идей, оказывающих существенное влияние на основные аспекты жизни пациента, что приводит к неадекватным поступкам, представляющим в некоторых случаях опасность для окружающих. Мыслительная деятельность сильно расстроена практически постоянно, отмечаются непоследовательность и бессвязность мышления. Недостаточность эмоциональных реакций отмечается большую часть времени. Возможны сильные неконтролируемые аффективные разряды в виде возбуждения, вспышек ярости или беспричинного смеха. Обнаруживается отчетливая эмоциональная отгороженность от окружающих людей и происходящих событий. Временами удается пробудить интерес к его собственным нуждам. В социальные контакты вступает лишь от случая к случаю. Могут отмечаться странные, ритуальные движения, застывания на непродолжительный период времени, выраженная манерность. Могут наблюдаться активный отказ от сотрудничества, упрямство, негативизм, враждебность</p>	<p>Способность к:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>самообслуживанию — ФК2, 3</li> <li>ориентации — ФК2, 3</li> <li>общению — ФК3</li> <li>обучению — ФК3</li> <li>контроль над поведением — ФК3</li> <li>трудовой деятельности — ФК3</li> </ul>

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
	<p>и воинственность. Может отказываться следовать большинству правил общежития и часто не желает вести беседу. Частые импульсивные эмоциональные разряды могут сопровождаться оскорблениями, повреждениями вещей или угрозами физической расправы. Возможны эпизоды нападения на людей, отчетливая тенденция к насильственным действиям. Поведение может быть обусловлено императивными галлюцинациями. Может отмечаться склонность к самоповреждению. Загруженность внутренними переживаниями может затруднять ориентацию в окружающей обстановке. Поведение может быть полностью подчинено галлюцинациям, когда пациент часто чему-то улыбается, смеется, шепчет, говорит сам с собой, мало обращает внимание на окружающих и обстановку.</p> <p>Существует некоторая опасность причинить вред себе или окружающим. Периодическое несоблюдение личной гигиены.</p> <p>Отмечается распад устоявшихся отношений, невозможность установления новых контактов. Отношения со значимыми людьми на бытовом уровне могут быть нарушены или сохранены.</p> <p>Выраженное нарушение трудовой деятельности: выраженное ограничение объема работ, необходимость помощи со стороны других лиц.</p> <p>40–11 баллов по шкале общей оценки жизнедеятельности (GAF).</p>	



Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
ФК4	<p>В клинической картине бредовая и галлюцинаторная симптоматика могут терять свою актуальность. Сильно выражены и устойчивы негативные и общие психопатологические симптомы. Разорванность мышления достигает степени бессвязности, приводит к полной утрате способности к общению, вплоть до «словесной крошки» и мутизма. Мимические модуляции и коммуникативные жесты практически отсутствуют. Выражение лица постоянно безразличное или застывшее. Беседа сводится к случайным высказываниям, часто невозможна. Могут отмечаться длительные застывания в неестественных позах. Двигательная активность минимальна: целые дни пациент проводит в бесцельном сидении или лежании. Отказ от участия в какой-либо социальной деятельности, включая правила личной гигиены. Практически полное отсутствие волевых актов. Отмечается глубокая апатия, пренебрежение собственными нуждами, перестает обслуживать себя, требуется уход.</p> <p>10–1 балл по шкале общей оценки жизнедеятельности (GAF).</p>	<p>Способность к: самообслуживанию — ФК4 контроль над поведением — ФК4 общению — ФК4 трудовой деятельности — ФК4</p>

### 1.2. Умственная отсталость

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
	<p>Характеристика клинической картины, определяющей функциональное состояние при умственной отсталости: стойкая общая интеллектуальная недостаточность, определенная нарушением когнитивных, речевых, моторных и эмоциональных способностей, которая приводит к недостаточной способности адаптироваться к запросам социального окружения.</p>	

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
	<p><b>Нарушение когнитивных способностей.</b> Преобладание сугубо конкретных и ситуационно-наглядных форм мышления. Неспособность к правильному определению даже простых понятий, формулированию обобщающих понятий, установлению связей и зависимости между предметами и явлениями. Инертность психических процессов. Ограниченный объем памяти с наибольшим снижением смысловой памяти. Недифференцированное восприятие. Нарушения восприятия в результате сочетанных нарушений слуха, зрения, других органов и систем. Расстройство внимания: отвлекаемость, трудности концентрации. Недостаточная развитость исполнительных функций: недостаток целеустремленности, внутреннего контроля поведения, расторможенность инстинктов и влечений.</p> <p><b>1. Низкий уровень речевого развития.</b> Степень недостаточности речи соответствует общей тяжести психического дефекта. Запас слов до 20 или полное отсутствие речи при тяжелой и глубокой умственной отсталости. Владение косноязычной речью с невеликим запасом слов при умеренной умственной отсталости. При легкой умственной отсталости речевые навыки приобретаются с некоторой задержкой.</p> <p><b>2. Недоразвитие моторных функций.</b> Неуклюжесть, угловатость. Недифференцированность мелкой моторики. Вялость и замедленность движений или гиперактивность, двигательная расторможенность. Позднее созревание моторных навыков (ходьбы, самообслуживания). Ограничение подвижности при наличии неврологических и других соматических нарушений.</p> <p><b>3. Эмоциональные нарушения.</b> Эмоции слабо дифференцированы. Тонкие эмоции (жалость, сострадание, печаль) неразвиты. Могут быть легковозбудимы, возможны неконтролируемые аффекты злобы, гнева.</p>	

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК1</b>	Легкая умственная отсталость с поведенческими, эмоциональными и социальными нарушениями. IQ = 50–69 по методу Векслера.	Способность к: самообслуживанию — ФК0, 1 ориентации — ФК0, 1 общению — ФК0, 1 обучению — ФК0, 1, 2 контроль над поведением — ФК0, 1 трудовой деятельности — ФК0
<b>ФК2</b>	Легкая умственная отсталость в сочетании с выраженными поведенческими нарушениями, приводящими к умеренной социальной недостаточности пациента. IQ = 50–69. Умеренная умственная отсталость IQ = 35–49.	Способность к: самообслуживанию — ФК1, 2 ориентации — ФК1, 2 общению — ФК1, 2 обучению — ФК1, 2, 3 контроль над поведением — ФК2, 3 трудовой деятельности — ФК0, 1, 2
<b>ФК3</b>	Умеренная умственная отсталость при невозможности обучаться по программе специального образования. IQ = 35–49. Тяжелая умственная отсталость. IQ = 20–34.	Способность к: самообслуживанию — ФК2, 3 ориентации — ФК2, 3 общению — ФК2, 3 обучению — ФК2, 3 контроль над поведением —

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
		ФК2, 3 трудоустройство — ФК1, 2, 3
<b>ФК4</b>	Тяжелая умственная отсталость в сочетании с резко выраженными поведенческими нарушениями, приводящими к стойкой резко выраженной социальной недостаточности пациента. IQ = 20–34. Глубокая умственная отсталость. IQ <20.	Способность к: самообслуживанию — ФК3, 4 ориентации — ФК3, 4 общению — ФК3, 4 обучению — ФК3, 4 контроль над поведением — ФК3, 4 трудоустройство — ФК3, 4

## 2. СЛУХОВЫЕ НАРУШЕНИЯ И ВЫЗВАННЫЕ ИМИ ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК0</b>	<p><b>Нормальный слух.</b> Восприятие чистых тонов и разговорной речи в пределах нормы.</p> <p><b>Практически нормальный слух.</b> Элементы нарушения восприятия на тональной аудиограмме, средняя потеря слуха на частотах 500–2000 Гц не превышает 15 дБ. Шепотная речь воспринимается на расстоянии 6 м, разговорная речь — &gt;6 м.</p>	Отсутствует
<b>ФК1</b>	<p><b>Легкое нарушение.</b> Средняя потеря слуха 26–40 дБ. Разговорная речь воспринимается на расстоянии &gt;6 м.</p> <p><b>Тугоухость I ст.</b> Средняя потеря слуха 41–50 дБ. Восприятие разговорной речи на расстоянии от 3 до 6 м.</p>	Способность к: трудовой деятельности — ФК0,1, 2
<b>ФК2</b>	<p><b>Тугоухость II ст. (среднетяжелое нарушение), компенсируемая слуховым аппаратом (СА) до тугоухости I ст., легкой.</b> Средняя потеря слуха 56–70 дБ. Восприятие разговорной речи на расстоянии от 3 м до раковины, со СА — 6 м и более.</p> <p><b>Тугоухость III ст. (тяжелое нарушение), компенсируемое СА до тугоухости I ст.</b> Средняя потеря слуха 71–90 дБ. Восприятие громкой речи у раковины или нет восприятия, со СА — на расстоянии 3 м и более.</p>	Способность к: ориентации — ФК1 общению — ФК1 трудовой деятельности — ФК0, 1, 2
<b>ФК3</b>	<p><b>Тугоухость III ст. (тяжелое нарушение слуха)</b> при малой эффективности СА. Восприятие разговорной речи со СА на расстоянии менее 3 м.</p> <p><b>Тугоухость IV ст. (глубокое нарушение слуха).</b> Средняя потеря слуха 91 дБ и более. Разборчивость речи не достигается, СА неэффективен.</p> <p><b>Глухота (полная потеря слуха).</b> Отдельные частоты на пределе аудиометра. Полное отсутствие слухового восприятия.</p>	Способность к: ориентации — ФК2 общению — ФК2 трудовой деятельности — ФК0, 1, 2
<b>ФК4</b>	<p><b>Тугоухость IV ст., возникающая в долингвальном периоде без устной речи.</b> Полное отсутствие способности слышать, говорить, неумение писать, незнание невербальных способов общения.</p>	Способность к: ориентации — ФК3 общению — ФК3

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
	<b>Двусторонняя, остро наступившая тугоухость IV степени.</b> Острая полная потеря слуха, отсутствие навыка чтения с губ, незнание невербальных способов общения в период адаптации к дефекту до 1 года.	трудовой деятельности — ФК0, 1, 2

Примечание — по классификации ВОЗ слуховая дисфункция определяется средним слуховым порогом в децибелах (дБ) на частотах 500; 1000 и 2000 Гц и оценивается шестью уровнями нарушения слуха (при асимметричной потере слуха уровень слухового нарушения определяется по лучше слышащему уху). В практике медико-социальной экспертизы уровни слуховых нарушений определяются с учетом коррекции слуховым аппаратом. Нарушения слуха приводят к ограничению преимущественно четырех категорий жизнедеятельности: ориентации, общения, обучения, занятий профессиональной деятельностью.

### 3. НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ И ВЫЗВАННЫЕ ИМИ ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

#### 3.1. Двигательные нарушения

##### 3.1.1. Гемипарез

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК1</b>	<b>Легкий центральный гемипарез.</b> Небольшое снижение силы (до 4,0 баллов) при полном объеме движений с преодолением сопротивления. Мышечный тонус незначительно повышен. Анизорефлексия по гемитипу.	Способность к: Передвижению — ФК1 трудовой деятельности — ФК0, 1, редко 2
<b>ФК2</b>	<b>Умеренный центральный гемипарез.</b> Умеренное уменьшение силы (до 3,0–3,5 баллов) при нормальном или сниженном не более 5–15 % объеме движений и ослаблении возможности преодоления сопротивления. Явное повышение тонуса. Анизорефлексия, патологические рефлексии на стороне поражения.	Способность к: передвижению — ФК2 самообслуживанию — ФК1, 2 трудовой деятельности — ФК1, 2, редко 0
<b>ФК3</b>	<b>Выраженный центральный гемипарез.</b> Сила значительно снижена (до 2,0–2,5 баллов), активные движения возможны в ограниченном объеме, преодоление противодействия исследуемого очень слабое. Выраженная мышечная гипертония, анизорефлексия, клонусы, грубые патологические рефлексии*.	Способность к: передвижению — ФК3 самообслуживанию — ФК3 трудовой деятельности — ФК2, 3, 4
<b>ФК4</b>	<b>Гемиплегия или резко выраженный центральный гемипарез.</b> Нет видимого движения и/или возможны движения чаще в проксимальных отделах в ограниченном объеме. Ощущается напряжение мышц. Резкая анизорефлексия, патологические рефлексии, клонусы.*	Способность к: передвижению — ФК4 самообслуживанию — ФК4 трудовой деятельности — ФК3, 4

\* — в редких случаях мышечный тонус может быть пониженным, выявляются патологические рефлексии, анизорефлексия.

### 3.1.2. Атаксия

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК1</b>	<b>Легкая атаксия.</b> Неуверенность при ходьбе только в определенных условиях (низкая освещенность, при поворотах). Легкое пошатывание в сенсibilизированной позе Ромберга, неуверенность при выполнении точных координированных движений.	Способность к: самообслуживанию — ФК0, 1 трудовой деятельности — ФК0, 1
<b>ФК2</b>	<b>Умеренная атаксия.</b> Походка изменена, компенсируется увеличением площади опоры, ухудшается при плохой освещенности; затруднения при выполнении точных координированных движений в быту и производственной деятельности, а также координаторных проб.	Способность к: передвижению — ФК1 самообслуживанию — ФК1 трудовой деятельности — ФК2
<b>ФК3</b>	<b>Выраженная атаксия.</b> Значительно изменена походка, ограничены темп и расстояния передвижения, грубые нарушения при выполнении координаторных проб, затруднения при выполнении элементарных бытовых навыков. Явные признаки поражения одной из систем, участвующих в координации (мозжечковой, вестибулярной, проприоцептивной).	Способность к: передвижению — ФК3 самообслуживанию — ФК3 трудовой деятельности — ФК3, 4
<b>ФК4</b>	<b>Резко выраженная атаксия.</b> Ходьба невозможна или возможность передвижения с помощью других лиц или вспомогательных средств в пределах жилья, невыполнение координаторных проб, резкое затруднение осуществления элементарных бытовых навыков.	Способность к: передвижению — ФК4 самообслуживанию — ФК4 трудовой деятельности — ФК4



### 3.1.3. Акинетико-ригидный синдром

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
ФК1	<b>Легкий акинетико-ригидный синдром.</b> Проявления распространяются на одну конечность или по гемитипу, небольшая замедленность движений и/или тремор, выпадение содружественных синергий при ходьбе. Незначительное повышение мышечного тонуса.	Способность к: передвижению — ФК0, 1 трудовой деятельности — ФК0, 1, редко ФК2
ФК2	<b>Умеренный акинетико-ригидный синдром.</b> Проявления по гемитипу или двухсторонние с преобладанием с одной стороны, гипомимия, незначительная скованность, обеднение движений, мелкоразмашистый тремор покоя, слегка согбенная поза, явное изменение походки, тонус мышц повышен по экстрапирамидному типу.	Способность к: самообслуживанию — ФК1, 2 передвижению — ФК2 трудовой деятельности — ФК0,1, 2
ФК3	<b>Выраженный акинетико-ригидный синдром.</b> Амимия, мышечная ригидность, резкая замедленность движений, тремор по типу «скатывания» пиллюль, согбенная поза, ходьба мелкими шажками, смазанная речь.	Способность к: самообслуживанию — ФК2, 3 передвижению — ФК3 трудовой деятельности — ФК2, 3
ФК4	<b>Резко выраженный акинетико-ригидный синдром.</b> Выраженная общая скованность, прикованность к постели, амимия, редкое мигание, заторможенность психических процессов, неразборчивая речь.	Способность к: самообслуживанию — ФК3, 4 передвижению — ФК4 трудовой деятельности — ФК3, 4

### 3.2. Голосо-речевые нарушения

#### 3.2.1. Моторная афазия

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК1</b>	<b>Легкая моторная афазия.</b> 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.	Способность к: общению — ФК0 трудовой деятельности — ФК0, 1, редко 2
<b>ФК2</b>	<b>Умеренная афазия.</b> Устная речь ограничена, состоит из простых фраз. Активный словарь обеднен, включает только простые по звуковой структуре слова, относящиеся к бытовой тематике. Речевая активность снижена.	Способность к: общению — ФК1 трудовой деятельности — ФК1, 2
<b>ФК3</b>	<b>Выраженная афазия.</b> Устная речь состоит из отдельных слов. Фразовая речь возможна, но фразы примитивны по логической структуре. Имеются трудности в употреблении предлогов. Аграмматизм, речевая активность значительно снижена.	Способность к: общению — ФК2 трудовой деятельности — ФК1, 2, 3
<b>ФК4</b>	<b>Резко выраженная и полная моторная афазия.</b> Устная речь резко нарушена или имеется лишь речевой «эмбол», заменяющий больным вербальную речь в попытках общения с окружающими. Пациенты пользуются жестами и мимикой. Понимание речи, как правило, слегка нарушено.	Способность к: общению — ФК3, 4 трудовой деятельности — ФК4

### 3.2.2. Сенсорная афазия

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК1</b>	<b>Легкая сенсорная афазия.</b> Пациенты относительно свободно понимают речь, однако имеются определенные трудности восприятия развернутых текстов, требующих совершения ряда последовательных логических операций. Иногда в усложненных условиях обнаруживаются элементы отчуждения смысла слова. Соответственно этому дефекты фонематического слуха также проявляются редко, в основном в условиях истощения слухового внимания. Устные инструкции деятельности доступны.	Способность к: общению — ФК1, 2 контролю поведения — ФК1, 2 трудовой деятельности — ФК1, 2
<b>ФК2</b>	<b>Умеренная сенсорная афазия.</b> Пациенты понимают ситуативную речь, но понимание более сложных видов речи затруднено. Имеются ошибки в осмыслении: парагнозии, отчуждение смысла слова, названия отдельных предметов или частей слова. Иногда пациенты в состоянии дифференцировать слова с оппозиционными фонемами, но в соответствующих слогах допускают ошибку. Резко выраженной диссоциации между возможностью понимания слов с абстрактными и конкретными значениями не выявляется (на способность понимания речи оказывает существенное влияние темп речи собеседника). Пациенты, как правило, в состоянии заметить лишь грубые смысловые искажения. Устные инструкции часто выполняются с ошибками.	Способность к: общению — ФК2 контролю поведения — ФК2 трудовой деятельности — ФК2, 3
<b>ФК3</b>	<b>Выраженная сенсорная афазия.</b> Объем понимания речи крайне ограничен. Пациенты в состоянии понимать лишь сугубо ситуативную речь, близкую им по тематике. Выявляется грубое отчуждение смысла слова при показе частей тела и предметов. Устные инструкции выполняются с грубыми искажениями. При восприятии речи пациенты усиленно опираются на мимику, жесты, интонацию собеседника.	Способность к: общению — ФК3, 4 контролю поведения — ФК3, 4 трудовой деятельности — ФК4

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
ФК4	Резко выраженная сенсорная афазия. Понимание речи отсутствует. Устные инструкции не выполняются.	Способность к: общению — ФК4 контролю поведения — ФК4 трудовой деятельности — ФК4

### 3.3. Пароксизмальные состояния: транзиторные ишемические атаки

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
ФК1	Легкие — до 5 атак в течение года; средней тяжести — 1 атака в год; тяжелые — реже одной в год.	Способность к: трудовой деятельности — ФК0, 1, 2
ФК2	Легкие — 6 и более в год; средней тяжести — 2–3 атаки в год; тяжелые — 1 атака в год.	Способность к: ориентации — ФК1 трудовой деятельности — ФК2
ФК3	Средней тяжести — 4 и более атаки в год; тяжелые — 3 и более атаки в год.	Способность к: ориентации — ФК2 трудовой деятельности — ФК3
	<i>Примечание:</i> колебания частоты зависят от первичности или повторности острого нарушения мозгового кровообращения, от основного сосудистого заболевания, возраста, сопутствующих заболеваний.	<i>Примечание:</i> определение инвалидности только при потере профессии и невозможности рационального трудоустройства

### 3.4. Болевой синдром вертеброгенной этиологии

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
ФК1	<p><b>Легкий болевой синдром.</b> Боли возникают под влиянием статодинамических нагрузок, полностью проходят после отдыха в горизонтальном положении. Движения в позвоночнике свободны или ограничены в легкой степени; походка не изменена. Могут выявляться отдельные признаки вертебрального синдрома: уплощение лордоза, легкое напряжение паравертебральной мускулатуры. Симптомы натяжения нервных стволов не выражены.</p>	Нет ограничений жизнедеятельности
ФК2	<p><b>Умеренный болевой синдром.</b> Боли периодические, возникают в связи со статодинамическими нагрузками на позвоночник, усиливаются 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°.</p>	Способность к: передвижению — ФК1 трудовой деятельности — ФК1, 2
ФК3	<p><b>Выраженный болевой синдром.</b> Боли почти постоянные, усиливаются при легких статодинамических нагрузках (перемена положения тела, подъем с постели и др.). При ортопедической укладке боли уменьшаются. Передвижение возможно в пределах помещения, походка шадящая, укорочен шаг на здоровой стороне. Для разгрузки позвоночника пациенты используют различные приемы (симптом Минара, «треноги» или «распорки»). 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°, симптом посадки</p>	Способность к: самообслуживанию — ФК2 передвижению — ФК3 трудовой деятельности — ФК3

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
	под углом 30–40°, положительные симптомы Брагарда, Соколянского, Нери, Дежерина. При вызывании симптомов натяжения отмечаются эмоциональные, двигательные и вегетативные реакции (гипергидроз, покраснение кожных покровов, тахикардия и др.).	
<b>ФК4</b>	<b>Резко выраженный болевой синдром.</b> Боли постоянные, интенсивные, ортопедическая укладка не уменьшает выраженность боли, продолжительность обострения свыше 3-х мес. с переходом в хроническую форму. Передвижение из-за боли ограничено в пределах помещения. Резко выраженные признаки вертебрального синдрома: отсутствие лордоза, выраженный сколиоз, кифоз, резко выраженное напряжение паравертебральных мышц, резко выраженный симптом ипсилатерального напряжения многораздельных мышц; выраженная локальная болезненность остистых отростков, паравертебральных точек; резко выраженные двигательные, рефлекторные и чувствительные нарушения в зоне иннервации двух или более корешков, резко выраженное ограничение движений позвоночника на 75–100 % от средненормальных значений.	Способность к: самообслуживанию — ФК3 передвижению — ФК3,4 трудовой деятельности — ФК3,4

Примечание — степень выраженности болевого синдрома характеризует период обострения корешково-компрессионного синдрома.

### 3.5. Эпилепсия и эпилептические синдромы

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК1</b>	Генерализованные тонико-клонические, клонические и тонические припадки, редкие: 1 раз в 1 мес. и реже.	Способность к: трудовой деятельности — ФК0, 1, 2*

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
	<p>Парциальные припадки с вторичной генерализацией в тонико-клонические, клонические и тонические припадки, редкие: 1 раз в 1 мес. и реже.</p> <p>Абсансы, редкие: 1–2 раза в день и реже.</p> <p>Простые парциальные припадки без нарушения сознания, редкие: 3–4 раза в 1 мес.</p> <p>Сложные парциальные припадки без нарушения психических функций, редкие: 1–2 раза в 1 мес.</p>	
<b>ФК2</b>	<p>Генерализованные тонико-клонические, клонические и тонические припадки, средней частоты: 2–3 раза в 1 мес.</p> <p>Парциальные припадки с вторичной генерализацией в тонико-клонические, клонические и тонические припадки, средней частоты: 2–3 раза в 1 мес.</p> <p>Абсансы средней частоты: 3–4 раза в день.</p> <p>Припадки с нарушением психических функций, редкие: 1–2 раза в год.</p> <p>Простые парциальные припадки без нарушения сознания, средней частоты: 5–6 раз в 1 мес.</p> <p>Сложные парциальные припадки без нарушения психических функций, средней частоты: 3–4 раза в 1 мес.</p> <p>Эпилептический статус: 1 раз в год.</p>	<p>Способность к:</p> <p>ориентации — ФК1, 2</p> <p>контролю поведения — ФК1, 2</p> <p>трудовой деятельности — ФК0, 1, 2</p>
<b>ФК3</b>	<p>Генерализованные тонико-клонические, клонические и тонические припадки, частые: 4 раза в 1 мес. и более.</p> <p>Парциальные припадки со вторичной генерализацией в тонико-клонические, клонические и тонические припадки, частые: 4 раза в 1 мес. и более.</p> <p>Абсансы частые: 5 раз и более в день.</p> <p>Припадки с нарушением психических функций, средней частоты: 3–5 раз в год.</p> <p>Простые парциальные припадки без нарушения сознания, частые: более 6 раз в месяц.</p>	<p>Способность к:</p> <p>самообслуживанию — ФК1</p> <p>ориентации — ФК2, 3</p> <p>контролю поведения — ФК1, 2, 3</p> <p>трудовой деятельности ФК2, 3, 4</p>

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
	Сложные парциальные припадки без нарушения психических функций, частые: более 6 раз в 1 мес. Эпилептический статус: 2–3 раза в год.	
<b>ФК4</b>	Генерализованные тонико-клонические, клонические и тонические припадки, очень частые: ежедневные. Парциальные припадки с вторичной генерализацией в тонико-клонические, клонические и тонические припадки, очень частые: ежедневные. Припадки с нарушением психических функций, частые: 6 раз в год и более. Эпилептический статус — 4 раза в год и более.	Способность к: ориентации — ФК3 контролю поведения — ФК2 трудовой деятельности — ФК3, 4

\* — ФК2 при утрате профпригодности и невозможности рационального трудоустройства.



