

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра

Д.Л. Пиневиц

2018 г.

Регистрационный № 124-1118



**МЕТОД ОЦЕНКИ ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ  
У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ АНОМАЛИЯМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ  
И КОСТЕЙ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК:

ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации»

АВТОРЫ: к.м.н. В.В. Голикова, В.И. Лапковский, И.Т. Дорошенко, К.В. Голикова, А.И. Алферова

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ  
Первый заместитель министра

\_\_\_\_\_ Д. Л. Пиневиц  
30.11.2018  
Регистрационный № 124-1118

**МЕТОД ОЦЕНКИ ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ  
У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ АНОМАЛИЯМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ  
И КОСТЕЙ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА**

инструкция по применению

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

АВТОРЫ: канд. мед. наук В. В. Голикова, В. И. Лапковский, И. Т. Дорошенко,  
К. В. Голикова, А. И. Алферова

Минск 2018

Настоящая инструкция по применению (далее — инструкция) предназначена для врачей-реабилитологов, врачей-экспертов медико-реабилитационных экспертных комиссий, врачей-специалистов организаций здравоохранения, осуществляющих оценку ограничения жизнедеятельности у лиц до 18 лет с врожденными аномалиями мягких тканей и костей лицевого скелета.

Область применения: медицинская реабилитация, педиатрия.

## **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ**

Метод предназначен для определения степени выраженности ограничения жизнедеятельности у детей с врожденными аномалиями мягких тканей и костей лицевого скелета при наличии:

нарушений функций сосания, глотания, кусания, жевания, носового дыхания, языковых и речевых функций;

уродующих нарушений.

Для целей настоящей инструкции используется следующий термин и его определение:

уродующее нарушение — это стойкий, морфологически обусловленный изъян внешнего вида человека вследствие врожденных аномалий (пороков развития) и/или иных заболеваний, дефектов и травм, оказывающий хроническое психотравмирующее воздействие на самого человека или на его окружение, не исчезающий с течением времени или под влиянием нехирургических средств коррекции, протезирования.

## **ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА**

Метод оценки ограничения жизнедеятельности у детей с врожденными аномалиями мягких тканей и костей лицевого скелета предполагает последовательное выполнение следующих блоков:

1. Анализ информации, содержащейся в медицинских, медицинских экспертных и других документах пациента.

2. Медицинский осмотр пациента, включающий:

а) сбор и оценку жалоб с их детализацией;

б) сбор и оценку анамнеза жизни и заболевания (аномалия мягких тканей и костей лицевого скелета), позволяющих:

определить течение заболевания; динамику нарушений функций сосания, глотания, кусания, жевания, носового дыхания, языковых и речевых нарушений, уродующих нарушений;

оценить особенности приема пищи (кратность, длительность, консистенция, переносимость и др.), нуждаемость в помощи посторонних лиц, использовании частичных съемных протезов, ортодонтических аппаратов и конструкций, применении вспомогательных средств и иных методов;

оценить особенности физического и психомоторного развития пациента, степень резистентности его организма (высокая — отсутствие острых заболеваний в течение года, средняя — 1–3 острых заболевания в год, низкая — 4–7, очень низкая — 8 и более острых заболеваний в год);

оценить объем оказания медицинской помощи пациенту в амбулаторных и стационарных условиях, в т. ч. реконструктивной хирургии и ее эффективность; нуждаемость в методах хирургического и ортодонтического лечения, в т. ч. сроки и длительность периода нуждаемости; результаты реализации индивидуальной программы реабилитации инвалида (в случае ее заполнения);

в) анализ психолого-педагогических, социально-бытовых, профессионально-трудовых (у подростков) и иных необходимых сведений о пациенте, определяющих степень ограничения жизнедеятельности пациента;

г) медицинский осмотр пациента:

оценка результатов антропометрических измерений (роста, массы тела, индекса массы тела), определение физического развития и его гармоничности, биологической зрелости, психомоторного развития (у детей в возрасте до 3 лет);

исследование и оценка локального статуса, отражающие анатомическое и функциональное состояние челюстно-лицевой области и зубочелюстной системы: анатомических дефектов и деформаций челюстно-лицевой области, имеющих послеоперационных рубцов и осложнений (свищи, соустья и др.); органов ротовой полости (красная кайма губ, слизистые оболочки губ, щек, десен, уздечки губ и языка (место прикрепления, длина, толщина, подвижность), слюнные железы, зубные дуги и ряды и др.); зубочелюстной системы и ее компонентов с учетом возрастных особенностей формирования и прорезывания зубов, развития и роста челюстных костей, включая диагностику аномалий развития и деформаций зубочелюстной системы; глотки, носовой полости и ее придаточных пазух, наружного, среднего и внутреннего уха;

лабораторные, инструментальные и иные исследования состояния здоровья пациента.

3. Анализ результатов медицинского осмотра пациента, лабораторных, инструментальных и иных исследований, качества оказания медицинской помощи пациентам, включая медицинскую реабилитацию, в амбулаторных и стационарных условиях, их полноту, эффективность.