#### 4. ЗРИТЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ И ВЫЗВАННЫЕ ИМИ ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК1</b>	<b>Легкое нарушение зрительных функций.</b> Двустороннее снижение остроты зрения от 0,16 до 0,4 с коррекцией; концентрическое двустороннее сужение поля зрения от 25 до 50 от точки фиксации.	Способность к: трудовой деятельности — ФК0, 1
<b>ФК2</b>	<b>Умеренное нарушение зрительных функций.</b> Снижение остроты зрения в лучше видящем глазу от 0,11 до 0,15 с коррекцией; концентрическое двустороннее сужение поля зрения до 20° от точки фиксации. Практическая или полная слепота одного глаза*. Гомонимная гемианопсия с сохранением центрального зрения.	Способность к: ориентации — ФК2 трудовой деятельности — ФК1, 2**
<b>ФК3</b>	<b>Выраженное нарушение функций.</b> Снижение остроты зрения в лучше видящем глазу от 0,05 до 0,1 с коррекцией; двустороннее концентрическое сужение поля зрения до 10-15° от точки фиксации; центральная абсолютная скотома в 10°. Гомонимная гемианопсия с выпадением центрального зрения.	Способность к: самообслуживанию — ФК1, 2 ориентации — ФК3 передвижению — ФК1, 2 трудовой деятельности — ФК2, 3
<b>ФК4</b>	<b>Резко выраженное нарушение функций.</b> Острота зрения единственного или лучше видящего глаза от 0,04 до 0. Концентрическое двустороннее сужение поля зрения до 5° от точки фиксации (трубчатое поле зрения).	Способность к: самообслуживанию — ФК2, 3 ориентации — ФК4 передвижению — ФК2, 3 трудовой деятельности — ФК3, 4

\* — за исключением амблиопии;

\*\* — практическая или полная слепота одного глаза, приводящая к потере профессии, ограничивает жизнедеятельность по критерию «участие в трудовой деятельности» — ФК2 на период трудоустройства.

## 5. ВИСЦЕРАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ И ВЫЗВАННЫЕ ИМИ ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

### 5.1. Хроническая сердечная недостаточность

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
ФК1	<p><b>Хроническая сердечная недостаточность (H) I ст.</b> Начальная стадия заболевания (поражения) сердца. Клинические признаки (одышка, сердцебиение, утомляемость) проявляются только при физической нагрузке. Гемодинамика в покое не нарушена. Фракция выброса (ФВ) по данным эхоКГ &gt;50 %.</p>	Способность к: трудовой деятельности — ФК0, 1, 2
ФК2	<p><b>H IIa ст.</b> Клинические признаки в покое выражены умеренно, снижена толерантность к физической нагрузке, умеренные нарушения гемодинамики в одном из кругов кровообращения (в малом или большом) диагностируются как в покое, так и при нагрузке. Клиническая картина зависит от преимущественного поражения левого или правого желудочков сердца. При левожелудочковой недостаточности при обычной физической нагрузке появляется одышка, сердцебиение (ЧСС в покое не более 100 уд./мин); при прогрессировании присоединяется кашель, приступы удушья в ночное время, иногда кровохаркание; в легких при аускультации — рассеянные сухие хрипы, в нижних отделах — немногочисленные влажные хрипы, цианоз губ. При правожелудочковой недостаточности появляется пульсация вен шеи, пастозность голеней, увеличивается и постепенно уплотняется печень. На ЭКГ — признаки гипертрофии левых отделов сердца. На рентгенограмме легких — кардиомегалия, обусловленная гипертрофией и/или дилатацией левого желудочка, усиление легочного рисунка за счет сосудистого. По данным эхоКГ — гипертрофия, дилатация левых отделов сердца, снижение сократительной функции миокарда (УО &lt;70 мл, ФВ &lt;50 %), увеличение КДР, КСР, снижение фракции переднезаднего укорочения, повышение систолического давления в легочной артерии (легочная гипертензия I ст.).</p>	Способность к: самообслуживанию — ФК1 передвижению — ФК2 трудовой деятельности — ФК2

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК3</b>	<p><b>Н II ст.</b> Выраженные клинические признаки сердечной недостаточности в покое: одышка (&gt;24 в мин), тахикардия более 100 уд./мин; акроцианоз, пульсация поверхностных шейных вен, периферические отеки, при аускультации в легких сухие и застойные влажные хрипы. Выраженные нарушения гемодинамики в большом и малом кругах кровообращения. Признаки гидроперикарда, гидроторакса, асцита. На ЭКГ — гипертрофия и дилатация левых и правых отделов сердца, нарушения ритма сердца и проводимости. На рентгенограмме легких — кардиомегалия, усиление легочного рисунка за счет сосудистого компонента, венозный застой, расширение и пульсация сосудистого пучка. По данным эхоКГ — гипертрофия и дилатация полостей сердца, значительное снижение сократительной функции миокарда (ФВ&lt;35 %), увеличение КДР, КСР, снижение фракции переднезаднего укорочения, повышение систолического давления в легочной артерии (легочная гипертензия II ст.). Дистрофические изменения в органах — мишенях.</p>	<p>Способность к: самообслуживанию — ФК2, 3 передвижению — ФК3 трудовой деятельности — ФК3, 4</p>
<b>ФК4</b>	<p><b>Н III ст.</b> Конечная, необратимая стадия поражения сердца. Резко выраженные нарушения гемодинамики в малом и большом кругах кровообращения, необратимые структурные изменения в органах-мишенях. Тяжелая постоянная одышка в покое, диффузный цианоз, большое количество сухих и влажных хрипов в легких, массивные отеки, асцит, гидроторакс, гидроперикард, цирроз печени, портальная гипертензия, тахикардия в покое, тяжелые нарушения ритма сердца и проводимости. Резкое снижение сократительной функции миокарда (ФВ &lt;20 %).</p>	<p>Способность к: самообслуживанию — ФК3, 4 передвижению — ФК4 трудовой деятельности — ФК4</p>

### 5.2. Хроническая коронарная недостаточность

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК1</b>	<p><b>Хроническая коронарная недостаточность — стенокардия напряжения.</b> «Обычная повседневная физическая активность» (ходьба и подъем по лестнице) не вызывает стенокардии. Боли возникают только при выполнении очень интенсивной или очень быстрой, или продолжительной физической нагрузки. Мощность последней ступени нагрузки 125 и более Вт; двойное произведение (ЧСС × АДсис.т. × 10<sup>-2</sup>) более 278; число метаболических единиц 7,0 и более.</p>	<p>Способность к: передвижению — ФК0, 1 трудовой деятельности — ФК0, 1, 2</p>
<b>ФК2</b>	<p>«Небольшое ограничение обычной физической активности» означает возникновение стенокардии при быстрой ходьбе или подъеме по лестнице, после еды или на холоде, или в ветреную погоду, или при эмоциональном напряжении, или в первые несколько часов после пробуждения; во время ходьбы на расстояние более 200 м (двух кварталов) по ровной местности или во время подъема по лестнице более чем на один пролет в обычном темпе при нормальных условиях. Мощность последней ступени нагрузки 75–100 Вт; двойное произведение 218–277; число метаболических единиц 4,0–6,9.</p>	<p>Способность к: самообслуживанию — ФК1 передвижению — ФК1 трудовой деятельности — ФК1, 2</p>
<b>ФК3</b>	<p>«Значительное ограничение обычной физической активности» — стенокардия возникает в результате спокойной ходьбы на расстояние от одного до двух кварталов (100–200 м) по ровной местности или при подъеме по лестнице на один пролет в обычном темпе при нормальных условиях. Мощность последней ступени нагрузки 50 Вт; двойное произведение 151–217; число метаболических единиц 2,0–3,9.</p>	<p>Способность к: самообслуживанию — ФК1, 2 передвижению — ФК2, 3 трудовой деятельности — ФК2, 3</p>
<b>ФК4</b>	<p>«Невозможность выполнения какой-либо физической нагрузки без возникновения неприятных ощущений» или стенокардия может возникнуть в покое. Мощность последней ступени нагрузки 25 Вт; двойное произведение менее 150; число метаболических единиц менее 2,0.</p>	<p>Способность к: самообслуживанию — ФК3, 4 передвижению — ФК4 трудовой деятельности — ФК4</p>

### 5.3. Нарушения ритма и проводимости при сердечно-сосудистых заболеваниях

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
ФК1	<p>Легкий синдром аритмии на фоне основного заболевания, при котором глобальная функция сердца, центральная и периферическая гемодинамика не нарушены:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- экстрасистолия (парасистолия) до 30 комплексов в 1 ч (до 10 % от ЧСС/мин);</li> <li>- синусовая тахикардия 90–100 уд./мин (в покое);</li> <li>- синусовая брадикардия 46–55 уд./мин (в покое) в дневное время на фоне основного сердечно-сосудистого заболевания (ССЗ);</li> <li>- синоаурикулярная (СА) и атриовентрикулярная (АВ) блокады I, II степени (типа Мобитц 1);</li> <li>- синдром слабости синусового узла (СССУ) с ЧСС &gt;50 уд./мин (латентная форма);</li> <li>- блокада левой/правой ножки пучка Гиса;</li> <li>- преходящий синдром укорочения интервала PQ, бессимптомный синдром WPW.</li> </ul> <p>Легкие пароксизмальные нарушения: кратковременные (длительностью не более 4 ч). Пароксизмы легко купируются (чаще самостоятельно или после однократного приема пероральных антиаритмических препаратов), не вызывают субъективно воспринимаемых нарушений гемодинамики или незначительные – нарушений сократительной функции сердца, коронарного кровообращения и церебральной гемодинамики. Частота — еженедельно.</p>	<p>Способность к: передвижению — ФК0, 1 трудовой деятельности — ФК0, 1, 2</p>

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
ФК2	<p>Умеренный синдром аритмии на фоне основного заболевания, при котором возникают умеренные нарушения гемодинамики – глобальной функции сердца, коронарного кровообращения, церебральной гемодинамики, субъективно воспринимаемые:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- экстрасистолия (парасистолия) более 30 эктопических комплексов в 1 ч (в пределах 10–30 % от ЧСС/мин);</li> <li>- синусовая брадикардия 40–45 уд./мин (в покое) в дневное время на фоне основного СС заболевания;</li> <li>- синусовая тахикардия 100–110 уд./мин (в покое);</li> <li>- желудочковая экстрасистолия 3 градации по Лауну;</li> <li>- СА, АВ-блокады II, III степени с ЧСС не менее 40–45 уд./мин и паузами между желудочковыми сокращениями до 2 с;</li> <li>- постоянная форма фибрилляции предсердий (ФП — нормо- и брадисистолический варианты) без нарастания хронической сердечной недостаточности (ХСН);</li> <li>- СССУ с частотой ритма не менее 45 уд./мин с нормальным АВ-проведением с клиническими проявлениями без синкопальных состояний;</li> <li>- блокада ножек пучка Гиса (бифасцикулярная);</li> <li>- паузы не более 2 с.</li> </ul> <p>Умеренные пароксизмальные нарушения вызывают умеренные нарушения гемодинамики (глобальной сократительной функции сердца, коронарного кровообращения, церебральной гемодинамики), купируются парентеральным введением антиаритмических препаратов или систематическим приемом пероральных антиаритмических препаратов. Систематическое обращение в организации здравоохранения для получения неотложной медицинской помощи на дому, в амбулаторных или стационарных условиях.</p> <p>Частота — ежемесячно или 6–9 раз в год.</p>	<p>Способность к:  самообслуживанию — ФК1  передвижению — ФК1  трудовой деятельности — ФК1, 2</p>

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
ФК3	<p>Выраженный синдром аритмии на фоне основного заболевания, при котором возникают выраженные нарушения гемодинамики — глобальной функции сердца, коронарного кровообращения, церебральной гемодинамики, в т. ч. обморочные состояния:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- синусовая брадикардия &lt;40 уд./мин в условиях покоя в дневное время на фоне основного ССЗ;</li> <li>- синусовая тахикардия 110–130 уд./мин в условиях покоя (субмаксимальная и выше);</li> <li>- частая предсердная ЭС &gt; 100/час (более 30 % от ЧСС/мин), желудочковая ЭС 4,5 градаций по Лауну, короткие «пробежки» желудочковой тахикардии (3 и более подряд), но без устойчивых пароксизмов, длительностью менее 30 с;</li> <li>- СА, АВ блокада II, III степени с ЧСС &lt;40 уд./мин и паузами между сокращениями более 2 с;</li> <li>- полная блокада ножек пучка Гиса (трехпучковая);</li> <li>- синдром преждевременной деполяризации желудочков (WPW) при наличии признаков ХСН II А стадии;</li> <li>- постоянная форма ФП (тахисистолический вариант) с прогрессирующей ХСН, резистентная к медикаментозной терапии;</li> <li>- СССУ с синкопальными состояниями;</li> <li>- паузы более 2 секунд.</li> </ul> <p>Выраженные пароксизмальные нарушения провоцируются незначительным физическим или нервно-психическим напряжением, сопровождаются выраженными нарушениями гемодинамики (общей сократительной функции сердца, коронарного кровообращения, церебральной гемодинамики), купируются в стационаре парентеральным введением антиаритмических препаратов и/или с помощью электроимпульсной терапии (ЭИТ). Частота — 3 раза и более в год.</p>	<p>Способность к: самообслуживанию — ФК2, 3 передвижению — ФК2, 3 трудовой деятельности — ФК2, 3, 4</p>

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК4</b>	<p>Резко выраженный синдром аритмии на фоне основного заболевания, который сопровождается выраженными или резко выраженными нарушениями гемодинамики — глобальной функции сердца, коронарного кровообращения, церебральной гемодинамики, в т. ч. обморочными состояниями:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- сложные, комбинированные нарушения ритма;</li> <li>- идиовентрикулярный ритм при ФП;</li> <li>- синдром Фредерика с ЧСС менее 40 уд./мин., с приступами Морганьи–Адамса–Стокса и синкопальными состояниями;</li> <li>- эктопические замещающие ритмы при полной АВ-блокаде.</li> </ul> <p>Резко выраженные пароксизмальные нарушения: продолжительностью более 24 ч, сопровождаются резко выраженными нарушениями гемодинамик (общей сократительной функции сердца, коронарного кровообращения, церебральной гемодинамики), купируются с трудом в стационаре в условиях специализированного отделения (отделения интенсивной терапии и реанимации) парентеральным введением антиаритмических препаратов и/или с помощью ЭИТ. Частота — 3–6 р/год.</p>	<p>Способность к: самообслуживанию — ФК3, 4 передвижению — ФК4 трудовой деятельности — ФК4</p>

#### *5.4. Артериальная гипертензия*

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК1</b>	<p><b>Артериальная гипертензия I, II, III степени.</b> Бескризовое течение или наличие редких не осложненных кризов, подлежащих лечению амбулаторно.</p>	<p>Способность к: самообслуживанию — ФК0 передвижению — ФК1</p>



Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
		трудовой деятельности — ФК0,1, 2
<b>ФК2</b>	<b>Артериальная гипертензия I, II, III степени.</b> Кризовое течение. Гипертонические кризы средней частоты: легкие 7–12 раз в год, средней тяжести 4–6 раз в год, тяжелые 2–3 раза в год, осложненные 1 раз в год.	Способность к: самообслуживанию — ФК1 передвижению — ФК1 трудовой деятельности — ФК1, 2
<b>ФК3</b>	<b>Артериальная гипертензия II, III степени.</b> Кризовое течение. Гипертонические кризы частые: легкие более 12 раз в год, средней тяжести более 6 раз в год, тяжелые более 3 раз в год, осложненные 2 раза и более раз в год.	Способность к: самообслуживанию — ФК1, 2 передвижению — ФК2, 3 трудовой деятельности — ФК2, 3
<b>ФК4</b>	<b>Артериальная гипертензия II, III степени со стабильно высоким уровнем АД, резистентная к комплексной гипотензивной терапии, с частыми тяжелыми, осложненными кризами.</b>	Способность к: самообслуживанию — ФК3, 4 передвижению — ФК4 трудовой деятельности — ФК4

### 5.5. Дыхательная недостаточность

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК1</b>	<p>Одышка во время и после значительной физической нагрузки (кратковременная). Утомляемость наступает быстро. Число дыхательных движений в 1 мин в покое 16–24, при физической нагрузке учащение на 10–12 в 1 мин, приходит к норме не позже чем через 7 мин. Глубина дыхания в покое нормальная. При физической нагрузке углубленное или более поверхностное дыхание. Цианоз отсутствует, появляется после физической нагрузки. Участвия вспомогательных мышц в акте дыхания нет. Пульс не учащен. Незначительное снижение жизненной емкости легких до 80–90 % должной; максимальной вентиляции легких до 60–70 %; ЭКГ правого типа, увеличение зубцов PII–PIII. ОФВ<sub>1</sub> снижен до 60 %, тест Тиффно снижен до 70 %. Легочной гипертензии нет.</p> <p>Коэффициент использования кислорода с возвращением к норме при дыхании кислородом менее 34. P<sub>a</sub>O<sub>2</sub> 60–9 мм рт. ст., SaO<sub>2</sub> 90-94%.</p>	<p>Способность к: самообслуживанию — ФК0, 1 передвижению — ФК1 трудовой деятельности — ФК1</p>
<b>ФК2</b>	<p>Одышка более длительная после умеренного физического напряжения. Утомляемость умеренная. Число дыхательных движений в 1 мин в покое 24–28, при физической нагрузке учащение на 12–16 в 1 мин. Восстановление медленное. Поверхностное дыхание. Цианоз у большинства имеется в покое, усиливается после физической нагрузки. Быстрая утомляемость, кратковременная.</p> <p>Участвие вспомогательных мышц в акте дыхания – в небольшой степени после физической нагрузки. Пульс иногда учащен. Легочная гипертензия 1 ст., НК 1. В стадии стабильной гипоксемии определяются симптомы легочного сердца.</p> <p>Максимальная легочная вентиляция (МЛВ) в % к должной 40–80. Жизненная емкость легких (ЖЕЛ) в % к должной 40–69. Минутный объем дыхания (МОД) в % к должному более 150, ОФВ<sub>1</sub> 59–40 %.</p> <p>Коэффициент использования кислорода с возвращением к норме при дыхании кислородом менее 30. P<sub>a</sub>O<sub>2</sub> 40-59 мм рт.ст. , SaO<sub>2</sub> 75-89%.</p>	<p>Способность к: самообслуживанию — ФК1, 2 передвижению — ФК2 трудовой деятельности — ФК2</p>

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК3</b>	<p>Одышка постоянная в покое. Число дыхательных движений в 1 мин 30 и более. Физическая нагрузка резко снижена. Утомляемость выраженная, длительная. Постоянно поверхностное дыхание. Участие вспомогательных мышц в акте дыхания отчетливое. Цианоз резко выражен. Пульс значительно учащен (иногда замедлен). Имеются симптомы декомпенсированного легочного сердца. НК 2А ст. Максимальная легочная вентиляция (МЛВ) в % к должной менее 40. Жизненная емкость легких (ЖЕЛ) в % к должной менее 50. Минутный объем дыхания (МОД) в % к должному более 170, ОФВ<sub>1</sub> ≤35 %, индекс Тиффно ≤40 %. Легочная гипертензия 2 ст.</p> <p>Коэффициент использования кислорода с возвращением к норме при дыхании кислородом менее 30. P<sub>a</sub>O<sub>2</sub> &lt;40 мм рт. ст., SaO<sub>2</sub> &lt;75.</p>	<p>Способность к: самообслуживанию — ФК2, 3 передвижению — ФК3 трудовой деятельности — ФК3</p>
<b>ФК4</b>	<p>Резкое угнетение сознания, часто развивается гипоксемический отек головного мозга; разлитой цианоз; кожа покрыта липким холодным потом; дыхание учащенное, поверхностное, аритмичное, появляется дыхание Чейн-Стокса или Биота; при развитии ацидоза – дыхание Куссмауля; пульс нитевидный, частая экстрасистолия на фоне брадикардии; глубокая артериальная гипотензия. Значительное увеличение трахеобронхиальной секреции, отек слизистой оболочки бронхов, развитие синдрома экспираторного закрытия дыхательных путей, олигоанурия. Финалом терминальной стадии является гипоксемическая, гиперкапническая кома. НК 2Б – 3 ст.</p>	<p>Способность к: самообслуживанию — ФК3, 4 передвижению — ФК4 трудовой деятельности — ФК4</p>

### 5.5.1. Бронхиальная астма

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК1</b>	<p>Приступы болезни возникают редко (менее одного раза в неделю). Короткие обострения с легким течением.</p> <p>Ночные приступы болезни возникают редко (не чаще двух раз в 1 мес.).</p> <p>Частота дыхания в покое в пределах нормы, учащение дыхания на 10–12 в 1 мин после физической нагрузки с восстановлением до исходного уровня в течение 3 мин. Гемодинамика и функция органов в покое не нарушена. Разброс ПСВ 10–20 %.</p>	<p>Способность к:</p> <p>самообслуживанию — ФК0, 1</p> <p>передвижению — ФК0, 1</p> <p>трудовой деятельности — ФК0, 1</p>
<b>ФК2</b>	<p>Симптомы болезни возникают чаще 1 раза в неделю, но реже 1 раза в день. Обострения могут нарушать сон больного, угнетать физическую активность. Обострения средней степени тяжести.</p> <p>Ночные приступы болезни возникают по меньшей мере 2 раза в 1 мес. Частота дыхания в покое до 20 в 1 мин, учащение дыхания на 12–16 в 1 мин после физической нагрузки с восстановлением до исходного уровня в течение 5 мин.</p> <p>При значительной нагрузке участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. ОФВ<sub>1</sub> или ПСВ более 80 % от нормы. Разброс ПСВ 20–30 %.</p>	<p>Способность к:</p> <p>самообслуживанию — ФК1</p> <p>передвижению — ФК1, 2</p> <p>трудовой деятельности — ФК1, 2</p>
<b>ФК3</b>	<p>Приступы астмы возникают практически ежедневно. Обострения нарушают сон больного, снижают физическую активность. Обострения тяжелые. Ночные приступы болезни случаются очень часто (чаще 1 раза в неделю) Частота дыхания в покое 21–29 в 1 мин, учащение дыхания на 12–16 в 1 мин после физической нагрузки. Диффузный цианоз кожи и видимых слизистых оболочек. Участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания во время небольшой физической нагрузки. ОФВ<sub>1</sub> или ПСВ снижаются до показателей от 60 до 80 % от нормальной величины. Разброс ПСВ более 30 %.</p>	<p>Способность к:</p> <p>самообслуживанию — ФК2, 3</p> <p>передвижению — ФК2, 3</p> <p>трудовой деятельности — ФК2, 3</p>

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК4</b>	<p>Приступы болезни возникают ежедневно. Резкое ограничение физической активности.</p> <p>Ночные приступы астмы случаются очень часто. При обострениях угроза апноэ. Частота дыхания в покое 30 и более в 1 мин, учащение дыхания на 10–15 в 1 мин после незначительного физического напряжения без восстановления исходного уровня. ОФВ<sub>1</sub> или ПСВ составляют менее 60 % от нормы.</p> <p>Разброс ПСВ более 30 %.</p>	<p>Способность к:</p> <p>самообслуживанию — ФК3</p> <p>передвижению — ФК3, 4</p> <p>трудовой деятельности — ФК3, 4</p>

#### 5.5.2. Хроническая обструктивная болезнь легких

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК1</b>	<p>Одышка при значительной физической нагрузке. Наличие или отсутствие хронических симптомов (кашель, мокрота).</p> <p>Обструктивные нарушения выражены незначительно.</p>	<p>Способность к:</p> <p>самообслуживанию — ФК0, 1</p> <p>передвижению — ФК0, 1</p> <p>трудовой деятельности — ФК0, 1</p>
<b>ФК2</b>	<p>Одышка при умеренном физическом напряжении. Наличие или отсутствие хронических симптомов (кашель, мокрота). При значительной нагрузке участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания.</p> <p>ОФВ/ФЖЕЛ &lt;70 % от должного, 50 % &lt; ОФВ<sub>1</sub> &lt; 80 % от должного.</p>	<p>Способность к:</p> <p>самообслуживанию — ФК1</p> <p>передвижению — ФК1, 2</p> <p>трудовой деятельности — ФК1, 2</p>
<b>ФК3</b>	<p>Одышка (и/или хрипы) при незначительной физической нагрузке. Наличие хронических симптомов (кашель, мокрота). Диффузный цианоз кожи и видимых слизистых оболочек. Участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания во время небольшой физической нагрузки.</p> <p>ОФВ/ФЖЕЛ &lt;70 % от должного, 30% &lt; ОФВ<sub>1</sub> &lt; 50% от должного.</p>	<p>Способность к:</p> <p>самообслуживанию — ФК2, 3</p> <p>передвижению — ФК2, 3</p> <p>трудовой деятельности — ФК2, 3</p>

<b>ФК4</b>	Одышка в покое. Наличие кашля, мокроты всегда. Признаки легочного сердца, эмфиземы, цианоз, отеки, полицитемия. ОФВ/ФЖЕЛ <70 % от должного, ОФВ <sub>1</sub> <30 % от должного или ОФВ <sub>1</sub> <50 % от должного в сочетании с хронической дыхательной недостаточностью.	Способность к: самообслуживанию — ФК3 передвижению — ФК3, 4 трудовой деятельности — ФК3, 4
------------	--	---

### 5.6. Портальная гипертензия

<b>Функциональный класс нарушений</b>	<b>Клинико-функциональная характеристика нарушений</b>	<b>Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность</b>
<b>ФК0</b>		
<b>ФК1</b>	<b>Начальная стадия портальной гипертензии (ПГ).</b> Один или более признаков по данным объективного или инструментального обследования. Клиника: спленомегалия, расширение вен передней брюшной стенки. УЗИ: увеличение диаметра воротной вены; расширение диаметра селезеночной вены более 10 мм; увеличение диаметра верхней брыжеечной вены; спленомегалия. ЭГС: возможно наличие расширенных вен пищевода малого размера (диаметр ≤5 мм).	Способность к: передвижению — ФК1 трудовой деятельности — ФК1
<b>ФК2</b>	<b>Стадия умеренной компенсированной ПГ.</b> Клиника: тяжесть, боли в верхней половине живота и правом подреберье, диспепсические расстройства, метеоризм, гепат-, спленомегалия; расширение вен передней брюшной стенки. УЗИ: расширение диаметра воротной, селезеночной и верхней брыжеечной вен, эктопические варикозные вены, спленомегалия, умеренный асцит. ЭГС: варикозное расширение вен пищевода большого размера (диаметр >5 мм).	Способность к: самообслуживанию — ФК1, 2 передвижению — ФК1, 2 обучению — ФК2 трудовой деятельности — ФК2
<b>ФК3</b>	<b>Стадия декомпенсированной осложненной ПГ.</b> Клиника: резко выраженные клинические проявления – боли по всему животу, тошнота, поносы, прогрессирующее похудение, спленомегалия; расширение вен передней брюшной стенки; неосложненный асцит; один эпизод кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода или желудка, или из эктопических варикозных вен в	Способность к: самообслуживанию — ФК2, 3 передвижению — ФК2, 3 обучению — ФК3 трудовой деятельности — ФК3, 4

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
	<p>анамнезе; синдром гиперспленизма (анемия, лейко-, тромбоцитопения), отеки нижних конечностей, печеночная энцефалопатия минимальная, эпизодическая (I–II ст.).</p> <p>УЗИ: расширение диаметра воротной, селезеночной и верхней брыжеечной вен, эктопические варикозные вены, спленомегалия, асцит, портокавальные анастомозы.</p> <p>ЭГС: варикозное расширение вен пищевода большого размера (диаметр &gt;5 мм), желудка.</p>	
<b>ФК4</b>	<p><b>Стадия декомпенсированной ПГ с тяжелыми осложнениями.</b> <i>Клиника:</i> осложненный асцит (эпизоды спонтанного бактериального перитонита, гепаторенальный синдром), повторные эпизоды кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода или желудка или из эктопических варикозных вен, синдром гиперспленизма, отеки нижних конечностей, печеночная энцефалопатия эпизодическая (II или III ст.) или персистирующая (I–II ст.) с головными болями, головокружением, снижением памяти, нарушением формулы сна. При выраженной энцефалопатии появляются бред, галлюцинации, неадекватное поведение, неврологические признаки поражения ЦНС.</p>	<p>Способность к:  Самообслуживанию — ФК3  передвижению — ФК3, 4  обучению — ФК4  трудовой деятельности — ФК4</p>

### 5.7. Туберкулез органов дыхания

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК1</b>	<p>Первичный туберкулезный комплекс (прогрессирующее течение с наличием деструкции).</p> <p>Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (прогрессирующее или осложненное течение). Милиарный туберкулез.</p>	<p>Способность к:  передвижению — ФК0, 1  трудовой деятельности — ФК1</p>

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
	<p>Инфильтративный туберкулез.  Диссеминированный туберкулез.  Туберкулез бронхов, трахеи, верхних дыхательных путей и др. (носа, полости рта, глотки), рецидивирующее течение.  Туберкулема легких.  Кавернозный туберкулез легких.  Фиброзно-кавернозный туберкулез легких.  Цирротический туберкулез (ограниченный).  Эмпиема плевры (ограниченный процесс).  Туберкулез органов дыхания, комбинированный с пылевыми профессиональными заболеваниями легких (кониотуберкулез).  Состояние после сегментэктомии, клиновидной резекции легкого, торакопластики.  Малые остаточные посттуберкулезные изменения.  Имеются легкие функциональные нарушения в виде ДН I ст.</p>	
<b>ФК2</b>	<p>Милиарный туберкулез.  Инфильтративный туберкулез (распространенный, в пределах доли и более, с большими полостями распада).  Диссеминированный туберкулез.  Фиброзно-кавернозный туберкулез легких (распространенный, с большими полостями распада).  Цирротический туберкулез (распространенный).  Туберкулез органов дыхания, комбинированный с пылевыми профессиональными заболеваниями легких (кониотуберкулез) распространенный.  Эмпиема плевры.  Состояние после сегментэктомии, клиновидной резекции легкого с наличием послеоперационных осложнений.  Состояние после операции по поводу эмпиемы плевры.</p>	<p>Способность к:  самообслуживанию — ФК0, 1  передвижению — ФК1, 2  трудовой деятельности — ФК1, 2</p>



Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
	<p>Состояние после лобэктомии, торакопластики, пульмонэктомии.</p> <p>Большие остаточные посттуберкулезные изменения в сочетании с хроническими неспецифическими заболеваниями легких (ХНЗЛ).</p> <p>Имеются умеренные функциональные нарушения в виде ДН I–II ст. в сочетании или без сочетания с НК I ст.</p>	
<b>ФК3</b>	<p>Диссеминированный туберкулез (хронический, прогрессирующее течение, с развитием массивных фиброзных изменений и эмфиземы легких, с наличием лекарственной устойчивости МБТ к АБП).</p> <p>Казеозная пневмония.</p> <p>Фиброзно-кавернозный туберкулез легких (тяжелое течение, хирургическое вмешательство невозможно, наличие лекарственной устойчивости МБТ к АБП).</p> <p>Цирротический туберкулез (распространенный).</p> <p>Эмпиема плевры.</p> <p>Туберкулез органов дыхания, комбинированный с пылевыми профессиональными заболеваниями легких (кониотуберкулез распространенный).</p> <p>Состояние после лобэктомии, торакопластики, пульмонэктомии с наличием послеоперационных осложнений и пластикой диафрагмы.</p> <p>Состояние после операции по поводу эмпиемы плевры с наличием послеоперационных осложнений.</p> <p>Большие остаточные посттуберкулезные изменения (50 Д). Малые остаточные посттуберкулезные изменения в сочетании с ХНЗЛ.</p> <p>Имеются значительные функциональные нарушения в виде ДН II ст. в сочетании или без сочетания с НК IIa ст.</p>	<p>Способность к:</p> <p>самообслуживанию — ФК1, 2</p> <p>передвижению — ФК2, 3</p> <p>трудовой деятельности — ФК2, 3</p>

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
ФК4	<p>Казеозная пневмония. Диссеминированный туберкулез (хронический).  Фиброзно-кавернозный туберкулез легких (тяжелое течение, хирургическое вмешательство невозможно, наличие лекарственной устойчивости МБТ к АБП).  Цирротический туберкулез (распространенный).  Туберкулез органов дыхания, комбинированный с пылевыми профессиональными заболеваниями легких (кониотуберкулез распространенный).  Эмпиема плевры.  Состояние после лобэктомии, торакопластики, пульмонэктомии с наличием послеоперационных осложнений и пластикой диафрагмы.  Состояние после операции по поводу эмпиемы плевры с наличием послеоперационных осложнений.  Большие остаточные посттуберкулезные изменения (распространенные).  Имеются резко выраженные функциональные нарушения в виде ДН III ст. в сочетании или без сочетания с НК IIб–III ст.</p>	<p>Способность к:  самообслуживанию — ФК3, 4  передвижению — ФК3  трудовой деятельности — ФК4</p>

### 5.8. Хроническая почечная недостаточность

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
ФК1	<p><b>1 стадия (латентная).</b> Клинические признаки определяются основным заболеванием, клинические проявления хронической почечной недостаточности (ХПН) отсутствуют, диурез в пределах нормы. Мочевина крови до 8,6 ммоль/л, креатинин до 0,18 ммоль/л. Клубочковая фильтрация снижена до 45–60 мл/мин. Электролиты крови в пределах нормы. Гемоглобин — 110 г/л. Метаболический ацидоз отсутствует. Хроническая болезнь почек (ХБП) С1–С3А ст.</p>	<p>Способность к:  передвижению — ФК0, 1  трудовой деятельности — ФК0, 1</p>

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК2</b>	<b>2 стадия (компенсированная).</b> Отмечается выраженная клиническая картина. Выявляется компенсаторная полиурия. Снижается концентрационная функция (разница между максимальной и минимальной плотностью мочи менее 8 единиц). Мочевина крови — 8,6–10,0 ммоль/л; креатинин — 0,2–0,28 ммоль/л; клубочковая фильтрация — 30–44 мл/мин, гипонатриемия; гемоглобин — 100–110 г/л, метаболического ацидоза нет. ХБП С3Б ст.	Способность к: самообслуживанию — ФК0, 1 передвижению — ФК1, 2 обучению — ФК1, 2 трудовой деятельности — ФК2
<b>ФК3</b>	<b>3 стадия (интермиттирующая).</b> Нарастают симптомы интоксикации. Выраженная полиурия, гипоизостенурия. Мочевина крови — 10,1–19,9 ммоль/л; креатинин крови — 0,3–0,6 ммоль/л, клубочковая фильтрация — 20–30 мл/мин, гипонатриемия, гипокалиемия, гипокальциемия, умеренный метаболический ацидоз, гемоглобин — 90–100 г/л. Состояние после трансплантации почки. ХБП С4 ст.	Способность к: самообслуживанию — ФК2, 3 передвижению — ФК2, 3 обучению — ФК2, 3 трудовой деятельности — ФК3
<b>ФК4</b>	<b>4 стадия (терминальная).</b> Резко выраженные признаки уремической интоксикации: аммиачный запах изо рта, уремический стоматит, гастрит, желудочно-кишечные кровотечения. Уремические миокардиты, перикардит, артериальная гипертензия, осложненная ретинопатией, инсультом, левожелудочковой недостаточностью. Уремические: плеврит, пневмония, нефрогенный отек легких. Олиг- и анурия. Гемоглобин менее 90 г/л. Мочевина более 20 ммоль/л. Креатинин более 0,6 ммоль/л. Клубочковая фильтрация менее 20 мл/мин, гипонатриемия, гиперкалиемия, гипокальциемия, выраженный метаболический ацидоз. ХБП С5 ст. Состояние после трансплантации почки.	Способность к: самообслуживанию — ФК3 общению — ФК2, 3 передвижению — ФК4 обучению — ФК4 трудовой деятельности — ФК4

### 5.9. Мочеполовой туберкулез

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК1</b>	<p>Туберкулезный папиллит единственной почки, осложненное течение (стриктура мочеточника, пиелонефрит, мочекаменная болезнь и т. д.).</p> <p>Монокавернозный туберкулез: двусторонний, единственной почки, осложненное течение (стриктура мочеточника, пиелонефрит, мочекаменная болезнь и т. д.).</p> <p>Поликавернозный туберкулез единственной почки, неосложненное течение.</p> <p>Односторонний пионефроз с поражением паренхимы другой почки.</p> <p>Легкие нарушения функции выделения: ХПН, латентная стадия.</p>	<p>Способность к: передвижению — ФК0, 1 трудовой деятельности — ФК1, 2</p>
<b>ФК2</b>	<p>Туберкулезный папиллит единственной почки, осложненное течение (стриктура мочеточника, пиелонефрит, мочекаменная болезнь и т. д.).</p> <p>Монокавернозный туберкулез: двусторонний, единственной почки, осложненное течение (стриктура мочеточника, пиелонефрит, мочекаменная болезнь и т. д.).</p> <p>Поликавернозный туберкулез двусторонний, единственной почки, не осложненное течение.</p> <p>Односторонний пионефроз с поражением паренхимы другой почки.</p> <p>Умеренные нарушения функции выделения: ХПН, компенсированная стадия.</p>	<p>Способность к: самообслуживанию — ФК0, 1 передвижению — ФК1, 2 трудовой деятельности — ФК2</p>
<b>ФК3</b>	<p>Монокавернозный туберкулез единственной почки, осложненное течение (стриктура мочеточника, пиелонефрит, мочекаменная болезнь и т. д.).</p> <p>Поликавернозный туберкулез: двусторонний, не осложненное течение.</p> <p>Односторонний пионефроз с поражением паренхимы другой почки.</p> <p>Значительные нарушения функции выделения: ХПН, интермиттирующая стадия.</p>	<p>Способность к: самообслуживанию — ФК2 передвижению — ФК2, 3 трудовой деятельности — ФК3</p>
<b>ФК4</b>	<p>Поликавернозный туберкулез: двусторонний, единственной почки, осложненное течение (стриктура мочеточника, пиелонефрит, мочекаменная болезнь и т. д.).</p> <p>Пионефроз единственной почки или обеих почек.</p> <p>Резко выраженные нарушения функции выделения: ХПН, терминальная стадия.</p>	<p>Способность к: самообслуживанию — ФК3 передвижению — ФК4 трудовой деятельности — ФК4</p>

### 5.10. Хронические диффузные заболевания печени

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
ФК1	<p><b>Компенсированная (начальная) стадия.</b> Хронический гепатит, не требующий длительной специальной терапии (интерферонотерапия, противовирусные средства, кортикостероиды, цитостатики). Цирроз печени класса тяжести А по Чайлд-Пью.</p>	<p>Способность к: передвижению — ФК0, 1 трудовой деятельности — ФК1</p>
ФК2	<p><b>Субкомпенсированная стадия.</b> Хронический гепатит, требующий длительной специальной терапии (интерферонотерапия, противовирусные средства, кортикостероиды, цитостатики). Цирроз печени класса тяжести В по Чайлд-Пью.</p>	<p>Способность к: самообслуживанию — ФК1 передвижению — ФК1, 2 обучению — ФК1, 2 трудовой деятельности — ФК2</p>
ФК3	<p><b>Стадия декомпенсации.</b> Хронический гепатит, требующий длительной специальной терапии (интерферон, противовирусные средства, кортикостероиды, цитостатики) с наличием осложнений лекарственной терапии, обострением основного заболевания или развитием резистентности к проводимой терапии. Цирроз печени класса тяжести С по Чайлд-Пью. Признаки декомпенсированной осложненной ПГ: один эпизод кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода или желудка или из экстрапеченочных варикозных вен в анамнезе; неосложненный асцит; синдром гиперспленизма (анемия, лейко-, тромбоцитопения), отеки нижних конечностей, печеночная энцефалопатия минимальная, эпизодическая (I–II ст.).</p>	<p>Способность к: самообслуживанию — ФК2, 3 передвижению — ФК3 обучению — ФК3 трудовой деятельности — ФК3</p>
ФК4	<p><b>Стадия выраженной декомпенсации.</b> Цирроз печени класса тяжести С по Чайлд-Пью с тяжелыми осложнениями. Осложненный асцит (эпизоды спонтанного бактериального перитонита, гепаторенальный синдром), признаки декомпенсированной ПГ с тяжелыми осложнениями (повторные эпизоды кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода или желудка или из экстрапеченочных варикозных вен, синдром</p>	<p>Способность к: самообслуживанию — ФК3 ориентации — ФК2, 3 передвижению — ФК4 обучению — ФК4 трудовой деятельности — ФК4</p>

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
	гиперспленизма, печеночная энцефалопатия эпизодическая (II–III ст.) или персистирующая (I–II ст.).	

### 5.11. Нарушения пищеварения

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
ФК1	<p><b>Незначительные нарушения</b> пищеварения в результате заболеваний органов пищеварения либо оперативных вмешательств характеризуются легкими проявлениями мальабсорбции, отсутствием (незначительностью) трофологическими нарушений, нуждаемостью в периодическом диетическом питании, периодической нутритивной поддержке и/или курсовой энтеральной терапии для компенсации состояния.</p> <p><b>Клинико-лабораторные данные</b>  Индекс массы тела пациента (ИМТ) 19–17; толщина кожно-жировой складки над трицепсом (КЖС) 9,4–8,4 мм (у мужчин), 13–11,6 мм (у женщин); окружности мышц плеча (ОМП) 23–20,5 см (у мужчин), 21–18,8 см (у женщин).  Общий белок 65–55 г/л, альбумины 35–30 г/л, трансферрин 2,0–1,8 г/л, абсолютное число лимфоцитов 1,8–1,5 тыс.</p>	<p>Способность к:  самостоятельному передвижению — ФК0, 1  трудовой деятельности — ФК0, 1</p>

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК2</b>	<p><b>Умеренные нарушения</b> пищеварения в результате заболеваний органов пищеварения либо оперативных вмешательств характеризуются умеренными проявлениями мальабсорбции, умеренными трофологическими нарушениями, нуждаемостью в постоянном диетическом питании, периодической (постоянной) нутритивной поддержке и энтеральной терапии для компенсации состояния в зависимости от вида нарушения.</p> <p><b>Клинико-лабораторные данные</b> ИМТ 17–15; КЖС 8,4–7,4 мм (у мужчин), 11,6–10,1 мм (у женщин); ОМП 20,5–18 см (у мужчин), 18,8–16,5 см (у женщин). Общий белок 55–45 г/л, альбумины 30–25 г/л, трансферрин 1,8–1,6 г/л, абсолютное число лимфоцитов 1,5–0,9 тыс.</p>	<p>Способность к: самообслуживанию — ФК0, 1 самостоятельному передвижению — ФК1, 2 трудовой деятельности — ФК1, 2</p>
<b>ФК3</b>	<p><b>Выраженные нарушения</b> пищеварения в результате заболеваний органов пищеварения либо оперативных вмешательств характеризуются выраженными проявлениями мальабсорбции, выраженными трофологическими нарушениями, нуждаемостью в постоянном диетическом питании, нутритивной поддержке, энтеральной терапии и курсовой парентеральной терапии для компенсации состояния в зависимости от вида нарушения.</p> <p><b>Клинико-лабораторные данные</b> ИМТ &lt; 15; КЖС 7,4-6,4 мм (у мужчин), 10,1-8,5 мм (у женщин); ОМП 18-16,5 см (у мужчин), 16,5-15 (у женщин). Общий белок 45-35 г/л, альбумины 25-20 г/л, трансферрин 1,6-1,5 г/л, абсолютное число лимфоцитов 0,9-0,8 тыс.</p>	<p>Способность к: самообслуживанию — ФК1, 2 самостоятельному передвижению — ФК2, 3 трудовой деятельности — ФК3, 4</p>

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
ФК4	<p><b>Резко выраженные нарушения</b> пищеварения в результате заболеваний органов пищеварения либо оперативных вмешательств характеризуются резко выраженными проявлениями мальабсорбции, резко выраженными трофологическими нарушениями, нуждаемостью в постоянном диетическом питании, нутритивной поддержке и парентеральной терапии для компенсации состояния в зависимости от вида нарушения.</p> <p><b>Клинико-лабораторные данные</b>  ИМТ &lt;15; КЖС &lt;6,4 мм (у мужчин), &lt;8,5 мм (у женщин); ОМП &lt;16,5 см (у мужчин), &lt;15 см (у женщин).  Общий белок &lt;35 г/л, альбумины &lt;20 г/л, трансферрин &lt;1,5 г/л, абсолютное число лимфоцитов &lt;0,8 тыс.</p>	<p>Способность к:  самообслуживанию — ФК3, 4  самостоятельному передвижению — ФК3, 4  трудовой деятельности — ФК4</p>



## 5.12. Урологические заболевания

### 5.12.1. Хроническая задержка мочи с нарушением функции почек

Заболевания, приводящие к хронической задержке мочи (ХЗМ) и нарушению функции почек (НФП): доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ), рак простаты, стриктура уретры, склероз шейки мочевого пузыря, склероз предстательной железы, неврогенный мочевого пузырь, другие заболевания, ведущие к инфравезикальной обструкции

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК1</b>	ХЗМ с наличием остаточной мочи до 100 мл. Клиника: дизурия, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря. Методы, уточняющие клинический диагноз: пальцевое исследование простаты, измерение остаточной мочи, урофлоуметрия, биопсия простаты, УЗИ простаты и почек, проба Зимницкого, Реберга–Тареева, креатинин крови, уретро-, цистография, экскреторная урография. Мочевина 8,8 ммоль/л, креатинин крови может увеличиться до 1,2 ммоль/л, клубочковая фильтрация по креатинину 45–60 мл/мин, ХПН 1 ст.	Способность к: трудовой деятельности — ФК0, 1, 2
<b>ФК2</b>	ХЗМ с умеренным количеством остаточной мочи (100-150 мл), сниженный тонус детрузора, увеличена емкость мочевого пузыря. Клиника: повышенный уровень креатинина, умеренно снижена клубочковая фильтрация, ХПН 2 ст.	Способность к: передвижению — ФК1, 2 трудовой деятельности — ФК2
<b>ФК3</b>	ХЗМ с большим количеством остаточной мочи (более 150 мл), атонией мочевого пузыря. Клиника: недержание мочи (вторичное), боль в пояснице, хроническая интоксикация. Гипоизостенурия, повышенный уровень креатинина, значительное снижение клубочковой фильтрации, ХПН 3 ст.	Способность к: самообслуживанию — ФК2 передвижению — ФК1, 2 трудовой деятельности — ФК3
<b>ФК4</b>	ХЗМ с большим количеством остаточной мочи, атония мочевого пузыря. Клиника: странг-, дизурия, недержание мочи (вторичное), боли в пояснице, признаки хронической интоксикации (слабость, жажда, сухость во рту), резкое снижение клубочковой фильтрации, повышение уровня креатинина, ХПН 4 ст.	Способность к: самообслуживанию — ФК3 передвижению — ФК3, 4 трудовой деятельности — ФК4

**5.12.2. Заболевания единственной почки (врожденные и приобретенные)**

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
ФК1	<p><b>Хронический пиелонефрит (ХП).</b> Диагностика: ультразвуковые методы исследования (изменение эхоструктуры паренхимы, неровность контура, наличие патологических эховключений), рентгенологические (обзорная и внутривенная урография: наличие рентгенологических признаков ХП), радиоизотопные методы обследования, а также результаты лабораторных исследований: повышение уровня лейкоцитов в анализах мочи (общий анализ, анализ по Нечипоренко), наличие в моче диагностического титра патогенных микроорганизмов. Хронический пиелонефрит без признаков ХПН.</p>	<p>Способность к: трудовой деятельности — ФК0, 1</p>
ФК2	<p>Наличие следующих заболеваний единственной почки без признаков ХПН делает прогноз сомнительным.</p> <p>Наличие патологических процессов в единственной почке после нефрэктомии является отягощающим моментом в силу недостаточности компенсаторных механизмов.</p> <p><b>Хронический пиелонефрит (ХП) с ХПН 1 (латентной) ст.</b></p> <p><b>Мочекаменная болезнь.</b> Диагностика: УЗИ — наличие конкремента, признаки ХП; рентгенологически – наличие конкремента, состояние чашечно-лоханочной системы (ЧЛС), признаки ХП; радиоизотопные и лабораторные исследования (анализ мочи – наличие кристаллов солей, рН мочи, количество лейкоцитов, исследование мочевины, креатинина).</p> <p><b>Гидронефроз.</b> Диагноз основывается на ультразвуковых (увеличение размера почки и расширение ЧЛС), рентгенологических (гидронефротическая трансформация почки), радиоизотопных (изучение почечного плазмотока для определения степени функционирования почечной паренхимы) и лабораторных (общий анализ мочи, мочевина, креатинин) методах.</p>	<p>Способность к: трудовой деятельности — ФК1, 2</p>

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК3</b>	<p>Заболевание единственной почки с наличием ХПН, компенсированная стадия: <b>хронический пиелонефрит; мочекаменная болезнь; гидронефроз.</b> Прогноз неблагоприятный. Выявляется функциональная недостаточность почек: снижение концентрационной функции (разница между максимальной и минимальной плотностью мочи менее 8); мочевины крови 8,8–10 ммоль/л; креатинин 0,2–0,28 ммоль/л, клубочковая фильтрация по креатинину 40–60 мл/мин, осмолярность мочи до 400 мосм/л, гипонатриемия, диспротеинемия, гемоглобин 80–90 ед.</p> <p>Заболевание единственной почки с ХПН, интермиттирующая стадия. Прогноз неблагоприятный. Выявляется выраженная гипоизостенурия; мочевины крови 10–19,0 ммоль/л; креатинин 0,3–0,6 ммоль/л, клубочковая фильтрация по креатинину 20–30 мл/мин, осмолярность мочи менее 250 мосм/л, гипокалие- и гипокальциемия, умеренный метаболический ацидоз, гемоглобин 40–50 ед. Клинически нарастают симптомы интоксикации, развиваются апатия, сонливость днем, наблюдаются изменения со стороны сердечно-сосудистой системы (нарушения ритма), выраженная гипертензия, ретинопатия.</p>	<p>Способность к: самообслуживанию — ФК1, 2 передвижению — ФК2, 3 трудовой деятельности — ФК2, 3</p>
<b>ФК4</b>	<p>Заболевание единственной почки с ХПН, терминальная стадия. Прогноз крайне неблагоприятный.</p>	<p>Способность к: самообслуживанию — ФК3, 4 передвижению — ФК3, 4 трудовой деятельности — ФК4</p>

### 5.12.3. Мочеполовые свищи

*Пузырные свищи: а) пузырьно-влагалищные; б) пузырьно-маточные. Мочеточниковые свищи: а) мочеточниково-влагалищные; б) мочеточниково-маточные. Комбинированные.*

<b>Функциональный класс нарушений</b>	<b>Клинико-функциональная характеристика нарушений</b>	<b>Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность</b>
<b>ФК1</b>	Излеченный свищ. Мочеточниковые свищи оперируются в сроки от 1,5 до 2 мес. после их возникновения. Современные достижения урологии позволяют добиться излечения у большинства пациентов. У незначительной части больных возникает рецидив свища, что требует повторной операции через 2–3 мес., при этом прогноз в отношении восстановления трудоспособности сомнительный. На период лечения определяется ВН.	Способность к: трудовой деятельности — ФК0, 1
<b>ФК2</b>	Основной симптом мочеполовых свищей – постоянное выделение мочи из влагалища, что и является инвалидизирующим фактором. Как правило, они возникают после различных акушерских или гинекологических операций в результате случайного повреждения мочевых путей. Для объективизации используется осмотр гениталий в зеркалах, цистоскопия, хромоцистоскопия, цисто-, экскреторная урография, катетеризация мочеточника и уретропиелография. Пузырный свищ в первый год после его возникновения.	Способность к: трудовой деятельности — ФК2
<b>ФК3</b>	Пузырный свищ: поздние сроки хирургического лечения и большая частота рецидивов делают прогноз сомнительным на длительный период. Оптимальные сроки хирургического лечения 4–6 мес., рецидивы возникают в 20–36 % случаев. Через 2–2,5 мес. ВН показано определение II группы инвалидности. Рецидив пузырьного свища — неблагоприятный прогноз. Мочеточниковый свищ: при рецидиве показана повторная операция в периоде ВН. При ее неэффективности прогноз становится сомнительным, показана II группа инвалидности.	Способность к: самообслуживанию — ФК3 трудовой деятельности — ФК3

#### 5.12.4. Синдром недержания мочи

##### 5.12.4.1. Недержание мочи функциональной природы:

а) гиперактивный мочевой пузырь, б) ночное недержание мочи (энурез)

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
ФК1	<p><b>Гиперактивный мочевой пузырь:</b> частое (более 8 раз в 1 сут) мочеиспускание, императивный позыв, недержание мочи, страдают чаще женщины. Диагностика (методы): анамнез, дневник мочеиспускания за 2–3 сут, урофлоуметрия, снижение функциональной емкости мочевого пузыря до 100–150 мл, ретроградная цистометрия (при необходимости).</p> <p><b>Энурез</b> с редкими (1–2 раза в 1 мес.) и умеренными проявлениями (1–2 раза в неделю). Диагностика: энурез <i>первичный</i> — анамнез с раннего детства; <i>вторичный</i> — в подростковом возрасте после испуга; невыраженная гиперрефлексия детрузора, характерен глубокий ночной сон, используется проба со снотворным препаратом.</p>	Способность к: передвижению — ФК1 трудовой деятельности — ФК1
ФК2	<b>Энурез</b> с частыми проявлениями (2–3 раза в неделю).	