4. Оценка наличия и степени выраженности нарушений функций, обусловленных врожденными аномалиями мягких тканей и костей лицевого скелета, а также нарушений функций других органов и систем организма пациента в возрасте до 18 лет, приводящих к ограничениям жизнедеятельности, в т. ч. с позиций Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья детей и подростков (МКФДП):

а) оценка нарушений функций органов и систем организма пациентов в возрасте до 18 лет (далее — функциональные нарушения) и их ранжирование осуществляется по функциональным классам (ФК) по 5-балльной шкале в зависимости от степени выраженности (от ФК0 до ФК4):

ФК0 — характеризует отсутствие нарушения или незначительное нарушение;

ФК1 — легкое нарушение;

ФК2 — умеренное нарушение;

ФК3 — выраженное нарушение;

ФК4 — резко выраженное нарушение или полное отсутствие функции или способности.

б) оценка следующих функциональных нарушений у пациентов в возрасте до 18 лет с врожденными аномалиями мягких тканей и костей лицевого скелета:

функции сосания (b5100 — код по МКФДП);

функции глотания (b5105);

функции кусания (b5101);

функции жевания (b5102);

функции носового дыхания (b449);

языковых и речевых функций (b167 — умственные функции речи, b320 — функции артикуляции; b310 — функции голоса; b3101 — качество голоса).

При этом каждое функциональное нарушение оценивается изолированно с учетом:

возрастных особенностей развития зубочелюстной и иных систем детского организма;

компенсации техническими (частичные съемные протезы, ортодонтические аппараты и конструкции) и вспомогательными средствами (приспособлениями, сосками) и иными методами (механическое сведение краев расщелины и др.);

нуждаемости в реконструктивном хирургическом лечении (ориентировочные сроки: хейлопластика — в возрасте 3–10 мес.; велопластика — в возрасте до 1 года; уранопластика — в различные возрастные периоды (1,5–4 года, 3–5 лет, 7–8 лет, но оптимально в дошкольном периоде); коррекция деформации губы и носа — начиная с 4–6-летнего возраста до 12–14 лет) и возможности его применения в соответствии с состоянием здоровья ребенка и его возрастом;

нуждаемости в ортодонтическом лечении (частичные съемные протезы, ортодонтические аппараты и конструкции) и возможности его применения в соответствии с состоянием здоровья ребенка и его возрастом.

Постоянное протезирование и ортогнатическое хирургическое лечение у детей с врожденными аномалиями мягких тканей и костей лицевого скелета осуществляется после 18-летнего возраста по завершении процесса роста и развития костей лицевого скелета;

в) оценка функциональных нарушений, возникающих у пациентов в возрасте до 18 лет с врожденными аномалиями мягких тканей и костей лицевого скелета с их ранжированием по ФК, осуществляется в соответствии с клинико-функциональной характеристикой функциональных нарушений: функций сосания, глотания, кусания, жевания, носового дыхания, языковых и речевых функций, представленной в приложении А к данной инструкции.

По результатам оценки также указывается степень выраженности уродующего нарушения: незначительное, легкое, умеренное, выраженное, резко выраженное;

г) уродующие нарушения челюстно-лицевой области оцениваются по результатам визуального осмотра всех составляющих изъяна внешнего вида, формирующих единый образ. С целью последующей оценки ограничения жизнедеятельности рассматриваются только те уродующие нарушения, которые

не подлежат хирургической коррекции и/или протезированию по медицинским или иным (социальным, экономическим и др.) показаниям в течение ближайшего года.

Перечень уродующих нарушений, обусловленных врожденными аномалиями мягких тканей и костей лицевого скелета представлен в приложении Б к данной инструкции.

Незначительные уродующие нарушения, в т. ч. послеоперационные рубцы, подлежащие в дальнейшем коррекции методами пластической эстетической хирургии, не подлежат оценке.

5. Оценка степени ограничения категорий жизнедеятельности у детей с нарушением функций сосания, глотания, кусания, жевания, носового дыхания, языковых и речевых функций, уродующими нарушениями, вследствие врожденных аномалий мягких тканей и костей лицевого скелета, в т. ч. с позиций МКФДП:

а) определение способности к самообслуживанию (в соответствии с возрастной нормой), которая включает оценку:

ухода за полостью рта (d5201 — код по МКФДП) — забота о гигиене ротовой полости, чистка зубных промежутков, уход за зубными протезами и др.;

приема пищи (d550), в т. ч. сообщения о потребности в еде (d5500) и адекватного (в соответствии с возрастом и национальными особенностями) осуществления процесса приема пищи (d5501);

питья (d560), в том числе сообщения о потребности в питье (d5600), сосания груди (d5601), питания из бутылочки (d5602);

заботы о своем здоровье (d570), в т. ч. соблюдение диеты и здорового образа жизни (d5701), поддержания здоровья (d5702), приема лекарственных средств и выполнения медицинских рекомендаций (d57020);

заботы о собственной безопасности (d571);

б) анализ способности к общению (в соответствии с возрастной нормой), которая включает оценку:

восприятия устных сообщений при общении (d310);

речи (d330);

довербальной вокализации (d331);

разговора (d350);