#### 5.12.4.2. Недержание мочи органической природы:

*а) неврогенное недержание мочи, б) анатомическое повреждение сфинктерного аппарата и anomalies мочевого пузыря и мочеточников, в) стресс-недержание, г) сморщенный мочевой пузырь*

<b>Функциональный класс нарушений</b>	<b>Клинико-функциональная характеристика нарушений</b>	<b>Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность</b>
Стресс-недержание мочи легкой степени <b>ФК1</b>	Причины: снижение тонуса сфинктерного аппарата мочевого пузыря в результате повторных родов, разрывов промежности и др. Симптоматика: недержание мочи при повышении внутрибрюшного давления (подъем тяжести, кашель, смех, вставание). Непостоянное выделение мочи при натуживании, подъеме тяжести, кашле, физической нагрузке.	Способность к: трудовой деятельности — ФК0, 1
Аномалии мочевого пузыря и мочеточников <b>ФК3, ФК4</b>	Клиника: постоянное истечение мочи, характерный анамнез, наличие анатомических изменений в зоне малого таза и мочевого пузыря. Возможна частичная компенсация гигиеническими средствами (памперсы). При ФК4 не компенсируется, т. к. применение гигиенических средств неэффективно.	Способность к: самообслуживанию — ФК3 передвижению — ФК1 обучению — ФК4 трудовой деятельности — ФК2, 3, 4
Недержание мочи органической природы <b>ФК-4</b>	Неврогенное недержание (незаторможенный корковый, неадаптированный спинальный, смешанный – при аномалиях и повреждениях ЦНС с вовлечением спинного мозга и позвоночника, миелорадикулитах). Симптоматика: отсутствие позыва к мочеиспусканию, постоянное выделение мочи из уретры, наличие остаточной мочи до 100 мл, отсутствие произвольного мочеиспускания, заболевания ЦНС и позвоночника. Диагностика: ретроградная цистометрия, цистография обычная и микционная, дневник мочеиспускания за 2–3 сут, неврологические признаки (снижение чувствительности в анально-промежностной зоне, нарушение рефлексов). Утрата функции до 100 %. Прогноз неблагоприятный.	Способность к: самообслуживанию — ФК3 передвижению — ФК4 обучению — ФК3 трудовой деятельности — ФК4

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
Анатомическое повреждение сфинктерного аппарата	<b>Анатомические повреждения</b> сфинктерного аппарата мочевого пузыря, аномалии мочевого пузыря и мочеточников: травмы (бытовые, огнестрельные), операции (аденомэктомия, радикальная простатэктомия, трансуретральная резекция и др.), экстрофия мочевого пузыря, тотальная эписпадия, эктопия устья мочеточника.	
<b>ФК2</b>	Постоянное истечение мочи при натуживании и физической нагрузке, положительный симптом «кашлевого толчка», опущение нижнего сегмента мочевого пузыря ниже верхнего края лонного сочленения на 1,5–2 см на цистограмме. Показано хирургическое лечение. Оценка жизнедеятельности зависит от результатов операции: удержание мочи – излечение, сохранение симптоматики – отсутствие эффекта.	Способность к: передвижению — ФК1, 2 трудовой деятельности — ФК1, 2
Рецидивное стресс-недержание <b>ФК3-4</b>	Возможна частичная компенсация (памперсы).	Способность к: самообслуживанию — ФК2, 3 обучению — ФК3 передвижению — ФК3, 4 трудовой деятельности — ФК3, 4
Сморщенный мочевой пузырь <b>ФК4</b>	Снижение емкости мочевого пузыря до 20–60 мл, емкость не увеличивается при назначении антихолинергических препаратов, спазмолитиков, незначительно повышается при наркозе, частота мочеиспускания до 20 раз/сут, недержание мочи, дизурия. Показана операция — кишечная пластика, но даже при положительных результатах трудоспособность ограничена. Недержание мочи развивается из-за нарушения адаптации детрузора и, как правило, сопровождается изменениями верхних мочевых путей. Диагностика: снижение емкости мочевого пузыря на цистограмме или при цистометрии, высокое внутрипузырное давление, расширение мочеточников и полостной системы почек, длительный анамнез заболевания мочевого пузыря.	Способность к: самообслуживанию — ФК3 обучению — ФК4 передвижению — ФК4 трудовой деятельности — ФК4

\* — ФК2 при утрате профпригодности и невозможности рационального трудоустройства.

## 6. ЭНДОКРИННЫЕ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ: МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ И ВЫЗВАННЫЕ ИМИ ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

### 6.1. Синдром Иценко-Кушинга

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК1</b>	<p><b>Соматические нарушения незначительные или легкие.</b> Диспластичное ожирение. Симптоматическая артериальная гипертензия I–II степени, электролитно-стероидная миокардиодистрофия с сердечной недостаточностью 1 стадии. Нарушение толерантности к глюкозе.</p> <p><b>Гормональные и метаболические нарушения.</b> Незначительное повышение уровня кортизола при сохранении нормогликемии, нормальных показателей электролитов.</p>	<p>Способность к:</p> <p>передвижению — ФК1</p> <p>трудовой деятельности — ФК1</p> <p>самообслуживанию — ФК0</p>
<b>ФК2</b>	<p><b>Соматические нарушения средней тяжести:</b></p> <p>Диспластичное ожирение. Симптоматическая артериальная гипертензия III степени, электролитно-стероидная миокардиодистрофия с сердечной недостаточностью 2А стадии. Развитие стероидного диабета. Остеопения (Т-критерий при денситометрии от -1 до -2,5).</p> <p><b>Гормональные и метаболические нарушения.</b> Умеренное повышение уровня кортизола, гипергликемия, незначительная гипокалие-, гипернатриемия.</p>	<p>Способность к:</p> <p>передвижению — ФК1, 2</p> <p>трудовой деятельности — ФК1, 2</p> <p>самообслуживанию — ФК0, 1</p>
<b>ФК3</b>	<p><b>Соматические нарушения тяжелые.</b> Прогрессирующее течение заболевания. Диспластичное ожирение. Симптоматическая артериальная гипертензия III степени, плохо поддающаяся коррекции. Электролитно-стероидная миокардиодистрофия с сердечной недостаточностью 2Б стадии. Остеопороз (отклонение Т-критерия при денситометрии более -2,5), патологические переломы. Тяжелый стероидный диабет. Мочекаменная болезнь с развитием ХПН.</p> <p><b>Гормональные и метаболические нарушения.</b> Выраженное повышение уровня кортизола, гипергликемия, требующая назначения двух и более препаратов для коррекции, стойкая гипокалие- и гипернатрие-, диспротеинемия.</p>	<p>Способность к:</p> <p>передвижению — ФК2, 3</p> <p>трудовой деятельности — ФК2, 3</p> <p>самообслуживанию ФК1, 2</p>



Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
ФК4	<p><b>Соматические нарушения крайне тяжелые.</b> Прогрессирующее течение заболевания со значительно выраженными моно- и полиорганными поражениями (миокардиодистрофия с сердечной недостаточностью 3 стадии, выраженные нарушения психики (стероидные психозы), мочекаменная болезнь с развитием терминальной стадии ХПН и др.).</p> <p><b>Гормональные и метаболические нарушения.</b> Выраженное повышение уровня кортизола, стойкая гипергликемия, выраженная гипокалие- и гипернатрие-, диспротеинемия, упорный лейкоцитоз и эритремия.</p>	<p>Способность к:  передвижению — ФК3, 4  трудовой деятельности — ФК3, 4  самообслуживанию — ФК2, 3, 4</p>

### *6.2. Первичная недостаточность коры надпочечников*

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
ФК1	<p><b>Соматические нарушения незначительные или легкие (легкая степень ХНН).</b> Легкие нарушения со стороны сердечно-сосудистой и эндокринной системы: умеренная астения (снижение массы тела менее 10 % от нормальной, тенденция к тахикардии, систолическое АД — 100–110 мм рт. ст., гипогликемические приступы после приема сладкой пищи и др.). Необходимость в эпизодическом приеме глюкокортикоидов, половых гормонов.</p> <p><b>Гормональные и метаболические нарушения.</b> Уровень кортизола в крови в норме, в течение дня снижается, показатель АКТГ – повышен.</p>	<p>Способность к:  передвижению — ФК1  трудовой деятельности — ФК1  самообслуживанию — ФК0</p>

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
ФК2	<p><b>Соматические нарушения средней тяжести (среднетяжелая степень ХНН).</b> Умеренные нарушения со стороны сердечно-сосудистой и эндокринной системы: умеренная астения (снижение массы тела до 20 % от нормальной), тахикардия, систолическое АД — 90–80 мм рт. ст., гипогликемические приступы, нарушения половой сферы, снижение либидо у мужчин. Необходимость в постоянной гормональной заместительной терапии (глюкокортикоиды, половые гормоны).</p> <p><b>Гормональные и метаболические нарушения:</b> Умеренное снижение уровня кортизола в крови, повышение уровня АКТГ. Гиперкалие-, гипонатриемия, эпизоды гипогликемии.</p>	<p>Способность к:</p> <p>передвижению — ФК1, 2</p> <p>трудовой деятельности — ФК1, 2</p> <p>самообслуживанию — ФК0, 1</p>
ФК3	<p><b>Соматические нарушения тяжелые (тяжелая степень ХНН).</b> Выраженные нарушения со стороны сердечно-сосудистой и эндокринной системы: выраженная астения (снижение массы тела свыше 30 % от нормальной), тахикардия, систолическое АД — ниже 80 мм рт. ст., аддисоновские кризы и др. Необходимость в постоянной гормональной заместительной терапии (глюко- и минералокортикоиды, половые гормоны).</p> <p><b>Гормональные и метаболические нарушения.</b> Выраженное снижение уровня кортизола в крови, повышение содержания АКТГ. Выраженная гиперкалие-, гипонатрие-, гипогликемия.</p>	<p>Способность к:</p> <p>передвижению — ФК2, 3</p> <p>трудовой деятельности — ФК2, 3</p> <p>самообслуживанию — ФК1, 2</p>
ФК4	<p><b>Соматические нарушения крайне тяжелые.</b> Прогрессирующее течение заболевания со значительно выраженными моно- и полиорганными поражениями (частые аддисоновские кризы, выраженные нарушения психики (психозы) и др.).</p> <p><b>Гормональные и метаболические нарушения.</b> Значительно выраженное снижение уровня кортизола в крови, повышение содержания АКТГ. Выраженная гиперкалие-, гипонатрие-, гипогликемия.</p>	<p>Способность к:</p> <p>передвижению — ФК3, 4</p> <p>трудовой деятельности — ФК3, 4</p> <p>самообслуживанию — ФК2, 3, 4</p>

### 6.3. Сахарный диабет

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК1</b>	<p><b>Соматические нарушения легкие.</b> Диабетическая нефропатия, стадия микроальбуминурии (микроальбуминурия 30–300 мг/сут или 20–200 мг/мин.); ХБП (хроническая болезнь почек) С1, С2, С3а стадии (рСКФ <math>\geq 45</math> мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>); ХПН 0, 1 стадии; диабетическая ретинопатия со снижением остроты зрения до 0,4–0,16 с коррекцией в лучше видящем глазу; диабетическая ангиопатия нижних конечностей с хронической артериальной недостаточностью (ХАН) I степени; синдром диабетической стопы 1 стадии; дистальная сенсорная и сенсомоторная диабетическая полиневропатия I стадии с легкими проявлениями (субклиническая стадия).</p> <p><b>Легкие метаболические нарушения.</b> Лабильное течение сахарного диабета, сопровождающееся легкими гипогликемическими состояниями*, купирующимися приемом глюкозы перорально независимо от частоты; редкими тяжелыми (до 3 раз в год) гипогликемическими состояниями* с потерей сознания, требующими парентерального введения глюкозы или глюкагона; диабетическим кетоацидозом легкой степени** тяжести (независимо от частоты), умеренной степени тяжести** с редкими эпизодами (до 3 раз в год).</p>	<p>Способность к: передвижению — ФК1 трудовой деятельности — ФК0, 1 обучению — ФК0, 1</p>
<b>ФК2</b>	<p><b>Соматические нарушения умеренные.</b> Диабетическая нефропатия, ХБП С3б стадии (рСКФ 44–30 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>), ХПН 2 стадии или нефропатия независимо от стадии со стойкой умеренной протеинурией (более &gt;1,0 г/сут); диабетическая ретинопатия со снижением остроты зрения от 0,11 до 0,15 с коррекцией в лучше видящем глазу; дистальная сенсорная и сенсомоторная диабетическая полиневропатия II стадии с умеренными сенсомоторными и автономными нарушениями (стадия клинических проявлений); диабетическая ангиопатия нижних конечностей с ХАН II степени; синдром диабетической стопы 2, 3 стадии; ампутационные культы (при наличии которых устанавливается III группа инвалидности, согласно перечню анатомических дефектов).</p>	<p>Способность к: передвижению — ФК1, 2 трудовой деятельности — ФК1, 2 обучению — ФК1, 2 самообслуживанию — ФК1, 2 ориентации — ФК2</p>

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
	<p><b>Умеренные метаболические нарушения.</b> Лабильное течение сахарного диабета, сопровождающееся тяжелыми гипогликемическими состояниями* с потерей сознания, средней частоты (3–6 раз в год), требующими парентерального введения глюкозы или глюкагона; диабетическим кетоацидозом умеренной степени тяжести** средней частоты (3–6 раз в год) или тяжелым** кетоацидозом с частотой до 1 раза в год.</p>	
<b>ФК 3</b>	<p><b>Соматические нарушения выраженные.</b> Диабетическая нефропатия с ХПН 3 стадии; ХБП С4 стадии (рСКФ 29-15 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>) или нефропатия независимо от стадии со стойкой умеренной протеинурией (более &gt;3,0 г/сут); диабетическая пролиферативная ретино- или макулопатия со снижением остроты зрения от 0,05 до 0,1 с коррекцией в лучше видящем глазу; диабетическая ангиопатия нижних конечностей с ХАН III степени; синдром диабетической стопы 4, 5 стадии; ампутационные культы (при наличии которых устанавливается II группа инвалидности согласно перечня анатомических дефектов); дистальная сенсорная и сенсомоторная диабетическая полиневропатия III стадии с выраженными сенсомоторными и автономными нарушениями (стадия осложнений).</p> <p><b>Выраженные метаболические нарушения.</b> Лабильное течение сахарного диабета, сопровождающееся частыми (более 6 раз в год) тяжелыми гипогликемическими состояниями* с потерей сознания, требующими парентерального введения глюкозы или глюкагона; частыми эпизодами (более 6 раз в год) диабетического кетоацидоза умеренной степени тяжести** или тяжелым** кетоацидозом с частотой более 1 раза в год.</p>	<p>Способность к:  передвижению — ФК3  трудовой деятельности — ФК3, 4  обучению ФК3  самообслуживанию — ФК2, 3  ориентации — ФК3</p>
<b>ФК 4</b>	<p><b>Соматические нарушения резко выраженные.</b> Диабетическая пролиферативная ретинопатия со снижением остроты зрения в единственном или лучше видящем глазу от 0,04–0 (полная слепота); диабетическая нефропатия с ХПН 4 стадии; ХБП С5 стадии (рСКФ &lt;15 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>); почечно-заместительная терапия (программный гемодиализ, перитонеальный диализ, трансплантация почки); диабетическая ангиопатия обеих нижних конечностей с ХАН IV степени с развитием гангрены; ХАН IV степени одной нижней конечности в сочетании с культей бедра другой нижней конечности; ампутационные</p>	<p>Способность к:  передвижению — ФК3, 4  трудовой деятельности — ФК3, 4  обучению — ФК3, 4  самообслуживанию ФК3, 4  ориентации — ФК3, 4</p>

<b>Функциональный класс нарушений</b>	<b>Клинико-функциональная характеристика нарушений</b>	<b>Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность</b>
	культы (при наличии которых устанавливается I группа инвалидности согласно перечню анатомических дефектов).	

\* — **гипогликемия** — уровень глюкозы плазмы <2,8 ммоль/л, сопровождающийся клинической симптоматикой, или <2,2 ммоль/л независимо от симптомов.

\*\* — **классификация ДКА по степени тяжести:**

Показатели	Степень тяжести ДКА		
	легкая	умеренная	тяжелая
Глюкоза плазмы (ммоль/л)	>13	>13	>13
pH артериальной крови	7,25–7,30	7,0–7,24	<7,0
Бикарбонат сыворотки (ммоль/л)	15–18	10–15	<10
Кетоновые тела в моче	+	++	+++
Кетоновые тела в сыворотке	↑	↑↑	↑↑↑
Осмолярность плазмы (мосмоль/л)*	Варьирует	Варьирует	Варьирует
Анионная разница	>10	>12	>14
Нарушение сознания	Нет	Нет или сонливость	Сопор/кома

#### 6.4. Первичный гипотиреоз

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК1</b>	<p><b>Соматические нарушения незначительные или легкие.</b> Адинамия, утомляемость, лабильность АД, апатия, сонливость, запоры, отеки. Легкое урежение сердечного ритма (до 60 уд./мин). Легкая мышечная слабость, боли в области мышц.</p> <p><b>Гормональные и метаболические нарушения.</b> Гормонально компенсированный гипотиреоз, нормализация гормональных показателей на фоне заместительной гормональной терапии в среднетерапевтических дозах (1,6 мкг/кг/сут). Уровни Т<sub>3</sub>, Т<sub>4</sub>, св.Т<sub>3</sub>, св.Т<sub>4</sub> в норме или незначительно снижены, ТТГ повышен до 10 мМЕ/л.</p>	<p>Способность к: передвижению — ФК1 трудовой деятельности — ФК1 самообслуживанию — ФК0</p>
<b>ФК2</b>	<p><b>Соматические нарушения средней степени тяжести.</b> Брадикардия (до 50 уд./мин), лабильность АД, глухость сердечных тонов. Эндокринная миокардиодистрофия с сердечной недостаточностью Н2А стадии. Неврозоподобная симптоматика: гипорефлексия, замедление речи, скорости мышления, снижение памяти, умеренная или выраженная миотония, нейропатия, плотные отеки.</p> <p><b>Гормональные и метаболические нарушения.</b> Гормонально субкомпенсированный гипотиреоз на фоне адекватной заместительной гормональной терапии в среднетерапевтических дозах (уровни Т<sub>3</sub>, Т<sub>4</sub>, св.Т<sub>3</sub>, св.Т<sub>4</sub> понижены при повышенном уровне ТТГ &gt;10 мМЕ/л).</p>	<p>Способность к: передвижению — ФК1, 2 трудовой деятельности — ФК1, 2 самообслуживанию ФК0, 1</p>
<b>ФК3</b>	<p><b>Соматические нарушения тяжелые.</b> Брадикардия (до 40 уд./мин), глухость сердечных тонов, лабильность АД. Эндокринная миокардиодистрофия с сердечной недостаточностью Н2Б стадии. Выраженная мио-, нейропатия, шаткость походки, парестезии, замедление и выпадение рефлексов. Значительное снижение памяти, особенно долговременной. Нарушение вентиляции легких. Упорные запоры.</p> <p><b>Гормональные и метаболические нарушения.</b> Гормонально декомпенсированный гипотиреоз: уровни Т<sub>3</sub>, Т<sub>4</sub>, св.Т<sub>3</sub>, св.Т<sub>4</sub> резко снижены при повышенном уровне ТТГ &gt;40 мМЕ/л).</p>	<p>Способность к: передвижению — ФК2, 3 трудовой деятельности — ФК2, 3 самообслуживанию ФК1, 2</p>

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
ФК4	<p><b>Соматические нарушения крайне тяжелые.</b> Гормонально декомпенсированный гипотиреоз при неэффективности заместительной гормональной терапии, с значительно выраженными моно- и полиорганными поражениями (миокардиодистрофия с сердечной недостаточностью НЗ стадии, микседема с развитием гипотиреоидной комы, тяжелая миопатия с параличами, выраженные нарушения психики, острые и затяжные психозы и др.)</p> <p><b>Гормональные и метаболические нарушения.</b> Гормонально декомпенсированный гипотиреоз: уровни Т<sub>3</sub>, Т<sub>4</sub>, св.Т<sub>3</sub>, св.Т<sub>4</sub> резко снижены при повышенном уровне ТТГ &gt;40 мМЕ/л.).</p>	<p>Способность к: передвижению — ФК3,4 трудовой деятельности — ФК3,4 самообслуживанию — ФК2,3,4</p>

#### 6.5. Гипертиреоз

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
ФК1	<p><b>Соматические нарушения незначительные или легкие.</b> Вегетативно-сосудистая дисфункция, астенизация, повышенная раздражительность, возбудимость, мелкий тремор пальцев рук, век, языка. Стойкая тахикардия в пределах 20 % от средних возрастных показателей ЧСС, дефицит массы тела до 10 % от нормальной.</p> <p><b>Гормональные и метаболические нарушения.</b> Гормонально компенсированный легкий тиреотоксикоз, нормализация гормональных показателей на фоне заместительной гормональной терапии (уровень Т<sub>3</sub>, Т<sub>4</sub> на верхней границе нормы, ТТГ незначительно снижен).</p>	<p>Способность к: передвижению — ФК1 трудовой деятельности — ФК1 самообслуживанию — ФК0</p>

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
ФК2	<p><b>Соматические нарушения средней степени тяжести.</b> Общая и мышечная слабость, атрофия мышц, изменение тонуса в руках и ногах, астеноневротический и астенодепрессивный синдромы. Осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы: миокардиодистрофия с сердечной недостаточностью Н2А стадии, стойкая тахикардия в пределах 50 % от средних возрастных показателей ЧСС, повышение систолического АД. Дефицит массы тела до 20 % от нормальной. Аутоиммунная офтальмопатия 1–2 стадии.</p> <p><b>Гормональные и метаболические нарушения.</b> Гормонально субкомпенсированный тиреотоксикоз, отсутствие эффекта от консервативного лечения в течение 6 мес., рецидивы тиреотоксикоза на фоне тиреостатической терапии (уровень Т<sub>3</sub>, Т<sub>4</sub> умеренно повышен, ТТГ умеренно снижен).</p>	<p>Способность к: передвижению — ФК1, 2  трудовой деятельности — ФК1, 2  самообслуживанию ФК0, 1</p>
ФК3	<p><b>Соматические нарушения тяжелые.</b> Выраженные нарушения со стороны нервной и сердечно-сосудистой систем, органа зрения. Миокардиодистрофия с сердечной недостаточностью Н2Б стадии, стойкая тахикардия свыше 50 % от средних возрастных показателей ЧСС, мерцательная аритмия. Аутоиммунная офтальмопатия 2–3 стадии. Дефицит массы более 20 % от нормальной.</p> <p><b>Гормональные и метаболические нарушения.</b> Гормонально декомпенсированный тяжелый тиреотоксикоз, требующий назначения глюкокортикоидной терапии, рецидивы тиреотоксикоза и тиреотоксические кризы на фоне заместительной гормональной терапии (уровень Т<sub>3</sub>, Т<sub>4</sub> значительно повышен, ТТГ значительно снижен).</p>	<p>Способность к: передвижению — ФК2, 3  трудовой деятельности — ФК2, 3  самообслуживанию ФК1, 2</p>
ФК4	<p><b>Соматические нарушения крайне тяжелые.</b> Необратимые полиорганные поражения: миокардиодистрофия с сердечной недостаточностью Н3 стадии, офтальмопатия с резким снижением зрения на оба глаза, выраженные нарушения психики, центральной нервной системы и др. Тиреотоксический криз.</p> <p><b>Гормональные и метаболические нарушения.</b> Гормонально декомпенсированный тяжелый тиреотоксикоз, тиреотоксические кризы на фоне заместительной гормональной терапии.</p>	<p>Способность к: передвижению — ФК3, 4  трудовой деятельности — ФК3, 4  самообслуживанию ФК2, 3, 4.</p>



### 6.6. Синдром гипопаратиреоза

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК1</b>	<p><b>Соматические нарушения.</b> Парестезии при ограничениях поступления кальция с пищей, незначительное повышение судорожной готовности при значительной и очень значительной физической нагрузке. Коррекция диетой, эпизодическим или постоянным приемом препаратов кальция; эпизодическим приемом препаратов витамина D (или его аналогов).</p> <p><b>Метаболические нарушения.</b> Кальций крови в норме или гипокальциемия кратковременная, легко корригируется. Фосфор крови в норме.</p>	Способность к: трудовой деятельности — ФК0, 1
<b>ФК2</b>	<p><b>Соматические нарушения.</b> Признаки повышения судорожной готовности при умеренной физической нагрузке и значительной гипервентиляции, парестезии, эпизодические судороги (чаще кистей и стоп) при умеренной и значительной физической нагрузке или длительном напряжении мышц кистей или стоп. Необходимость постоянного приема среднетерапевтических доз препаратов кальция и витамина D (или его аналогов). Удлинение интервала QT на ЭКГ.</p> <p><b>Метаболические нарушения.</b> Гипокальциемия (за счет ионизированной фракции), гипокальциурия, гипер- или нормофосфатемия, гиперфосфатурия.</p>	Способность к: самообслуживанию — ФК1 передвижению — ФК1 обучению — ФК1 трудовой деятельности — ФК1, 2
<b>ФК3</b>	<p><b>Соматические нарушения.</b> Эпизод гипопаратиреоидного криза. Постоянная повышенная судорожная готовность. Стойкие патологические рефлексy, офтальмопатия, выраженные вегетативные нарушения, наличие начальных признаков моноорганной недостаточности, задержка роста у детей, множественный кариес. Гиперossiфикация скелета по данным остеоденситометрии. Патологические изменения РЭГ, ЭЭГ, удлинение интервала Q-T на ЭКГ. Зависимость от постоянной терапии высокими дозами производных витамина D и препаратами кальция, периодическая необходимость во введении глюконата кальция внутривенно. Низкая чувствительность к заместительной терапии.</p> <p><b>Метаболические нарушения.</b> Гипокальциемия &lt;1,9-2,0 ммоль/л (за счет ионизированной фракции &lt;1 ммоль/л). Гипокальциурия (или гиперкальциурия при повышении чувствительности и передозировке витамина D). Гиперфосфатемия (&lt;1,5 ммоль/л).</p>	Способность к: самообслуживанию — ФК1, 2 передвижению — ФК2 обучению — ФК2 трудовой деятельности — ФК2, 3

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
ФК4	<p><b>Соматические нарушения.</b> Нефрокальциноз, ХПН; другие виды значительно выраженной моно- и полиорганной недостаточности. Кальциноз сосудов головного мозга, кальцинаты в базальных ганглиях и других областях головного мозга с выраженной неврологической симптоматикой, психические нарушения, катаракты, резкие ограничения подвижности в суставах, частые рецидивы синусовой или предсердной пароксизмальной тахикардии (синдром удлинения Q-T). Длительно некомпенсируемый гипопаратиреоз или рефрактерный к заместительной терапии препаратами кальция и витамина D с развитием осложнений.</p>	<p>Способность к: самообслуживанию — ФК2, 3 ориентации — ФК2 передвижению — ФК3 обучению — ФК2, 3 трудовой деятельности — ФК3</p>

#### 6.7. Гипопитуитаризм

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
ФК2	<p><b>Соматические нарушения средней степени тяжести.</b> Гипопитуитаризм в стадии клинико-гормональной компенсации или субкомпенсации. Частичное выпадение или снижение гормонообразования в гипофизе, изолированная гипофункция одного или нескольких тропных гормонов.</p> <p><b>Гормональные и метаболические нарушения.</b> Нормальный или сниженный уровень гормонов периферических эндокринных желез (Т<sub>4</sub>, тестостерон, эстрадиол, кортизол и др.) и сниженный уровень тропных гормонов (ТТГ, АКТГ, ЛГ, ФСГ, МСГ, ГР) на фоне заместительной гормональной терапии. Постоянная заместительная гормональная терапия (кортикостероиды, тиреоидные гормоны, половые гормоны и др.).</p>	<p>Способность к: передвижению — ФК1, 2 трудовой деятельности — ФК1, 2 самообслуживанию — ФК0, 1</p>
ФК3	<p><b>Соматические нарушения тяжелые.</b> Гипопитуитаризм в стадии клинико-гормональной декомпенсации. Пангипопитуитаризм в стадии клинико-гормональной субкомпенсации. Прогрессирующая недостаточность функции всех желез внутренней секреции с тяжелыми</p>	<p>Способность к: передвижению — ФК2, 3</p>

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
	<p>нарушениями всех видов обмена. Вторичная гипофункция надпочечников, щитовидной и половых желез. Истончение и сухость кожных покровов, потеря аксиллярного оволосения, депигментация ареол, ломкость и выпадение волос. Резкая общая слабость и апатия, гипотермия, адинамия. Гипотония. Прогрессирующая атрофия гладкой и скелетной мускулатуры, внутренних органов (спланхомикриния). Выраженный гипогенитализм. Снижение или полное выпадение гонадотропной регуляции. Аменорея. У мужчин атрофируются яички, предстательная железа, олигоазооспермия.</p> <p><b>Гормональные и метаболические нарушения.</b> Низкий уровень гормонов периферических эндокринных желез (Т<sub>4</sub>, тестостерон, эстрадиол, кортизол) и сниженный уровень тропных гормонов (ТТГ, АКТГ, ЛГ, ФСГ, МСГ, ГР) на фоне заместительной гормональной терапии. Постоянная заместительная гормональная терапия (кортикостероиды, тиреоидные гормоны, половые гормоны и др.).</p>	<p>трудовой деятельности — ФК2, 3 самообслуживанию — ФК1, 2, 3</p>
ФК 4	<p><b>Соматические нарушения крайне тяжелые.</b> Пангипопитуитаризм в стадии клинико-гормональной декомпенсации. Прогрессирующее течение заболевания с резко выраженным нарушением всех видов обмена, развитием прогрессирующего истощения и значительно выраженными моно- и полиорганными поражениями.</p> <p><b>Гормональные и метаболические нарушения.</b> Низкий уровень гормонов периферических эндокринных желез (Т<sub>4</sub>, тестостерон, эстрадиол, кортизол) и низкий уровень тропных гормонов (ТТГ, АКТГ, ЛГ, ФСГ, МСГ, ГР) на фоне заместительной гормональной терапии. Постоянная заместительная гормональная терапия (кортикостероиды, тиреоидные гормоны, половые гормоны и др.).</p>	<p>Способность к: передвижению — ФК3, 4 трудовой деятельности — ФК3, 4 самообслуживанию — ФК2, 3, 4</p>

\* — ФК2 при утрате профпригодности и невозможности рационального трудоустройства.

## 7. БОЛЕЗНИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА, СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И ВЫЗВАННЫЕ ИМИ ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

### 7.1. Травматические и дегенеративные поражения суставов нижних конечностей

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК 1</b>	<p><b>Легкое нарушение статодинамической функции.</b> Боли периодические после длительной ходьбы. Снижение темпа ходьбы до 55–65 шагов в 1 мин, увеличение длительности двойного шага до 1,4–1,6 с, числа шагов до 140–160 для преодоления 100 м, сокращение расстояния ходьбы до 3 км. Амплитуда движений в коленном или тазобедренном суставе уменьшена в легкой степени до 25 % от физиологической нормы, укорочение нижней конечности на 1,5–3 см, гипотрофия мышц бедра 3 см, гипотрофия мышц голени 2 см, деформация сустава с увеличением периметра на 1,5–2 см, нарушение оси конечности — угол вальгусной деформации до 10°, варусной — до 15°, легкая нестабильность сустава с увеличением амплитуды девиации при нагрузочных тестах — переднезадняя не более 5 мм, при абдукционно-аддукционных тестах – не более 10° в исследуемом направлении, рентгенологически — I, II стадия изменений по Н.С. Косинской.</p> <p>Контрактура голеностопного сустава различной степени выраженности или анкилоз в функционально адаптированном положении: подошвенное сгибание стопы на 5–10°, таранно-пяточного сустава в среднем физиологическом положении.</p>	<p>Способность к: передвижению — ФК1 самообслуживанию — ФК0, 1 трудовой деятельности — ФК0, 1</p>
<b>ФК 2</b>	<p><b>Умеренное нарушение статодинамической функции.</b> Появление стартовых болей, их усиление через 1,5–2 км, умеренная хромота. Снижение темпа ходьбы до 40–&lt;50 шагов в 1 мин, увеличение длительности двойного шага до 1,7–2,3 с, укорочение шага, что требует увеличения числа шагов до 165–190 для преодоления 100 м, сокращение расстояния ходьбы до 1,5 км, дробность ходьбы — перерывы через каждые 500–1000 м. Амплитуда движений в коленном, тазобедренном суставе уменьшена в умеренной степени на 25–50 % от физиологической нормы, укорочение конечности от 3 до 7 см, гипотрофия мышц бедра от</p>	<p>Способность к: самообслуживанию — ФК1 передвижению — ФК2 трудовой деятельности — ФК1, 2</p>

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
	<p>3 до 6 см, гипотрофия голени от 2 до 4 см, нестабильность сустава переднезадняя более 5 до 10 мм, нестабильность сустава при абдукционно-аддукционных тестах от 10 до 15° в исследуемом направлении, вальгусная деформация оси конечности более 10 до 25°, варусная — от 15 до 30°, дефигурация сустава с увеличением периметра от 2 до 3 см, рентгенологически – II, III стадия изменений по Н.С. Косинской.</p> <p>Анкилоз коленного сустава в функционально адаптированном положении: сгибание до 10–15° (при субкомпенсированном функциональном состоянии позвоночника, прилежащих суставов, суставов контралатеральной конечности, рентгенологически I–II стадия изменений).</p>	
ФК3	<p><b>Выраженное нарушение статодинамической функции</b> Постоянные боли в суставах, усиливающиеся при движениях и нагрузке. Снижение темпа ходьбы — до 30-20 шагов в 1 мин, выраженное изменение походки из-за шатающейся хромоты, увеличение длительности двойного шага более 2,7–3 с, уменьшение коэффициента ритмичности ходьбы менее 0,53, сокращение расстояния передвижения менее 500 м, дробность его выполнения. Амплитуда движений в коленном, тазобедренном суставе уменьшена в выраженной степени от 50 до 75 % от физиологической нормы подвижности в суставе при условии фиксации функционально невыгодного положения — сгибании коленного сустава 40° и более или тазобедренного сустава 30° и более, укорочении конечности от 7 до 10 см, гипотрофии мышц бедра от 6 до 8 см, голени — от 3 до 5 см, выраженная нестабильность при двустороннем поражении крупных суставов с образованием болтающихся суставов, рентгенологически — III стадия по Н.С. Косинской, IV стадия по Келгрону.</p> <p>Анкилозы в функционально адаптированном положении: тазобедренного сустава в положении сгибания 20–30°, отведения 0–10°, ротация 0–10° (при субкомпенсированном функциональном состоянии позвоночника, прилежащих суставов, суставов контралатеральной конечности, рентгенологически II стадия изменений).</p>	<p>Способность к:  самообслуживанию — ФК2, 3  передвижению — ФК3  трудовой деятельности — ФК2, 3</p>

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
ФК4	<p><b>Резко выраженное нарушение статодинамической функции.</b> Боли постоянные, нарушающие ночной сон. Контралатеральное поражение конечностей (2-х крупных суставов – коленного или тазобедренного) с резко выраженными стойкими контрактурами, фиксирующими конечности в порочном положении и исключающими самостоятельную ходьбу с использованием технических средств передвижения, рентгенологически: IV стадия по Келгрону.</p>	<p>Способность к: самообслуживанию — ФК3,4 передвижению — ФК4 трудовой деятельности — ФК3,4</p>

### *7.2. Травматические и дегенеративные поражения суставов верхних конечностей*

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
ФК1	<p><b>Легкое нарушение локомоторной функции.</b> Боли периодические локальные после физической нагрузки. Амплитуда движений в плечевом, локтевом, лучезапястном суставе уменьшена в легкой степени до 25 % от физиологической нормы, укорочение верхней конечности до 6 см, гипотрофия мышц плеча 2 см, гипотрофия мышц предплечья 2 см, деформация сустава с увеличением периметра на 0,5–1 см, рентгенологически деформирующий артроз — I, II стадия изменений по Н.С. Косинской, периоститы, параартикулярные оссификации.</p> <p>Анкилоз, контрактура лучезапястного сустава вне зависимости от степени выраженности в функционально адаптированном положении: кисть в положении тыльного 15–20° сгибания с легким ульнарным отведением в 10–15°.</p>	<p>Способность к: передвижению — ФК0 самообслуживанию — ФК0, 1 трудовой деятельности — ФК0, 1</p>
ФК2	<p><b>Умеренное нарушение локомоторной функции.</b> Боли умеренные при движениях в суставе. Амплитуда движений в плечевом, локтевом суставе уменьшена в умеренной степени на 25–50 % от физиологической нормы, укорочение конечности более 6 см, гипотрофия мышц плеча более 2–4 см, гипотрофия мышц предплечья более 2–3 см,</p>	<p>Способность к: самообслуживанию — ФК1, 2 передвижению — ФК0</p>

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
	<p>дефигурация сустава с увеличением периметра на &gt;1,5-2 см, рентгенологически деформирующий артроз II, III стадии изменений по Н.С. Косинской.</p> <p>Анкилозы, выраженное или резко выраженное ограничение подвижности в функционально адаптированном положении: локтевого сустава – предплечье согнуто в локтевом суставе от нейтрального положения на 100–105°, предплечье с кистью в положение от нейтрального до полусупинации; плечевого сустава – плечо отведено от туловища на 60°, отклонено кпереди от фронтальной плоскости на 30° и ротировано кнаружи на 45°, так что кисть при согнутом положении локтя может касаться рта.</p> <p>Анкилоз, резко выраженная контрактура лучезапястного сустава в функционально неадаптированном положении.</p>	<p>трудовой деятельности — ФК1, 2</p>
<b>ФК3</b>	<p><b>Выраженное нарушение локомоторной функции.</b> Боли постоянные, ограничивающие движения в суставе. Амплитуда движений в плечевом, локтевом суставе уменьшена в выраженной степени от 50 до 75 % от физиологической нормы, суставы фиксированы в функционально неадаптированном положении, рентгенологически деформирующий артроз III стадии изменений по Н.С. Косинской, III–IV стадия по Келгрону.</p>	<p>Способность к: самообслуживанию — ФК2, 3 передвижению — ФК0 трудовой деятельности — ФК1, 2, 3</p>
<b>ФК4</b>	<p><b>Резко выраженное нарушение локомоторной функции.</b> Контралатеральное поражение конечностей: 2-х и более суставов плечевого и локтевого с обеих сторон с резко выраженными стойкими контрактурами, фиксирующими конечности в порочном положении и исключающими возможность самостоятельного самообслуживания.</p>	<p>Способность к: самообслуживанию — ФК 4 передвижению — ФК0 трудовой деятельности — ФК3, 4</p>

### 7.3. Костно-суставной туберкулез

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
ФК1	Туберкулез голеностопного сустава, суставов стопы. Туберкулезный остит, тендовагинит, синовит. Туберкулез лонного сочленения, крестцово-подвздошного сочленения (неосложненное течение). Легкие нарушения статодинамических функций: ФНС I ст.	Способность к: передвижению — ФК0, 1 трудовой деятельности — ФК0, 1
ФК2	Туберкулез голеностопного сустава, суставов стопы. Туберкулез лонного сочленения, крестцово-подвздошного сочленения (неосложненное течение). Умеренные нарушения статодинамических функций: ФНС II ст., анкилоз. Туберкулезный спондилит, коксит, гонит (неосложненное течение). Посттуберкулезный анкилоз или состояние после резекции суставов нижней конечности (тазобедренного, коленного, голеностопного).	Способность к: самообслуживанию — ФК0, 1 передвижению — ФК1, 2 трудовой деятельности — ФК2
ФК3	Туберкулез голеностопного сустава, суставов стопы. Туберкулез смежных суставов нижних конечностей. Туберкулез лонного сочленения, крестцово-подвздошного сочленения (осложненное течение). Туберкулезный спондилит, коксит, гонит (осложненное течение). Значительные нарушения статодинамических функций: ФНС III ст., нарушение функции опоры и ходьбы.	Способность к: самообслуживанию — ФК3 передвижению — ФК3 трудовой деятельности — ФК3
ФК4	Туберкулезный спондилит (осложненное течение с нарушением функции тазовых органов). Туберкулезный коксит (двусторонний). Туберкулез смежных суставов нижних конечностей. Резко выраженные нарушения статодинамических функций: ФНС IV ст., нарушение функции опоры и ходьбы.	Способность к: самообслуживанию — ФК3, 4 передвижению — ФК3, 4 трудовой деятельности — ФК4



#### 7.4. Хроническая артериальная недостаточность нижних конечностей

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
ФК1	<p><b>Легкие нарушения — ХАН I ст.</b> Повышенная усталость, перемежающаяся хромота при значительных физических нагрузках (быстрая ходьба на расстоянии 0,5–1 км), повышенная чувствительность к холоду. Сухость кожи, снижение волосяного покрова, тусклость ногтевых пластинок, снижение кожной температуры — на 1-2°. Ослабление пульсации на артериях стоп и задних большеберцовых, систолический шум в проекции крупных сосудов. Проба Оппеля слабоположительная в конце 2-й мин, Коллинза–Виленского — через 10–15 с, снижение реографического индекса до 25 %, индекс лодыжечного давления – ИЛД до 0,5.</p>	<p>Способность к: самообслуживанию — ФК0 передвижению — ФК1 трудовой деятельности — ФК0, 1</p>
ФК2	<p><b>Умеренные нарушения — ХАН II ст.</b> Перемежающаяся хромота через 100–200 м при обычном темпе ходьбы, зябкость стоп, судороги икроножных мышц, периодические боли в покое. Изменение цвета кожных покровов, чаще бледность, деформация и ломкость ногтевых пластинок, резкое снижение или отсутствие волосяного покрова, гипотрофия мышц, снижение кожной температуры стоп на 3–4°. Резкое снижение или отсутствие пульсации на артериях стоп и задней большеберцовой артерии, снижение пульсации на подколенной артерии, снижение пульсации и систолический шум на бедренных артериях. Проба Оппеля положительная через 40–60 с, Коллинза–Виленского через 20–30 с. Реографический индекс снижен до 50% от нормы и не нормализуется при нитроглицериновой пробе, ИЛД менее 0,5 и более 0,25.</p>	<p>Способность к: самообслуживанию — ФК0, 1 передвижению — ФК1 (при односторонней ХАН-2), ФК2 трудовой деятельности — ФК1, 2</p>

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
ФК3	<b>Выраженные нарушения — ХАН III ст.</b> Значительно выраженные признаки недостаточности периферического кровообращения нижних конечностей, проявляющиеся наличием болей в покое, перемежающейся хромотой через 10–25 м. Выраженные трофические изменения кожи в виде атрофии, багрово-цианотичные дистальные отделы конечностей, снижение температуры более 4°. Отек стоп, голеней, поверхностный некроз кожи (трещины, эрозии, язвы). Отсутствует пульсация на артериях стоп, задних большеберцовых, подколенных. Проба Оппеля положительная через 10–25 с. При реовазографическом исследовании наблюдается резкое снижение реографического индекса (до 0,02 Ом и менее), отсутствие реакции на нитроглицериновую пробу. ИЛД менее 0,25.	Способность к: самообслуживанию — ФК2, 3 передвижению — ФК2 (при односторонней ХАН-3 без трофических язв на опорной поверхности), ФК3 трудовой деятельности — ФК3, 4
ФК4	<b>Резко выраженные нарушения — ХАН IV ст.</b> Характеризуется глубоким некрозом тканей — сухой или влажной гангреной пальцев или более высоких отделов стопы с резко выраженным болевым синдромом, пациенты с культей бедра и значительным нарушением функции второй нижней конечности (ХАН III ст.).	Способность к: самообслуживанию — ФК3, 4 передвижению — ФК4 (при двустороннем поражении) трудовой деятельности — ФК3, 4

### *7.5. Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей*

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
ФК1	<b>Легкие нарушения — хроническая венозная недостаточность (ХВН) I степени.</b> Повышенная усталость, тяжесть, тупые распирающие боли в голених и стопах при длительном стоянии, ходьбе. Пастозность или отек стоп, голеностопных суставов. Разница в объеме конечностей утром и вечером достигает 1,5–2 см, полностью проходит за период	Способность к: самообслуживанию — ФК0 передвижению — ФК1 трудовой деятельности —

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
	ночного отдыха. Синюшность кожи после длительного пребывания на ногах, на реовазограмме (РВГ) индекс венозного оттока (ИВО) 0,2–0,5. При недостаточности клапанного аппарата появляются дыхательные волны до 5 мм.	ФК0, 1
<b>ФК2</b>	<b>Умеренные нарушения — ХВН II ст.</b> Характеризуется интенсивными болями, быстрым нарастанием чувства распирания в дистальных отделах конечностей в положении стоя, наличием судорог икроножных мышц в ночное время. Отек нижних конечностей не проходит за ночь, развивается прогрессирующее болезненное уплотнение подкожно-жировой клетчатки и гиперпигментация кожи дистальных отделов голени. Кожа истончается, появляются расчесы из-за периодического зуда, ссадины и ушибы длительно не заживают, на РВГ вершины волн уплощены, ИВО 0,5–0,7, смещение дикротического зубца в верхнюю часть катакроты. Частые тромбофлебиты (более 3 раз в год), дерматиты, рожистые воспаления. Расширение большой и/или малой подкожной вены. При УЗИ выявляется несостоятельность клапанов подкожных вен, отдельных клапанов бедренной и/или подколенной вены, появление ретроградного кровотока.	Способность к: самообслуживанию — ФК1 передвижению — ФК1 трудовой деятельности — ФК1, 2
<b>ФК3</b>	<b>Выраженные нарушения — ХВН III ст.</b> Характеризуется прогрессированием болевого синдрома и трофических расстройств. Значительное варикозное расширение подкожных вен. Кожа атрофируется, становится блестящей, шелушащейся, гиперпигментированной, совершенно неподвижной; склерозированная подкожная клетчатка, возникают тромбофлебиты, дерматиты, экзема, постоянные отеки голени и стопы, на фоне которых появляются трофические язвы, поддающиеся консервативному лечению. При УЗИ выявляется ретроградный кровоток бедренных, подколенных и вен голени. В костях голени развиваются периоститы, чаще вокруг малоберцовой кости. Реабилитационный прогноз сомнительный при частых (более 3 раз в год) тромбофлебитах.	Способность к: самообслуживанию — ФК2, 3 передвижению — ФК2 (при одностороннем поражении), ФК3 трудовой деятельности — ФК2, 3
<b>ФК4</b>	<b>Резко выраженные нарушения – ХВН IV ст.</b> Боли приобретают постоянный характер, значительный отек не только стопы, голени, но и бедра. Атрофия кожи, фиброз и индурация подкожной клетчатки. Язвы обширные до 15–20 см <sup>2</sup> , захватывающие опорные поверхности стоп, не поддающиеся лечению ввиду сопутствующей хронической	Способность к: самообслуживанию — ФК3,4

<b>Функциональный класс нарушений</b>	<b>Клинико-функциональная характеристика нарушений</b>	<b>Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность</b>
	артериальной недостаточности, частые рецидивы рожистого воспаления, периоститы, остеопороз костей стопы, голеностопного сустава. При УЗИ выявляется ретроградный кровоток на всем протяжении вен бедер, голеней, клапанная недостаточность глубоких вен или полная их непроходимость после перенесенных тромбозов. Наблюдается тахикардия, сердечная недостаточность.	передвижению — ФК4 (при двустороннем поражении) трудовой деятельности — ФК3, 4

## 8. ЗАБОЛЕВАНИЯ СИСТЕМЫ КРОВЕТВОРЕНИЯ И ВЫЗВАННЫЕ ИМИ ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

### 8.1. Гемофилия А, Б (геморрагический синдром — гематомный тип)

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК1</b>	<p><b>Легкая форма.</b> Уровень VIII (или IX) фактора свертывания крови &gt;5 %. <i>Клиника:</i> отсутствие или наличие осложнений (последствий) вследствие перенесенных гемартрозов, межмышечных гематом, массивных кровотечений после травм и операций, нарушения опорно-двигательного аппарата (хронические остеоартрозы) с легкими контрактурами, незначительными атрофиями и снижением силы мышц. <i>Заместительная терапия:</i> внутривенное введение препаратов VIII или IX факторов после травм и с профилактической целью при риске оперативных вмешательств.</p>	<p>Способность к: самообслуживанию — ФК0, 1 передвижению — ФК1 трудовой деятельности — ФК1</p>
<b>ФК2</b>	<p><b>Форма средней тяжести.</b> Уровень фактора VIII (или IX) от 3 до 5 %. <i>Клиника:</i> редкие спонтанные кровоизлияния в крупные суставы, межмышечные и забрюшинные гематомы, гемартрозы, массивные кровотечения после травм и операций. Нарушения опорно-двигательного аппарата (обострения хронических остеоартрозов), вторичный ревматоидный синдром с контрактурами средней степени тяжести (уменьшение амплитуды подвижности в суставах на 30–60 %), умеренная гипотрофия мышц, умеренная недостаточность связок, деформация суставов, анемия). <i>Заместительная терапия:</i> внутривенное введение препаратов VIII или IX факторов каждые 2–4 недели.</p>	<p>Способность к: самообслуживанию — ФК1 передвижению — ФК2 трудовой деятельности — ФК2</p>
<b>ФК3</b>	<p><b>Тяжелая форма.</b> Уровень фактора VIII (или IX) от 0 до 3 %. <i>Клиника:</i> спонтанные кровоизлияния в крупные суставы, межмышечные и забрюшинные гематомы, массивные кровотечения при травмах, кровоизлияния в органы брюшной полости. Почечные, желудочно-кишечные кровотечения. Прогрессирующие нарушения опорно-двигательного аппарата (частые острые гемартрозы, обострения хронических остеоартрозов), вторичный ревматоидный синдром, анемия. Выраженная</p>	<p>Способность к: самообслуживанию — ФК2, 3 передвижению — ФК2, 3 трудовой деятельности — ФК3, 4</p>

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
	недостаточность суставов вследствие выраженных сгибательных контрактур, деформации их из-за инконгруентности суставных поверхностей, резкой атрофии мышц. Стенозирование верхних дыхательных путей, анемия. <i>Заместительная терапия:</i> еженедельное (не реже) внутривенное введение препаратов VIII или IX факторов свертывания крови в возрастающих дозах (из-за образования ингибитора VIII и IX факторов).	
<b>ФК4</b>	<b>Тяжелая форма.</b> Уровень фактора VIII (или IX) от 0 до 3 %. Спонтанные кровоизлияния в суставы, органы брюшной полости; нарушение функции внутренних органов в стадии суб- и декомпенсации, резко выраженные контрактуры крупных суставов в функционально невыгодном положении, резко нарушающие ходьбу, самообслуживание.	Способность к: самообслуживанию — ФК3, 4 передвижению — ФК4 трудовой деятельности — ФК4

Примечание — все пациенты гемофилией имеют высокий риск инфицирования вирусами гепатита В, С, D (дельта), могут быть зависимы от интерферонотерапии.

### 8.2. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (капиллярный тип геморрагического синдрома)

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК1</b>	<b>Легкое течение.</b> Уровень тромбоцитов выше $50,0 \times 10^9/\text{л}$ .	Способность к: трудовой деятельности — ФК0, 1
<b>ФК2</b>	<b>Течение средней тяжести.</b> Снижение уровня тромбоцитов менее $40,0-50,0 \times 10^9/\text{л}$ . <i>Клиника:</i> риск геморрагического инсульта при физическом и психическом напряжении, хроническая постгеморрагическая анемия (легкой степени).	Способность к: самообслуживанию — ФК1 передвижению — ФК1, 2

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
	<i>Состояние после эффективной спленэктомии:</i> необходимость интенсивного динамического наблюдения в течение 6–12 мес.	трудовой деятельности — ФК2
ФК3	<b>Тяжелое течение.</b> Снижение уровня тромбоцитов менее $30,0 \times 10^9/\text{л}$ . <i>Клиника:</i> частые геморрагические осложнения. Риск геморрагического инсульта при физическом и психическом напряжении, хроническая постгеморрагическая анемия, стероидный диабет, рецидивирующие инфекции, синдром гиперкортицизма. Постоянный прием глюкокортикостероидов.	Способность к: самообслуживанию — ФК1, 2 передвижению — ФК2, 3 трудовой деятельности — ФК3, 4
ФК4	<b>Состояние после неэффективной спленэктомии.</b> Сохранение снижения уровня тромбоцитов менее $30,0 \times 10^9/\text{л}$ . <i>Клиника:</i> частые геморрагические осложнения. Риск геморрагического инсульта при физическом и психическом напряжении, хроническая постгеморрагическая анемия, стероидный диабет, рецидивирующие инфекции, синдром гиперкортицизма. Зависимость от лекарств: постоянный прием глюкокортикостероидов, курсовая терапия цитостатическими препаратами в качестве иммунодепрессантов.	Способность к: самообслуживанию — ФК2, 3 передвижению — ФК4 трудовой деятельности — ФК4

### 8.3. Эритремия (истинная полицитемия)

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
ФК1	<b>Стадия 1. Эритремия I ст.</b> Кожный зуд. Начальные признаки плеторы, артериальное давление в пределах нормы или артериальная гипертензия I ст. Селезенка не увеличена. Умеренный эритроцитоз. Применяются кровопускание, симптоматическая терапия: антиагреганты, антигистаминные препараты. Нет тромбозов и геморрагических осложнений.	Способность к: передвижению — ФК0, 1 трудовой деятельности — ФК1

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК2</b>	Умеренная плетора (гемоглобин >170 г/л у мужчин, >160 г/л у женщин). Артериальная гипертензия II ст. Умеренная спленомегалия обусловлена плеторой: величина селезенки может уменьшаться на фоне кровопускания. Гепатомегалия, кожный зуд. Кровопускания производятся не реже одного раза в 2–3 мес. Эритромелалгия: эритроцитемия или с тромбоцитозом, или панмиелоз и нейтрофилез в крови. Симптоматическая терапия: антиагреганты и гипотензивные препараты. Нет показаний для назначения цитостатической терапии. Возможны тромбозы артериальных и венозных сосудов, геморрагические осложнения.	Способность к: самообслуживанию — ФК1, 2 передвижению — ФК2 трудовой деятельности — ФК2, 3
<b>ФК3</b>	<b>Стадия 2а.</b> Симптом выраженной плеторы (гемоглобин >180 г/л), артериальная гипертензия II, III ст. Выраженная (необратимая) спленомегалия, склонность к тромбозам, геморрагическим осложнениям. Панцитоз с лейкоцитозом выше $15 \times 10^3$ в 1 мкм крови. Необходимость частых кровопусканий (через 1–2 мес.). Кроме симптоматической терапии назначаются цитостатические препараты.	Способность к: самообслуживанию — ФК2 передвижению — ФК3 трудовой деятельности — ФК3
<b>ФК4</b>	<b>Стадии 2б и 3 (терминальная).</b> Спленомегалия (миелоидная метаплазия селезенки), гепатомегалия. Наличие рецидивирующих тромботических осложнений (инфаркт миокарда, инсульт, инфаркт селезенки, тромбоз почечных артерий, сосудов конечностей), геморрагических осложнений, ДВС-синдром, истощение, тяжелая гипертензия III ст. Прогрессирующая анемия тяжелой степени (менее 70 г/л), тромбоцитопения — менее $30,0 \times 10^9$ /л, полицитопения, миелоидная метаплазия селезенки. Возможен исход в острый лейкоз, хронический миелолейкоз. Комплексная терапия, спленэктомия.	Способность к: самообслуживанию — ФК3, 4 передвижению — ФК3, 4 трудовой деятельности — ФК4



#### 8.4. Хронический миелолейкоз\*

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК2</b>	Стадия: развернутая доброкачественная (моноклоновая). Астенический синдром, лейкоцитоз со сдвигом до миелоцитов и промиелоцитов, присоединение анемии, тромбоцитопении, нарушения кровообращения в сосудистых бассейнах, ДВС-синдром, спленомегалия.	Способность к: самообслуживанию — ФК1 передвижению — ФК2 трудовой деятельности — ФК2
<b>ФК3</b>	Стадии: - хроническая фаза; - неуклонное прогрессирование; - заболевания с повышением дозы цитостатика; - осложнения химиотерапии (токсический гепатит, цирроз), спленомегалия. Пожизненный прием цитостатических препаратов. Необходимость усиления химиотерапии посредством присоединения новых противоопухолевых препаратов. Прогноз неблагоприятный.	Способность к: самообслуживанию — ФК2 передвижению — ФК3 трудовой деятельности — ФК3
<b>ФК4</b>	Стадии: - поздняя хроническая фаза; - фаза акселерации; - бластный криз. Прогноз в отношении жизни неблагоприятный на ближайшее время (3–6 мес.).	Способность к: самообслуживанию — ФК3 передвижению — ФК3, 4 трудовой деятельности — ФК4

\* — начальную стадию болезни определить не удастся. Болезнь, как правило, диагностируется в развернутой стадии (тотальной генерализации опухоли по костному мозгу).

### 8.5. Хронический лимфолейкоз

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК1</b>	Хронический лимфолейкоз: - доброкачественная медленно прогрессирующая форма; - лейкоцитоз более 80 тыс., лимфоцитоз. Нет спленомегалии. Рецидивирующая инфекция.	Способность к: трудовой деятельности — ФК0,1
<b>ФК2</b>	Хронический лимфолейкоз: - доброкачественная медленно прогрессирующая форма; - лейкоцитоз до 100 тыс., лимфоцитоз. Умеренные анемия, тромбоцитопения. Спленомегалия. Рецидивирующие инфекции.	Способность к: передвижению — ФК2 трудовой деятельности — ФК2
<b>ФК3</b>	Хронический лимфолейкоз: - доброкачественная медленно прогрессирующая форма; - опухолевая форма стадии А, В по Binet (гемоглобин >90 г/л). Имеется необходимость приема цитостатиков курсами или постоянно, а также глюкокортикоидов длительно.	Способность к: самообслуживанию — ФК1, 2 передвижению — ФК2, 3 трудовой деятельности — ФК3
<b>ФК4</b>	Хронический лимфолейкоз: - опухолевая форма С по Binet; - костномозговая форма В, С по Binet; - пролимфоцитарный вариант, стадия В, С по Binet; - волосатоклеточная форма. Прогноз в отношении жизни неблагоприятный на ближайшие 12 мес. Неуклонное прогрессирование заболевания, персистенция, инфекции на фоне вторичного иммунодефицита.	Способность к: самообслуживанию — ФК2, 3 передвижению — ФК3,4 трудовой деятельности — ФК4

**8.6. Острый лейкоз (для заболевших в возрасте старше 18 лет)\***

<b>Функциональный класс нарушений</b>	<b>Клинико-функциональная характеристика нарушений</b>	<b>Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность</b>
<b>ФК4</b>	<b>Первый год</b> болезни и период индукции и консолидации ремиссии. Интенсивная терапия цитостатическими противоопухолевыми препаратами с программной полихимиотерапией, крайне неблагоприятный прогноз в отношении жизни на ближайшее время, высокий риск рецидива в течение первого года.	Способность к: самообслуживанию — ФК2, 3 передвижению — ФК2, 3, 4 трудовой деятельности — ФК4 (возможно на дому (интеллектуальный труд) при устойчивой трудовой установке)
<b>ФК4</b>	<b>Второй и третий год</b> – продолжение противорецидивной терапии цитостатическими противоопухолевыми препаратами. Больной получает ежемесячно курсы полихимиотерапии, которые сопровождаются панцитопеническим синдромом (лейко-, тромбоцитопения, анемия), токсические гепатиты.	Способность к: самообслуживанию — ФК2, 3 передвижению — ФК3 трудовой деятельности — ФК3
<b>ФК3</b>	<b>Четвертый и пятый год</b> – возможна стойкая ремиссия при наличии осложнений проведенной терапии. Признаки депрессии кроветворения (анемия, лейко-, тромбоцитопения умеренная). Склонность к частым простудным заболеваниям, рецидивированию инфекций. Патология печени – токсический (после интенсивной полихимиотерапии) или инфекционный гепатит (после трансфузионной терапии).	Способность к: самообслуживанию — ФК2 передвижению — ФК3 трудовой деятельности: с физической нагрузкой — ФК3; интеллектуальный труд — ФК2

\* — начальную стадию болезни определить не удастся. Болезнь, как правило, диагностируется в развернутой стадии (тотальной генерализации опухоли по костному мозгу).

### 8.7. Миелодиспластический синдром\*

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК3</b>	Миелодиспластический синдром, формы: - рефрактерная анемия. Стойкая анемия <70 г/л в сочетании с лейко- и/или тромбоцитопенией. Полной нормализации показателей крови достигнуть не удастся. Позже присоединяются симптомы посттрансфузионного гемосидероза, приводящего к нарушению функции печени, поджелудочной железы. ХПН.	Способность к: самообслуживанию — ФК2, 3 передвижению — ФК3 трудовой деятельности — ФК3
<b>ФК4</b>	Миелодиспластический синдром, формы: - рефрактерная анемия с избытком бластов; - хронический миеломоноцитарный лейкоз. Прогноз в отношении жизни неблагоприятный в течение 1 года, т. к. происходит трансформация в острый миелобластный лейкоз, отличающийся первичной резистентностью к полихимиотерапии.	Способность к: самообслуживанию — ФК3 передвижению — ФК4 трудовой деятельности — ФК4

\* — начальную стадию болезни определить не удастся. Болезнь, как правило, диагностируется в развернутой стадии (тотальной генерализации опухоли по костному мозгу).

### 8.8. Апластическая анемия\*

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК4</b>	Апластическая анемия, тяжелая форма. Нормохромная анемия, лейкоцито- и тромбоцито-, панцитопения. Уровень гранулоцитов менее $0,5 \times 10^9/\text{л}$ , уровень агранулоцитов менее $0,7 \times 10^9/\text{л}$ , уровень тромбоцитов менее $20,0 \times 10^9/\text{л}$ , уровень гемоглобина менее 70 г/л. Тяжелые персистирующие инфекции на фоне	Способность к: самообслуживанию — ФК3 передвижению — ФК3, 4 трудовой деятельности —

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
	агранулоцитоза, тяжелый геморрагический синдром. Непрерывное прогрессирование. Прогноз в отношении жизни неблагоприятный в течение 1 года (3-6 мес.).	ФК4

\*развитие заболевания внезапное или длительное время протекает скрыто

### 8.9. Сублейкемический миелоз\*

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК3</b>	Сублейкемический миелоз (первичный миелофиброз): развернутая стадия. Спленомегалия, анемия, портальная гипертензия, нефросклероз, артериальная гипертензия, тромбоцитопения, геморрагические осложнения, ДВС-синдром.	Способность к: самообслуживанию — ФК3 передвижению — ФК3 трудовой деятельности — ФК3, 4
<b>ФК4</b>	Сублейкемический миелоз: терминальная фаза. Прогрессирующая анемия <70 г/л, тромбоцитопения менее $30 \times 10^9/\text{л}$ , высокий бластоз, спленомегалия, компрессия желудка и кишечника, портальная гипертензия, истощение, лихорадка, рецидивирующие инфекции, сердечная, почечная, печеночная недостаточность. Прогноз неблагоприятный.	Способность к: самообслуживанию — ФК3 передвижению — ФК4 трудовой деятельности — ФК4

\* — начальную стадию болезни определить не удастся. Болезнь, как правило, диагностируется в развернутой стадии (тотальной генерализации опухоли по костному мозгу).

### 8.10. Множественная миелома\*

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК3</b>	<p>Множественная миелома:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- стадия I по Salmon и Durie;</li> <li>- хроническая (развернутая), вялотекущая формы.</li> </ul> <p>Гемоглобин более 100 г/л, уровень <math>Ca^{2+}</math> в сыворотке крови нормальный, отсутствие остеолиза или солитарный костный очаг, IgG &lt;50 г/л, IgA &lt;30 г/л, B<sub>2</sub> в моче &lt;4 г/сут; нормальная почечная функция. Гепато- и/или спленомегалия. Монохимиотерапия эффективна у 75% больных.</p>	<p>Способность к:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>самообслуживанию — ФК3</li> <li>передвижению — ФК3</li> <li>трудовой деятельности — ФК3, 4</li> </ul>
<b>ФК4</b>	<p>Множественная миелома:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- стадия II, III по Salmon и Durie;</li> <li>- терминальная стадия.</li> </ul> <p>Стадия II — показатели, средние между I и III стадией.</p> <p>Стадия III — гемоглобин &lt;85 г/л, уровень <math>Ca^{2+}</math> в сыворотке &gt;12 мг на 100 мл, высокий уровень М-компонента, IgG &gt;70 г/л, IgA &gt;50 г/л, B<sub>2</sub> в моче &gt;12 г/сут. Выраженный болевой синдром. Множественные остеодеструктивные очаги в опорных частях скелета, патологические переломы, прорастание опухоли в мягкие ткани, метастазы во внутренние органы и мозговые оболочки, появление тромбоцитопении, лейкомизация опухоли, почечная, печеночная, сердечная недостаточность, инфекционные осложнения, синдром повышенной вязкости крови; тромбозы, инфаркты внутренних органов, геморрагический синдром.</p>	<p>Способность к:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>самообслуживанию — ФК4</li> <li>общению — ФК2</li> <li>передвижению — ФК4</li> <li>трудовой деятельности — ФК4</li> </ul>

\* — начальную стадию болезни определить не удастся. Болезнь, как правило, диагностируется в развернутой стадии: (тотальной генерализации опухоли по костному мозгу).

## 9. ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ВЫЗВАННЫЕ ИМИ ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

### 9.1. Рак кожи

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК1</b>	Tis,I-2N0M0 после радикального лечения. Прогноз условно благоприятный для жизни. Осложнений нет.	Способность к: трудовой деятельности — ФК0, 1
<b>ФК2</b>	Tis,I-2N1M0, T3N0M0 после радикального лечения. Осложнения: рецидив рака кожи в течение 12–24 мес. после проведенного радикального лечения. Прогноз сомнительный.	Способность к: передвижению — ФК0,1 (в случае локализации патологического процесса в области крупных суставов нижних конечностей) трудовой деятельности — ФК1, 2
<b>ФК3</b>	Те же характеристики опухолевого процесса, что и при ФК1, 2, в случае, если после проведенного в полном объеме специального лечения не удастся достигнуть полного регресса опухоли или ее метастазов. T4N0-1M0 — показано специальное лечение или в течение 12–24 мес. после лечения. T1-4N0-1M1 — в случае эффективности специального лечения и стабилизации процесса; а также в течение 24–36 мес. после окончания лечения. Прогрессирование процесса (появление рецидива, регионарных и/или отдаленных метастазов) при показанности, проведении и эффективности проводимого специального лечения. Прогноз неблагоприятный.	Способность к: самообслуживанию — ФК0, 1, 2 передвижению — ФК0,1, 2, 3 трудовой деятельности — ФК2, 3
<b>ФК4</b>	T4N0-1M0 — в случае неэффективности проводимого специального лечения или невозможности его проведения вследствие распространенности процесса. T любая, N любая, M1 при наличии множественных метастазов и/или неэффективности	Способность к: самообслуживанию — ФК0,1, 2, 3, 4*

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
	лечения. Прогрессирование процесса (появление рецидива, регионарных и/или отдаленных метастазов) при неэффективности проводимого специального лечения или невозможности его проведения вследствие распространенности процесса. Выраженный паранеопластический синдром, препятствующий лечению и приводящий к необходимости в постоянном постороннем уходе и помощи. Прогноз абсолютно неблагоприятный.	передвижению — ФК0, 1, 2, 3, 4* трудовой деятельности — ФК4*

\* — ограничение жизнедеятельности других категорий зависит от локализации процесса и выраженности осложнений лечения и основного заболевания.

### 9.2. Меланома кожи

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК1</b>	Tis, 1-2N0M0 при 1-2 уровне инвазии по Кларку после проведенного радикального лечения. Прогноз условно благоприятный.	Способность к: передвижению — ФК0, 1 трудовой деятельности — ФК0, 1, 2
<b>ФК2</b>	Tis, 1-2N0M0 при 3 и более высоких уровнях инвазии по Кларку после проведенного радикального лечения. T3N0M0 при любом уровне инвазии по Кларку после проведенного радикального лечения. Прогноз сомнительный. Осложнения: некроз кожного лоскута и заживление раны вторичным натяжением (временная нетрудоспособность); умеренный лимфостаз; образование постлучевых язв.	Способность к: самообслуживанию — ФК0, 1, 2 передвижению при локализации на нижних конечностях — ФК0, 1, 2 трудовой деятельности — ФК2, 3



Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК3</b>	Т4N0M0; Tis, 1-4N1-2M0 при любом уровне инвазии по Кларку; показано специальное лечение или в течение 24-36 мес. после проведенного лечения. Прогрессирование процесса (появление рецидива или регионарных метастазов) при эффективности проводимого специального лечения. Осложнения: выраженный лимфостаз, образование постлучевых язв. Прогноз неблагоприятный.	Способность к: самообслуживанию — ФК0, 1, 2 передвижению — ФК0, 1, 2, 3 трудовой деятельности — ФК3, 4
<b>ФК4</b>	Т любая, N любая, M1 (в т.ч. и при диссеминации — множественных внутрикожных метастазах). Прогрессирование процесса (появление рецидива, регионарных и/или отдаленных метастазов) при невозможности проведения специального лечения или его неэффективности. Выраженный паранеопластический синдром, препятствующий лечению и приводящий к необходимости постоянного постороннего ухода и помощи.	Способность к: самообслуживанию — ФК0, 1, 2, 3, 4* передвижению — ФК0, 1, 2, 3, 4* трудовой деятельности — ФК4

\* — ограничение жизнедеятельности других категорий зависит от локализации процесса и выраженности осложнений лечения и основного заболевания.

### 9.3. Рак щитовидной железы

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК1</b>	Т1-2N0M0, возраст моложе 45 лет; гистологически — папиллярный или фолликулярный солитарный рак после радикального лечения (в случае если имеется остаточная тиреоидная ткань). Прогноз условно благоприятный. Легкие осложнения: послеоперационный гипотиреоз, компенсация; легкий парез возвратного нерва, компенсированный стеноз гортани I ст.	Способность к: общению — ФК0, 1 передвижению — ФК0, 1 трудовой деятельности — ФК0, 1, 2

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК2</b>	<p>T1-2N1aM0, возраст моложе 45 лет; гистологически – папиллярный или фолликулярный солитарный рак после радикального лечения. Прогноз сомнительный. Умеренные осложнения: послеоперационный гипотиреоз, субкомпенсация или компенсация; послеоперационный гипопаратиреоз, субкомпенсация, компенсация; умеренный парез (паралич) возвратного нерва; стеноз гортани I–II ст.; плечевая плексопатия, нейрогенная контрактура плеча; медикаментозный гипертиреоз.</p>	<p>Способность к: самообслуживанию — ФК0, 1 общению — ФК0, 1 передвижению — ФК0, 1 трудовой деятельности — ФК2</p>
<b>ФК3</b>	<p>T4N0-1aM0; T1-4N1bM0, гистологически — папиллярный или фолликулярный солитарный рак; если показано специальное лечение или в течение 12–24 мес. после проведенного лечения.</p> <p>T1-4N0-1M0, гистологически — недифференцированный, плоскоклеточный, медулярный рак; если показано специальное лечение или в течение 24–36 мес. после лечения.</p> <p>T1-4N0-1M1 в случае эффективности проводимого лечения. Резидуальный (оставленный) рак или рецидив рака в оставленной ткани; если показано специальное лечение или в течение 12–24 мес. после лечения.</p> <p>Прогрессирование процесса (появление регионарных и/или отдаленных метастазов) при показанности, проведении и эффективности специального лечения. Прогноз неблагоприятный. Выраженные осложнения: послеоперационный гипотиреоз, субкомпенсация или декомпенсация; послеоперационный гипопаратиреоз, субкомпенсационный, компенсационный; выраженный парез (паралич) возвратного нерва, стеноз гортани I–II ст.; плечевая плексопатия, нейрогенная контрактура плеча; медикаментозный гипертиреоз; парез возвратного нерва; стеноз гортани II ст.; постоянная трахеостома.</p>	<p>Способность к: самообслуживанию — ФК0, 1, 2, 3 общению — ФК0, 1, 2, 3 передвижению — ФК0, 1, 2, 3 трудовой деятельности — ФК3, 4*</p>

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
ФК4	T1-4N0-1M1 при невозможности проведения специального лечения или его неэффективности. Прогрессирование процесса (появление регионарных и/или отдаленных метастазов) при невозможности проведения специального лечения или его неэффективности. Выраженный паранеопластический синдром, препятствующий специальному лечению и приводящий к необходимости постоянного постороннего ухода и помощи. Прогноз абсолютно неблагоприятный.	Способность к: самообслуживанию — ФК0, 1, 2, 3, 4* общению — ФК0, 1, 2, 3* передвижению — ФК0, 1, 2, 3, 4* трудовой деятельности — ФК4

\* — ограничение жизнедеятельности других категорий зависит от наличия и выраженности осложнений лечения и основного заболевания.

#### 9.4. Опухоли головы и шеи

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
ФК1	Tis,1-2N0M0 (опухоль распространяется на одну анатомическую область) после проведенного радикального лечения. Прогноз условно благоприятный.	Способность к: трудовой деятельности — ФК0, 1, 2
ФК2	T3N0M0 (опухоль распространяется на две и более анатомические области) после проведенного радикального лечения. Прогноз сомнительный. Умеренные осложнения: трахеостома, постлучевой остеомиелит.	Способность к: общению — ФК0, 1, 2 трудовой деятельности — ФК2, 3
ФК3	Те же характеристики опухолевого процесса, что и при ФК1-2, в случае если после проведенного в полном объеме специального лечения не удастся достигнуть полного регресса опухоли или ее метастазов. Выраженные осложнения: эзофагостома; ороостома; постлучевой остеомиелит. T1-4N1-3M0, если показано	Способность к: общению — ФК0, 1, 2 трудовой деятельности — ФК3, 4*

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
	специальное лечение или в течение 24-36 мес. после лечения. Прогноз неблагоприятный.	
<b>ФК4</b>	T4N1-3M0 при невозможности проведения специального лечения вследствие распространенности процесса или при неэффективности проводимого лечения. Т любая, N любая, M1 при невозможности специального лечения или его неэффективности. Выраженный паранеопластический синдром, препятствующий лечению и приводящий к необходимости постоянного постороннего ухода и помощи. Прогноз абсолютно неблагоприятный. Осложнения: трахеостома; эзофагостома; оростома; постлучевой остеомиелит.	Способность к: самообслуживанию — ФК0, 1, 2, 3, 4* общению — ФК0, 1, 2, 3 передвижению — ФК0, 1, 2, 3, 4* трудовой деятельности — ФК4*

\* — ограничение жизнедеятельности других категорий зависит от наличия и выраженности осложнений лечения и основного заболевания.

### 9.5. Опухоли гортани

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК1</b>	Tis,1,2N0M0 после проведенного радикального лечения. Прогноз условно благоприятный.	Способность к: общению — ФК0, 1 передвижению — ФК0, 1 трудовой деятельности — ФК0, 1, 2

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК2</b>	Т3N0M0 в течение 12–24 мес. после проведенного радикального лечения. Прогноз сомнительный. Умеренно выраженные осложнения: постлучевой хондроперихондрит гортани.	Способность к: общению — ФК0, 1, 2 передвижению — ФК0, 1, 2 трудовой деятельности — ФК2, 3
<b>ФК3</b>	Те же характеристики опухолевого процесса, что и при ФК1, 2 в случае, если после проведенного в полном объеме специального лечения не удалось достигнуть полного регресса опухоли в течение 12–24 мес. Т1-3N1-3M0, если показано специальное лечение или в течение 24–36 мес. после проведенного лечения. Т4N0-3M0, в случае эффективности проводимого лечения или в течение 24–36 мес. после лечения. Прогрессирование процесса (рецидив, появление регионарных и/или отдаленных метастазов) при показанности, проведении и эффективности специального лечения. Т любая, N любая, M1 в случае возможности проведения лечения и его эффективности. Прогноз неблагоприятный.	Способность к: общению — ФК0, 1, 2, 3 передвижению — ФК0, 1, 2, 3 трудовой деятельности — ФК3, 4*
<b>ФК4</b>	Т4N0-3M0 при невозможности проведения лечения вследствие распространенности процесса или при неэффективности лечения. Прогрессирование процесса (рецидив, появление регионарных и/или отдаленных метастазов) в случае неэффективности лечения или невозможности его проведения вследствие распространенности процесса. Т любая, N любая, M при невозможности проведения лечения или его неэффективности. Выраженный паранеопластический синдром, препятствующий проведению специального лечения и приводящий к необходимости в постоянном постороннем уходе и помощи. Прогноз абсолютно неблагоприятный.	Способность к: самообслуживанию — ФК0, 1, 2, 3, 4* общению — ФК0, 1, 2, 3 передвижению — ФК0, 1, 2, 3, 4* трудовой деятельности — ФК4

\* — ограничение жизнедеятельности других категорий зависит от наличия и выраженности осложнений лечения и основного заболевания.

### 9.6. Опухоли легких

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК1</b>	Tis,1,2N0M0 (кроме мелкоклеточного рака) после проведенного радикального (хирургического) лечения при отсутствии осложнений. Прогноз условно благоприятный.	Способность к: передвижению — ФК0, 1 трудовой деятельности — ФК0, 1, 2
<b>ФК2</b>	T1-2N1M0 (кроме мелкоклеточного рака) в течение 12–24 мес. после радикального (хирургического) лечения. T3N0M0 (кроме мелкоклеточного рака) в течение 12–24 мес. после проведенного радикального (хирургического) лечения. При отсутствии осложнений лечения развитие легочно-сердечной недостаточности I, I–II ст. Прогноз сомнительный. Tis,1-3N0M0, гистологически — мелкоклеточный рак; в течение 24–36 мес. после радикального лечения.	Способность к: передвижению — ФК0, 1, 2, 3 трудовой деятельности — ФК0, 1, 2
<b>ФК3</b>	Tis,1-3N0-1M0 в течение 12–24 мес. после проведенного лучевого или химиолучевого лечения. T1-3N2-3M0, показано лечение или в течение 24–36 мес. после лечения. T4N0-3M0, показано лечение или в течение 24–36 мес. после лечения. Прогрессирование процесса (местный рост опухоли, появление рецидива, регионарных и/или отдаленных метастазов) в случае показанности, проведения и эффективности специального лечения. Прогноз неблагоприятный. Выраженные изменения: гидроторакс или эмпиема; остаточная плевральная полость; формирование торакоплеврального свища; развитие легочно-сердечной недостаточности II, II–III ст.	Способность к: самообслуживанию — ФК0, 1, 2, 3 общению — ФК0, 1 передвижению — ФК0, 1, 2, 3 трудовой деятельности — ФК3, 4*

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК4</b>	<p>T4N0-3M0 при невозможности проведения лечения вследствие распространенности процесса или при неэффективности лечения.  Т любая, N любая, M1.  Прогрессирование процесса (местный рост опухоли, появление рецидива, регионарных и/или отдаленных метастазов) при неэффективности лечения или невозможности проведения лечения вследствие распространенности процесса.  Выраженный паранеопластический синдром, препятствующий лечению и приводящий к необходимости постоянного постороннего ухода и помощи.  Прогноз абсолютно неблагоприятный. Осложнения: формирование торакоплеврального свища; развитие легочно-сердечной недостаточности III ст.</p>	<p>Способность к:  самообслуживанию — ФК0, 1, 2, 3, 4*  общению — ФК0, 1, 2  передвижению — ФК0, 1, 2, 3, 4*  трудовой деятельности — ФК4</p>

\* — ограничение жизнедеятельности других категорий зависит от наличия и выраженности осложнений лечения и основного заболевания.

### 9.7. Опухоли пищевода

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК1</b>	<p>T1N0M0 после проведенного радикального (хирургического) лечения. Прогноз условно благоприятный.</p>	<p>Способность к:  трудовой деятельности — ФК0, 1, 2</p>
<b>ФК2</b>	<p>T1N0M0 в течение 12–24 мес. после проведенного лучевого или химиолучевого лечения.  T2-3N0M0, гистологически — высоко- или умеренно дифференцированный рак, в течение 12–24 мес. после проведенного радикального (хирургического) лечения.  Прогноз сомнительный. Умеренные осложнения: умеренно выраженный постлучевой эзофагит; умеренно выраженная рубцовая стриктура.</p>	<p>Способность к:  трудовой деятельности — ФК2</p>

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК3</b>	<p>T2-3N0M0, гистологически — низкодифференцированный рак; в течение 12–24 мес. после радикального лечения.</p> <p>T1-2N1M0, при любом гистологическом строении опухоли; в течение 12–24 мес. после проведенного радикального лечения.</p> <p>T3N1M0; T4N0-1M0, показано специальное лечение или в течение 24–26 мес. после лечения. Прогрессирование процесса (появление рецидива, регионарных и/или отдаленных метастазов) в случае показанности, проведения и эффективности лечения. Прогноз неблагоприятный. Выраженные осложнения: выраженная рубцовая стриктура анастомоза; язва трансплантата с перфорацией; гастростома; недостаточность анального сфинктера; упадок питания II–III ст.; колостома или свищи-дезадаптации.</p>	<p>Способность к:</p> <p>самообслуживанию — ФК0, 1, 2</p> <p>передвижению — ФК0, 1, 2</p> <p>трудовой деятельности — ФК3, 4*</p>
<b>ФК4</b>	<p>T4N0-1M0, при невозможности проведения специального лечения вследствие распространенности процесса или при неэффективности лечения. T любая, N любая, M1.</p> <p>Прогрессирование процесса (рецидив, появление регионарных и/или отдаленных метастазов) при неэффективности проводимого лечения или невозможности его проведения из-за распространенности процесса. Выраженный паранеопластический синдром, препятствующий лечению и приводящий к необходимости постоянного постороннего ухода и помощи. Прогноз абсолютно неблагоприятный.</p>	<p>Способность к:</p> <p>самообслуживанию — ФК0, 1, 2, 3, 4*</p> <p>передвижению — ФК0, 1, 2, 3, 4*</p> <p>трудовой деятельности — ФК4</p>

\* — ограничение жизнедеятельности других категорий зависит от наличия и выраженности осложнений лечения и основного заболевания.



### 9.8. Опухоли желудка и кишечника

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК1</b>	T1-2N0M0, гистологически — высоко- или умеренно дифференцированный рак; после радикального лечения. Прогноз условно благоприятный при отсутствии осложнений.	Способность к: трудовой деятельности — ФК0, 1, 2
<b>ФК2</b>	Те же характеристики опухолевого процесса, что и при ФК1, но при прогностически неблагоприятном гистологическом строении опухоли — низко- или недифференцированный рак, саркома желудка и кишечника, для желудка также перстневидно-клеточный рак; в течение 12–24 мес. после проведенного радикального лечения. Прогноз сомнительный. Постгастрорезекционный синдром; агастральная астения; спаечная болезнь брюшной полости; колостома и формирование кишечных свищей при адаптации; вентральная грыжа; недостаточность анального сфинктера (после брюшно-анальной резекции прямой кишки) I, I–II ст.	Способность к: трудовой деятельности — ФК2
<b>ФК3</b>	T3-4N0M0; T1-2N1M0, гистологически — высоко- или умеренно дифференцированный рак; в течение 12-24 мес. после радикального лечения. T3-4N0M0; T1-2N1M0 при прогностически неблагоприятном клеточном строении опухоли — низко- или недифференцированный рак, саркома желудка и кишечника, для желудка также перстневидно-клеточный рак; показано специальное лечение или в течение 24–36 мес. после лечения. T3-4N1-3M0 при любом гистологическом строении опухоли; показано специальное лечение или в течение 24–36 мес. после лечения. Прогрессирование процесса (рецидив опухоли) при эффективности специального лечения или в течение 24–36 мес. после окончания лечения. Прогноз неблагоприятный. Выраженный ПГРС, колостома или свищи-дезадаптации.	Способность к: передвижению — ФК0, 1, 2 трудовой деятельности — ФК3, 4*
<b>ФК4</b>	T любая, N любая, M1. Прогрессирование процесса (появление рецидива, регионарных и/или отдаленных	Способность к: самообслуживанию —

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
	метастазов) при невозможности специального лечения вследствие распространенности процесса или при неэффективности проводимого лечения. Выраженный паранеопластический синдром, препятствующий лечению и приводящий к необходимости постоянного постороннего ухода и помощи. Прогноз абсолютно неблагоприятный.	ФК0, 1, 2, 3, 4 * передвижению — ФК0, 1, 2, 3, 4 * трудовой деятельности — ФК4

\* — ограничение жизнедеятельности других категорий зависит от наличия и выраженности осложнений лечения и основного заболевания.

### 9.9. Опухоли молочной железы

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
ФК1	Tis,1-2N0M0 после проведенного радикального лечения. Прогноз условно благоприятный. Легкие осложнения или их отсутствие.	Способность к: трудовой деятельности — ФК0, 1, 2
ФК2	T1-2N1M0; T3N0M0, в течение 12–24 мес. после проведенного радикального лечения. Прогноз сомнительный. Умеренные осложнения: постмастэктомический синдром, лимфостаз, контрактура; анемический синдром; лейкопения (легкой степени как следствие длительной химиотерапии).	Способность к: самообслуживанию — ФК0, 1 трудовой деятельности — ФК2
ФК3	T4N0M0; T1-2N2-3M0; T3-4N1-3M0, если показано специальное лечение или в течение 12-36 мес. после проведенного лечения. Прогрессирование процесса (рецидив, появление регионарных и/или отдаленных метастазов) в случае эффективности проводимого лечения. Выраженные осложнения. Т любая, N любая, M1 в случае показанности, проведения и эффективности лечения. Прогноз неблагоприятный.	Способность к: самообслуживанию — ФК0, 1, 2 трудовой деятельности — ФК3, 4*

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК4</b>	Т любая, N любая, M1 при неэффективности лечения или невозможности его проведения из-за распространенности процесса. Прогрессирование процесса (появление отдаленных метастазов) в случае невозможности специального лечения вследствие распространенности процесса. Выраженный паранеопластический синдром, препятствующий специальному лечению и приводящий к необходимости постоянного постороннего ухода и помощи. Прогноз абсолютно неблагоприятный.	Способность к: самообслуживанию — ФК0, 1, 2, 3, 4* передвижению — ФК0, 1, 2, 3, 4* трудовой деятельности — ФК4

\* — ограничение жизнедеятельности других категорий зависит от наличия и выраженности осложнений лечения и основного заболевания.

#### 9.10. Опухоли женских наружных половых органов

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК1</b>	Tis,1N0M0 после радикального лечения. Прогноз условно благоприятный. Легкие осложнения или их отсутствие.	Способность к: трудовой деятельности — ФК0, 1, 2
<b>ФК2</b>	T2N0M0 после радикального лечения. Прогноз сомнительный. Умеренный постлучевой эпителиит; умеренный лимфостаз; умеренный постлучевой цистит, ректит.	Способность к: передвижению — ФК0, 1, 2 трудовой деятельности — ФК2

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК3</b>	<p>Те же характеристики опухолевого процесса, что и при ФК1, 2, в случае, если после проведенного в полном объеме специального лечения не удалось достигнуть полного регресса опухоли.</p> <p>T1-2N1-2M0; T3-4N0-2M0, показано специальное лечение или в течение 24–36 мес. после проведенного лечения.</p> <p>Прогрессирование процесса (рецидив); показано специальное лечение или в течение 24–36 мес. после лечения. Прогноз неблагоприятный. Выраженный постлучевой некроэпителиит. Формирование ректовагинальных свищей. Выраженная спаечная болезнь брюшной полости, выраженный лимфостаз.</p>	<p>Способность к: передвижению — ФК0, 1, 2, 3          трудовой деятельности — ФК3, 4*</p>
<b>ФК4</b>	<p>T3-4N0-2M0 в случае невозможности проведения специального лечения из-за распространенности опухолевого процесса или неэффективности лечения.</p> <p>T любая, N любая, M1.</p> <p>Выраженный паранеопластический синдром, препятствующий специальному лечению и приводящий к необходимости постоянного постороннего ухода и помощи. Прогноз абсолютно неблагоприятный.</p>	<p>Способность к: самообслуживанию — ФК0, 1, 2, 3, 4*          передвижению — ФК0, 1, 2, 3, 4*          трудовой деятельности — ФК4</p>

\* — ограничение жизнедеятельности других категорий зависит от наличия и выраженности осложнений лечения и основного заболевания.

### 9.11. Опухоли шейки матки

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК1</b>	<p>Tis,1-2N0M0 после проведенного радикального лечения. Прогноз условно благоприятный. Легкие осложнения или их отсутствие.</p>	<p>Способность к: трудовой деятельности — ФК0, 1, 2</p>

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК2</b>	T1-2N1M0; T3N0M0, после проведенного радикального лечения. Прогноз сомнительный. Постлучевой эпителиит или некроэпителиит; постлучевой цистит, ректит; умеренная спаечная болезнь брюшной полости; умеренный лимфостаз нижних конечностей — обеих или выраженный — одной.	Способность к: передвижению — ФК0, 1 трудовой деятельности — ФК2, 3
<b>ФК3</b>	Те же характеристики опухолевого процесса, что и при ФК1, 2 в случае, если после проведенного в полном объеме специального лечения не удалось достигнуть полного регресса опухоли или ее метастазов. Постлучевой некроэпителиит; постлучевой цистит, ректит; выраженное формирование ректо- или уретровагинальных свищей; спаечная болезнь брюшной полости; выраженный лимфостаз обеих нижних конечностей. T4N0-1M0; T3N1M0, показано специальное лечение или в течение 24–36 мес. после лечения. Прогрессирование процесса (появление рецидива); показано специальное лечение или в течение 24–36 мес. после проведенного лечения. Прогноз неблагоприятный.	Способность к: передвижению — ФК0, 1, 2, 3 трудовой деятельности — ФК3, 4*
<b>ФК4</b>	T4N0-1M0, специальное лечение невозможно из-за распространенности процесса или лечение неэффективно. Т любая, N любая, M1. Прогрессирование процесса (рецидив, появление регионарных и/или отдаленных метастазов) при невозможности проведения лечения из-за распространенности процесса или при неэффективности лечения. Выраженный паранеопластический синдром, препятствующий специальному лечению и приводящий к необходимости постоянного постороннего ухода и помощи. Прогноз абсолютно неблагоприятный.	Способность к: самообслуживанию — ФК0, 1, 2, 3, 4* передвижению — ФК0, 1, 2, 3, 4* трудовой деятельности — ФК4

\* — ограничение жизнедеятельности других категорий зависит от наличия и выраженности осложнений лечения и основного заболевания.

### 9.12. Опухоли тела матки

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК1</b>	Tis,1N0M0 после радикального лечения. Прогноз условно благоприятный.	Способность к: трудовой деятельности — ФК0, 1, 2
<b>ФК2</b>	T2N0M0 после радикального лечения. Прогноз сомнительный. Умеренные осложнения: постлучевой эпителиит; постлучевой цистит, ректит; умеренная спаечная болезнь брюшной полости; умеренный лимфостаз нижних конечностей — обеих или выраженный — одной.	Способность к: передвижению — ФК0, 1 трудовой деятельности — ФК2
<b>ФК3</b>	Те же характеристики опухолевого процесса, что и при ФК1, 2, в случае если после проведенного в полном объеме специального лечения не удалось достигнуть регресса опухоли. T1-2N1M0; T3N0-1M0 в течение 12–24 мес. после радикального лечения. Саркома тела матки в течение 12–24 мес. после лечения. T4N0-1M0, показано специальное лечение или в течение 24–36 мес. после лечения. Прогноз неблагоприятный. Выраженные осложнения: формирование ректовагинальных свищей.	Способность к: передвижению — ФК0, 1, 2, 3 трудовой деятельности — ФК3, 4*
<b>ФК4</b>	T4N0-1M0, специальное лечение невозможно из-за распространенности процесса или лечение неэффективно. Т любая, N любая, M1. Выраженный паранеопластический синдром, препятствующий специальному лечению и приводящий к необходимости постоянного постороннего ухода и помощи. Прогноз абсолютно неблагоприятный.	Способность к: передвижению — ФК0, 1, 2, 3, 4* трудовой деятельности — ФК4

\* — ограничение жизнедеятельности других категорий зависит от наличия и выраженности осложнений лечения и основного заболевания.

### 9.13. Опухоли яичников и маточной трубы

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК1</b>	Tis,IN0M0 (кроме асцитной формы) после радикального лечения. Неэпителиальные (доброкачественная текома или доброкачественная гранулезоклеточная опухоль, фиброма) и герминогенные опухоли яичников (тератома) после проведенного радикального лечения. Прогноз условно благоприятный.	Способность к: трудовой деятельности — ФК0, 1, 2
<b>ФК2</b>	T2N0M0 (кроме асцитной формы) после радикального лечения. Прогноз сомнительный. Умеренные осложнения: умеренно выраженная спаечная болезнь брюшной полости; умеренный лимфостаз нижних конечностей; легкий анемический синдром, лейкопения (как следствие длительной химиотерапии).	Способность к: передвижению — ФК0, 1 трудовой деятельности — ФК2
<b>ФК3</b>	T1-2N0M0, асцитная форма, показано специальное лечение или в течение 12–24 мес. после лечения. T1-2N1M0; T3-4N0-1M0, показано специальное лечение или в течение 24–36 мес. после лечения. Неэпителиальные (злокачественная гранулезоклеточная опухоль) и герминогенные опухоли яичников (дисгерминома, тератобластома, эмбриональная карцинома); показано специальное лечение или в течение 24–36 мес. после лечения. Прогрессирование процесса (рецидив); показано специальное лечение или в течение 24–36 мес. после лечения. Прогноз неблагоприятный. Выраженные осложнения: выраженная спаечная болезнь брюшной полости; выраженный лимфостаз обеих нижних конечностей; выраженный анемический синдром, лейкопения (как следствие длительной химиотерапии); выраженная спаечная болезнь.	Способность к: передвижению — ФК0, 1, 2, 3 трудовой деятельности — ФК3, 4*

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК4</b>	<p>T4N0-1M0 при невозможности специального лечения из-за распространенности процесса или при неэффективности лечения.  Т любая, N любая, M1.  Прогрессирование процесса (появление рецидива, регионарных и/или отдаленных метастазов) при невозможности проведения специального лечения из-за распространенности процесса или неэффективности лечения. Выраженный паранеопластический синдром, препятствующий специальному лечению и приводящий к необходимости постоянного постороннего ухода и помощи.  Прогноз абсолютно неблагоприятный. Выраженные осложнения: спаечная болезнь брюшной полости; лимфостаз нижних конечностей; анемический синдром, лейкопения (как следствие длительной химиотерапии).</p>	<p>Способность к:  самообслуживанию — ФК0, 1, 2, 3, 4*  передвижению — ФК0, 1, 2, 3, 4*  трудовой деятельности — ФК4</p>

\* ограничение жизнедеятельности других категорий зависит от наличия и выраженности осложнений лечения и основного заболевания

#### 9.14. Опухоли почки

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК1</b>	<p>T1-2N0M0 при прогностически благоприятном гистологическом строении опухоли (светло- или темноклеточный рак; высокая или умеренная степень дифференцировки) после радикального лечения. Прогноз условно благоприятный.</p>	<p>Способность к:  трудовой деятельности — ФК0, 1, 2</p>
<b>ФК2</b>	<p>T1-2N0M0 при прогностически неблагоприятном гистологическом строении опухоли (низкая степень дифференцировки опухоли, веретенноклеточный рак) после радикального лечения.  T3N0M0 при прогностически благоприятном гистологическом строении опухоли после радикального лечения.</p>	<p>Способность к:  трудовой деятельности — ФК2</p>



Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
	<p>Саркома почки (при отсутствии отдаленных метастазов) после радикального лечения.</p> <p>Прогноз сомнительный. Умеренные осложнения: хронический пиелонефрит единственной почки; хроническая почечная недостаточность; латентная симптоматическая артериальная гипертензия I–II ст.</p>	
<b>ФК3</b>	<p>T3N0M0 при прогностически неблагоприятном гистологическом строении опухоли. T1-3N1M0, T4N0-1M0, показано специальное лечение или в течение 24–36 мес. после лечения.</p> <p>T любая, N любая, M1 в случае эффективности лечения.</p> <p>Прогрессирование процесса (появление рецидива в ложе удаленной почки, регионарных и/или отдаленных метастазов) при показанности, проведении и эффективности специального лечения.</p> <p>Прогноз неблагоприятный. Выраженные осложнения: ХПН в стадии компенсации.</p>	<p>Способность к: трудовой деятельности — ФК3, 4*</p>
<b>ФК4</b>	<p>T любая, N любая, M1 при невозможности проведения специального лечения из-за распространенности процесса или при неэффективности лечения. Прогрессирование процесса (появление рецидива, регионарных и/или отдаленных метастазов) при невозможности проведения специального лечения или его неэффективности.</p> <p>Выраженный паранеопластический синдром, препятствующий проведению специального лечения и приводящий к необходимости постоянного постороннего ухода и помощи. Прогноз абсолютно неблагоприятный. Выраженные осложнения: ХПН — интермиттирующая или терминальная стадия.</p>	<p>Способность к: самообслуживанию — ФК0, 1, 2, 3, 4* передвижению — ФК1, 2, 3, 4* трудовой деятельности — ФК4</p>

\* — ограничение жизнедеятельности других категорий зависит от наличия и выраженности осложнений лечения и основного заболевания.

### 9.15. Опухоли мочевого пузыря

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК1</b>	T1N0M0 после проведенного лечения. Прогноз условно благоприятный. Осложнения отсутствуют.	Способность к: трудовой деятельности — ФК0, 1, 2
<b>ФК2</b>	T1mN0M0 (мультицентрический рост) после проведенного лечения. T2N0M0; T2mN0M0 (мультицентрический рост) после проведенного лечения. Прогноз сомнительный. Осложнения умеренно выраженные: постлучевой цистит; умеренная ХПН.	Способность к: трудовой деятельности — ФК2
<b>ФК3</b>	T3-4N0M0, T1-4N1-3M0, показано специальное лечение или в течение 24–36 мес. после проведенного лечения. Прогрессирование процесса (рецидив, появление регионарных и/или отдаленных метастазов) при показанности, проведении и эффективности специального лечения или в течение 24–36 мес. после лечения. Прогноз неблагоприятный. Выраженные осложнения: выраженный постлучевой цистит; фиброз мочевого пузыря с образованием микроциста; ХПН; уретерокутанеостомы, уретеросигмостомы (после экстирпации мочевого пузыря).	Способность к: передвижению — ФК0, 1 трудовой деятельности — ФК3, 4*
<b>ФК4</b>	Те же характеристики опухолевого процесса, что и при ФК3, в случае невозможности проведения специального лечения или его неэффективности. Т любая, N любая, M1. Выраженный паранеопластический синдром, препятствующий специальному лечению и приводящий к необходимости постоянного постороннего ухода и помощи. Прогноз абсолютно неблагоприятный.	Способность к: самообслуживанию — ФК0, 1, 2, 3, 4* передвижению — ФК0, 1, 2, 3, 4 трудовой деятельности — ФК4*

\* — ограничение жизнедеятельности других категорий зависит от наличия и выраженности осложнений лечения и основного заболевания.

### 9.16. Опухоли яичка

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК1</b>	T1-2N0M0 при любом гистологическом строении опухоли после радикального лечения. T3N0M0, гистологически — семинома; после радикального лечения. Прогноз условно благоприятный.	Способность к: трудовой деятельности — ФК0, 1, 2
<b>ФК2</b>	T3N0M0 (кроме семиномы) в течение 12–24 мес. после радикального лечения. T3N13M0, гистологически — семинома, в течение 12–24 мес. после лечения. Прогноз сомнительный. Осложнения: умеренный лимфостаз нижних конечностей — обеих или выраженный — одной.	Способность к: трудовой деятельности — ФК2
<b>ФК3</b>	T4N0M0, T1-4N1-3M0 (кроме семиномы), показано специальное лечение или в течение 24–36 мес. после лечения. T любая, N любая, M1, гистологически — семинома, при эффективности проводимого лечения. Прогрессирование процесса (появление регионарных и/или отдаленных метастазов). Показано и проводится специальное лечение, которое оказывает положительный эффект. Прогноз неблагоприятный. Осложнения: выраженный лимфостаз обеих нижних конечностей.	Способность к: передвижению — ФК0, 1, 2, 3 трудовой деятельности — ФК3, 4*
<b>ФК4</b>	T4N0M0; T1-4N1-3M0, в случае невозможности проведения специального лечения из-за распространенности процесса или неэффективности лечения. T любая, N любая, M1, в случае невозможности проведения специального лечения из-за распространенности процесса или неэффективности лечения. Прогрессирование процесса (появление регионарных и/или отдаленных метастазов) при невозможности проведения лечения из-за распространенности процесса или неэффективности специального лечения. Выраженный паранеопластический синдром, препятствующий специальному лечению и приводящий к необходимости постоянного постороннего ухода и помощи. Прогноз абсолютно неблагоприятный.	Способность к: трудовой деятельности — ФК4*

\* — ограничение жизнедеятельности других категорий зависит от наличия и выраженности осложнений лечения и основного заболевания.

### 9.17. Опухоли простаты

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК1</b>	T1-2N0M0 после радикального (хирургического) лечения. Прогноз условно благоприятный.	Способность к: трудовой деятельности — ФК0, 1, 2
<b>ФК2</b>	T1-2N1M0 в течение 12–24 мес. после лечения (хирургического, комбинированного, комплексного) при условии стабилизации процесса. T3N0-1M0 в течение 12–24 мес. после лечения (хирургического, комбинированного, комплексного) при условии стабилизации процесса. Прогноз сомнительный. Умеренный постлучевой цистит.	Способность к: трудовой деятельности — ФК2
<b>ФК3</b>	T4N0-1M0, показано специальное лечение или в течение 24–36 мес. после лечения. T любая, N любая, M1, при эффективности специального лечения. Прогрессирование процесса (рецидив, появление регионарных и/или отдаленных метастазов). Показано и проводится специальное лечение, которое оказывает положительный эффект. Прогноз неблагоприятный. Выраженные осложнения: недержание мочи (после простатэктомии).	Способность к: передвижению — ФК0, 1 трудовой деятельности — ФК3, 4*
<b>ФК4</b>	T любая, N любая, M1, в случае невозможности специального лечения из-за распространенности процесса или неэффективности лечения. T4N0-1M0, в случае неэффективности специального лечения (первичная гормонорезистентность опухоли). Выраженный паранеопластический синдром, препятствующий специальному лечению и приводящий к необходимости постоянного постороннего ухода и помощи. Прогноз абсолютно неблагоприятный.	Способность к: самообслуживанию — ФК0, 1, 2, 3, 4* передвижению — ФК0, 1, 2, 3, 4 трудовой деятельности — ФК4*

\* — ограничение жизнедеятельности других категорий зависит от наличия и выраженности осложнений лечения и основного заболевания.

### 9.18. Лимфогранулематоз

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК1</b>	<p><b>1 стадия:</b> поражение одной лимфатической зоны или локализованное поражение одного экстралимфатического органа или ткани;</p> <p><b>2 стадия:</b> поражение 2 и более лимфатических областей по одну сторону диафрагмы или локализованное поражение одного экстралимфатического органа или ткани и их регионарных лимфатических узлов;</p> <p>гистологический вариант: лимфоидное преобладание, нодулярный склероз. После проведенного в полном объеме лечения при условии достижения ремиссии. Осложнений лечения нет либо они имеют легкую степень тяжести: анемия легкой степени, ДН 0–1 или 1 ст., легкий постгастррезекционный синдром и др. (в зависимости от локализации экстралимфатического поражения).</p>	<p>Способность к: передвижению — ФК0, 1</p> <p>трудовой деятельности — ФК0, 1</p>
<b>ФК2</b>	<p>Те же характеристики опухолевого процесса, что и при ФК1, но гистологически — смешанно-клеточный вариант или лимфоидное истощение;</p> <p>имеются умеренно выраженные осложнения лечения: анемия умеренной степени, лейкопения легкой степени, ДН 1–2 ст., умеренно выраженный постгастррезекционный синдром и др. (в зависимости от локализации экстралимфатического поражения);</p> <p><b>3 или 4 стадия:</b> в течение 24–36 мес. после радикального лечения при условии достижения стойкой ремиссии при отсутствии осложнений.</p>	<p>Способность к: передвижению — ФК0, 1, 2</p> <p>трудовой деятельности — ФК2</p>
<b>ФК3</b>	<p><b>3 стадия:</b> поражение лимфатических узлов по обе стороны диафрагмы, которое может сочетаться с локализованным поражением одного экстралимфатического органа или ткани, или селезенки, или того и другого; в течение 12–24 мес.;</p>	

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
	<p><b>4 стадия:</b> диссеминированное поражение одного или нескольких экстралимфатических органов с/без поражения лимфатических узлов либо изолированное поражение экстралимфатического органа с поражением нерегионарных (отдаленных) лимфатических узлов; в течение 24–36 мес.;</p> <p>гистологическое строение опухоли – любое;</p> <p>специальное лечение (химиотерапия, лучевая терапия, комбинированное лечение) не дает эффекта;</p> <p><b>1 или 2 стадия</b> заболевания при неэффективности лечения;</p> <p>рецидив заболевания после специального лечения в случае эффективности проводимого в настоящее время специального лечения; в течение 24–36 мес. имеются выраженные осложнения лечения и основного заболевания; выраженная анемия или лейкопения; выраженный постгастррезекционный синдром, постлучевой миокардит с явлениями сердечной недостаточности, ДН 2 ст., миелопатия с развитием выраженных парезов и др. (в зависимости от локализации поражения).</p>	<p>Способность к:</p> <p>самообслуживанию — ФК0, 1, 2</p> <p>передвижению — ФК0, 1, 2, 3</p> <p>трудовой деятельности — ФК3, 4*</p>
<b>ФК4</b>	<p><b>4 стадия:</b> в случае невозможности проведения специального лечения из-за распространенности процесса или неэффективности лечения;</p> <p>рецидив заболевания при невозможности лечения из-за распространенности процесса или неэффективности специального лечения;</p> <p>выраженный паранеопластический синдром, препятствующий проведению специального лечения и приводящий к необходимости постоянного постороннего ухода и помощи;</p> <p>имеются резко выраженные осложнения лечения и основного заболевания: ДН 3 ст., легочно-сердечная недостаточность 3 ст., резко выраженные парезы или плегии и др.</p>	<p>Способность к:</p> <p>самообслуживанию — ФК1, 2, 3, 4*</p> <p>передвижению — ФК0, 1, 2, 3, 4*</p> <p>трудовой деятельности — ФК4*</p>

\* — зависит от наличия и выраженности осложнений лечения и основного заболевания.

### 9.19. Неходжкинские лимфомы (лимфосаркомы)

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК1</b>	Локализованные формы с поражением одного органа после проведенного в полном объеме лечения при условии достижения ремиссии и отсутствии осложнений лечения.	Способность к: трудовой деятельности — ФК0, 1, 2
<b>ФК2</b>	Те же характеристики опухолевого процесса, но при наличии умеренно выраженных или выраженных осложнений лечения.	Способность к: трудовой деятельности — ФК2, 3
<b>ФК3</b>	Распространенное поражение, требующее длительного специального лечения, при условии эффективности лечения. Выраженные осложнения.	Способность к: трудовой деятельности — ФК3, 4*
<b>ФК4</b>	Распространенное поражение при невозможности проведения специального лечения из-за распространенности процесса или неэффективности лечения. Рецидив заболевания при невозможности проведения лечения из-за распространенности процесса или неэффективности специального лечения. Выраженный паранеопластический синдром, препятствующий проведению специального лечения и приводящий к необходимости постоянного постороннего ухода и помощи. Имеются резко выраженные осложнения лечения и основного заболевания: ДН 3 ст., легочно-сердечная недостаточность 3 ст., резко выраженные парезы или пlegии и др.	Способность к: самообслуживанию — ФК0, 1, 2, 3, 4 * передвижению — ФК0, 1, 2, 3, 4* трудовой деятельности — ФК4

\* — ограничение жизнедеятельности других категорий зависит от наличия и выраженности осложнений лечения и основного заболевания.

## 9.20. Определение клинического прогноза у пациентов с онкологическими заболеваниями

Медико-социальная экспертиза у пациентов со злокачественными новообразованиями складывается из двух этапов: 1) определение клинического прогноза; 2) оценка степени выраженности ограничения жизнедеятельности.

При определении клинического прогноза следует рассматривать ряд факторов:

- распространенность первичного опухолевого процесса (согласно Международной классификации опухолей TNM);
- гистологическое строение опухоли (степень злокачественности);
- характер течения заболевания (рецидив опухоли и появление регионарных и/или отдаленных метастазов);
- объем, радикальность и эффективность лечения;
- необходимость дальнейшего специального лечения и эффективность специального лечения.

В связи с особенностями специального лечения (большой объем оперативного вмешательства, применение агрессивных методов лечения — лучевая и химиотерапия) следует также оценить наличие и степень выраженности функциональных нарушений, вызванных осложнениями лечения и основного заболевания, а также возможность их коррекции.

### **Клинический прогноз:**

#### **ФК1 — условно благоприятный прогноз**

Первичная опухоль имеет небольшие размеры, характеризуется низкой (G1) или умеренной (G2) степенью злокачественности; регионарные и отдаленные метастазы не выявляются никакими доступными методами исследования; выполняется радикальное лечение (хирургическое, комбинированное или комплексное).

#### **ФК2 — сомнительный прогноз.**

Первичная опухоль имеет небольшие размеры; регионарные и отдаленные метастазы не определяются; выполняется радикальное лечение, но высокая степень злокачественности опухоли (G3, G4) вызывает необходимость длительного динамического наблюдения за больным для подтверждения излечения.

Первичная опухоль имеет небольшие размеры, характеризуется низкой или умеренной степенью злокачественности, но имеются регионарные метастазы в лимфатических узлах ближайших коллекторов; выполняется радикальное лечение.

#### **ФК3 — неблагоприятный прогноз.**

Опухолевый процесс имеет значительную распространенность, что вызывает сомнения в радикальности проводимого специального лечения.

При небольших размерах первичной опухоли, наличии одиночных регионарных метастазов процесс плохо поддается специальному лечению (после проведенного в полном объеме лечения не удастся достигнуть полного регресса опухоли или метастазов).

Отмечается прогрессирующее течение процесса (появление рецидива, регионарных или одиночных отдаленных метастазов), однако проводимое специальное лечение эффективно и приводит к стабилизации процесса.

Имеется системное заболевание лимфоидной ткани (лимфосаркома, лимфогранулематоз), требующее длительного агрессивного лечения (не менее 6–12 мес.).



#### **ФК4 — абсолютно неблагоприятный прогноз**

Опухолевый процесс имеет большую распространенность, что делает невозможным проведение специального лечения (имеются множественные отдаленные метастазы или врастание опухоли в соседние органы).

Имеется выраженный паранеопластический синдром (кахексия, раковая интоксикация, выраженная вторичная анемия и др.), препятствующий проведению специального лечения и приводящий к необходимости постоянного постороннего ухода и помощи.

Отмечается прогрессирование опухолевого процесса после проведенного ранее радикального лечения (рецидив, появление отдаленных метастазов) в случае если дальнейшее специальное лечение невозможно.

Опухолевый процесс характеризуется чрезвычайно высокой степенью злокачественности и первичной резистентностью к химиолучевой терапии (несмотря на проводимое активное лечение отмечается дальнейшее прогрессирование процесса).

Следует учитывать, что иногда в вышеуказанных случаях лицам молодого возраста может проводиться паллиативное лечение (лучевая, химио- или гормонотерапия, в ряде случаев даже паллиативная операция) с целью увеличения продолжительности жизни. Если на фоне проводимого лечения достигнуть стабилизации опухолевого процесса не удастся, то клинический прогноз также следует считать абсолютно неблагоприятным.

## 10. ХРОМОСОМНЫЕ АНОМАЛИИ, ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ НА ТЕРРИТОРИИ БЕЛАРУСИ, И ВЫЗВАННЫЕ ИМИ ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Оценка ограничения жизнедеятельности у пациентов с хромосомными аномалиями, встречающимися на территории Беларуси, проводится по ведущему инвалидизирующему нарушению с учетом его выраженности и наличия сопутствующего инвалидизирующего нарушения в рамках синдрома взаимного отягощения.

## 11. ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ

Функцио- нальный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
<b>ФК1</b>	Категории А–С3 (по классификации CDC*) или стадии I–IV (по классификации ВОЗ**) при легких нарушениях со стороны нервной, дыхательной, пищеварительной и других систем организма.	Способность к: самообслуживанию — ФК0, 1 передвижению — ФК1 контроль поведения — ФК0, 1 трудовой деятельности — ФК0, 1, 2
<b>ФК2</b>	Категория В1–С3 (по классификации CDC) или стадии III–IV (по классификации ВОЗ) при умеренных нарушениях со стороны нервной, дыхательной, пищеварительной и других систем организма.	Способность к: самообслуживанию — ФК1, 2 передвижению — ФК1, 2 контроль поведения — ФК2, 3 трудовой деятельности — ФК1, 2
<b>ФК3</b>	Категория С2–3 (по классификации CDC) или IV стадия (по классификации ВОЗ) при выраженных нарушениях со стороны нервной, дыхательной, пищеварительной и других систем организма.	Способность к: самообслуживанию — ФК2, 3 передвижению — ФК2, 3 контроль поведения — ФК2, 3 трудовой деятельности — ФК3

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность
ФК4	Категория С2–3 (по классификации CDC) или IV стадия (по классификации ВОЗ), при резко выраженных нарушениях со стороны нервной, дыхательной, пищеварительной и других систем организма, необратимых полиорганных поражениях в терминальной стадии заболевания.	Способность к: самообслуживанию — ФК3, 4 передвижению — ФК3, 4 контроль поведения — ФК3, 4 трудовой деятельности — ФК3, 4

\* — классификация разработана центром по контролю заболеваний (CDC, Атланта, США, 1993);

\*\* — классификация опубликована для стран Европы 01.12.2006 в «Протоколах ВОЗ по лечению и предупреждению ВИЧ/СПИДа».

#### Классификация ВИЧ-инфекции у взрослых и подростков (CDC, Атланта, США, 1993)

Число в мм <sup>3</sup> крови (%) CD4+ Т-лимфоцитов/кл.	Клинические категории		
	А Бессимптомная острая (первичная) или ПГЛП	В Манифестная ни А, ни С	С СПИД – индикаторные заболевания
1. Более 500 (>29 %)	А1	В1	С1
2. 200–499 (14–28 %)	А2	В2	С2
3. Менее 200 (<14 %)	А3	В3	С3

**К категории А** относятся пациенты, у которых не выявляются состояния, характерные для категорий В и С, и при наличии лабораторно подтвержденной ВИЧ-инфекции определяется одно из нижеперечисленных состояний:

- асимптомная ВИЧ-инфекция;
- персистирующая генерализованная лимфаденопатия;
- острая (первичная) ВИЧ-инфекция.

**К категории В** относятся пациенты, у которых не выявляются состояния, характерные для категории С, и наблюдается хотя бы одно из нижеперечисленных состояний:

- дисплазия или карцинома аноректального сквамозного эпителия;
- бактериальный ангиоматоз;
- орофарингеальный кандидоз;
- кандидозный вульвовагинит, персистирующий, часто рецидивирующий или плохо поддающийся лечению;
- конституциональные симптомы (лихорадка  $>38,5^{\circ}\text{C}$  или диарея продолжительностью более 1 мес.);
- волосатая лейкоплакия языка;
- инфекция, вызванная герпесом Зостер, по меньшей мере, два отдельных эпизода, или протекающая с поражением более одного дерматома;
- идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура;
- листериоз;
- ВИЧ-ассоциированная нефропатия;
- онихомикоз;
- воспалительные заболевания малого таза, особенно осложненные tuboовариальным абсцессом;
- периферическая нейропатия.

**К категории С** относятся пациенты, у которых выявляются следующие заболевания и состояния:

- кандидоз бронхов, трахеи или легких;
- кандидозный эзофагит;
- инвазивный рак шейки матки;
- кокцидиоидомикоз диссеминированный или экстрапульмональный;
- криптококкоз экстрапульмональный;
- криптоспоридиоз хронический кишечный (продолжительностью более 1 мес.);
- цитомегаловирусная инфекция (с поражением не только печени, селезенки или лимфатических узлов);
- цитомегаловирусный ретинит (с потерей зрения);
- ВИЧ-деменция;
- герпетическая инфекция: хронические язвы (не заживающие более 1 мес.), или бронхит, пневмонит, эзофагит;
- гистоплазмоз диссеминированный или экстрапульмональный;
- изоспороз, хронический кишечный (продолжительностью более 1 мес.);
- саркома Капоши;

- лимфома Беркитта;
- иммунобластная лимфома;
- первичная лимфома мозга;
- атипичные микобактериозы диссеминированные или внелегочные;
- туберкулез любой локализации (легочной или внелегочной);
- пневмоцистная пневмония;
- рецидивирующая бактериальная пневмония;
- прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия;
- рецидивирующая сальмонеллезная септицемия;
- токсоплазмоз мозга;
- ВИЧ-кахексия.

### **Классификация ВОЗ 2006 г.**

Клинические стадии ВОЗ для взрослых и подростков  $\geq 15$  лет

Острая ВИЧ-инфекция

Асимптоматическая

Острый ретровирусный синдром

Клиническая стадия 1

Асимптоматическая

Персистирующая генерализованная лимфаденопатия (ПГЛ)

Клиническая стадия 2

Себорейный дерматит

Ангулярный хейлит

Рецидивирующие язвы полости рта (два или более эпизода в течение 6 месяцев)

Опоясывающий лишай (распространенный лишай)

Рецидивирующие инфекции дыхательных путей — синусит, средний отит, фарингит, бронхит, трахеит (два или более эпизода в течение 6 мес.) Грибковые поражения ногтей

Папулезный зудящий дерматит

### Клиническая стадия 3

Волосатая лейкоплакия полости рта

Необъяснимая хроническая диарея продолжительностью более 1 мес.

Рецидивирующий кандидоз полости рта (два или более эпизода в течение 6 мес.)

Тяжелая бактериальная инфекция (пневмония, эмпиема, гнойный миозит, инфекции костей или суставов, менингит, бактеримия)

Острый язвенно-некротический стоматит, гингивит или периодонтит

### Клиническая стадия 4 (\*)

Легочный туберкулез

Внелегочный туберкулез (исключая лимфаденопатию)

Необъяснимая потеря веса (более 10 % в течение 6 мес.) ВИЧ-истощающий синдром

Пневмоцистная пневмония

Тяжелая или подтвержденная рентгенологически пневмония (два или более эпизода в течение 6 мес.)

Цитомегаловирусный ретинит (с/без колита)

Герпес симплекс вирус (англ. — HSV) (хронический или персистирующий более 1 мес.)

Энцефалопатия

Прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия

Саркома Капоши и другие ВИЧ-обусловленные злокачественные новообразования

Токсоплазмоз

Диссеминированная грибковая инфекция (кандидоз, гистоплазмоз, кокцидиоидомикоз)

Криптоспоридиоз

Криптококковый менингит

Инфекция, вызванная нетуберкулезными микобактериями, диссеминированная микобактериemia (англ. MOTT)

\* — если подкрепляются достаточными доказательствами, могут быть включены: карцинома заднепроходного отверстия и лимфома (Т-клеточная ходжкинская лимфома).

## 12. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ

Инвалидность у пациентов после трансплантации органов устанавливается в зависимости от степени выраженности ограничения жизнедеятельности в соответствии с клинико-трудовым прогнозом и определяется индивидуально.

При пересадке сердца, печени, почек, костного мозга определяется 1 или 2 группа инвалидности в течение 1–2-х лет после проведения трансплантации.

<b>Функциональный класс нарушений</b>	<b>Клинико-функциональная характеристика нарушений</b>	<b>Ограничения критериев жизнедеятельности и их выраженность</b>
<b>ФК2</b>	Состояние после трансплантации печени, почки, сердца без хронических осложнений, без недостаточности кровообращения, почечной, печеночной недостаточности.	Способность к: самообслуживанию — ФК1 передвижению — ФК1 трудовой деятельности — ФК1, 2
<b>ФК3</b>	Состояние через 2 года и более после трансплантации печени, почки, сердца при отсутствии хронических осложнений. Недостаточность кровообращения не выше 2А стадии, хронической почечной недостаточности — 2 ст., печеночной недостаточности — компенсированной ст.	Способность к: самообслуживанию — ФК2 передвижению — ФК3 трудовой деятельности — ФК3, 4
<b>ФК4</b>	Состояние после трансплантации почки, печени, сердца. Наличие ранних осложнений при трансплантации. Острое и хроническое отторжение трансплантата. Инфекционные осложнения Злокачественные новообразования Асептический некроз кости Состояние через 2 года и более после трансплантации печени, почки, сердца при наличии хронических осложнений, недостаточности кровообращения Н 2Б стадии, почечной — 3 ст., печеночной — декомпенсированной стадии.	Способность к: самообслуживанию — ФК3, 4 передвижению — ФК3, 4 трудовой деятельности — ФК4