базисных межличностных взаимодействий (d710), в т. ч. проявления терпимости в отношениях (d7102), критики в отношениях (d7103), намеков в отношениях (d7104): инициирования и поддержания социальных взаимодействий;

сложных межличностных взаимодействий (d720);

специфических межличностных отношений (d730-d779);

в) определение способности выполнять ведущую возрастную деятельность, которая включает оценку содержания повседневной жизни ребенка в конкретный возрастной период:

от 0 до 1 года — эмоционально-личностное общение (с матерью, лицом, осуществляющим уход): восприятие визуальных стимулов, наблюдение (d110); восприятие звуковых сигналов, прислушивание (d111); концентрация внимания на прикосновение, лицо и голос человека (d1600); концентрация внимания на

изменения в окружении (d1601); реакция на человеческий голос (d3100); составление и изложение сообщений посредством языка тела (d3350) — передача сообщения посредством движений тела, мимики (улыбкой, хмуря брови, морщась), жестами или позой и др.;

от 1 до 3 лет — предметную деятельность: обучение через простые действия с одним предметом (d1310); обучение через действия, связанные с двумя и более предметами (d1311-d1312); приобретение основных понятий (d1370): размер, форма, длина, схожесть, противоположность; выполнение отдельных задач самостоятельно (d2102): самостоятельная игра с сортировкой небольших предметов, составлением таблиц или конструкций из кубиков; поднятие и перенос объектов (d430): переключивание чего-либо с одного места на другое и др.;

от 3 до 7 лет — игровую (сюжетно-ролевою) деятельность: обучение через сюжетные игры (d1314); вовлечение в игру (d880); совместная игра (d8803): присоединение к другим в намеренной, продолжительной деятельности с объектами, игрушками, материалами и др.; игры (d9200) и др.;

от 7 до 14 лет — познавательную деятельность: целенаправленное использование органов чувств (d110-129); получение информации (d132); приобретение понятий (d137); навыков узнавания символов, включая рисунки, изображения, знаки, буквы и др. (d1400) и др.;

от 14 до 18 лет — общение, учебную, профессиональную деятельность;

г) степень выраженности ограничения категорий жизнедеятельности оценивается с учетом влияния факторов контекста:

личностных факторов: пол, возраст (возрастные нормы формирования функций, категорий жизнедеятельности), национальность (особенности приема пищи — палочки и др.; анатомические особенности — у лиц монголоидной расы отсутствует кончик носа и др.), религиозные предпочтения (отказ от лечения по религиозным убеждениям и др.), образ жизни (асоциальный и др.);

факторов окружающей среды: продукты или вещества для персонального потребления (лекарственные средства, диетотерапия) — e110; семья и ближайшие родственники — e310; персонал, осуществляющий уход и помощь — e340; профессиональные медицинские работники — e355; работники других профессиональных сфер (преподаватель, учитель-логопед и др.) — e360.

Факторы окружающей среды могут выступать как в виде факторов, облегчающих степень ограничения категорий жизнедеятельности, так и барьеров при реализации основных способностей.

6. Определение степени утраты здоровья у пациентов в возрасте до 18 лет осуществляется в соответствии с инструкцией о порядке и критериях определения группы и причины инвалидности, перечне медицинских показаний, дающих право на получение социальной пенсии на детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, и степени утраты их здоровья, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25.10.2007 № 97.

Критерии определения степени утраты здоровья у пациентов в возрасте до 18 лет с врожденными аномалиями мягких тканей и костей лицевого скелета представлены в приложении В.

## **ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ**

Применение метода исключает вероятность возможных отрицательных последствий при использовании специалистами.



**Критерии оценки функциональных нарушений при врожденных аномалиях  
мягких тканей и костей лицевого скелета у детей**

ФК функциональных нарушений	Клинико-функциональная характеристика функциональных нарушений
1	2
1. Нарушения функции сосания (b5100 — код по МКФДП)	
<p>Функция сосания — это безусловный рефлекторный акт, имеющий следующие фазы: 1 фаза — захват и удержание объекта сосания; 2 фаза — сосательные движения за счет отодвинутого кзади языка, создающего отрицательное давление в ротовой полости; 3 фаза — активные сосательные движения за счет нижнего альвеолярного отростка и языка (выдавливание жидкости, в т. ч. молока). В эти фазы изучается положение языка, губ, щек, нижней и верхней челюстей, альвеолярных отростков, мышц челюстно-лицевой и подъязычной области, шеи. Учитывается физиологическое (для грудного ребенка) ретроградное положение нижней челюсти. Оценка степени выраженности нарушения функции сосания осуществляется у детей до 1–1,5 года в связи с угасанием в этом возрасте сосательного рефлекса. Позднее угасание сосательного рефлекса характерно для детей с наличием в рационе питания только пищи жидкой консистенции, что специфично для детей с врожденными аномалиями мягких тканей и костей лицевого скелета. У детей старшего возраста сохраняются отдельные элементы данной функции, не имеющие безусловно рефлекторной природы, обеспечивающие возможность приема пищи жидкой консистенции из бутылки, через соломинку, с ложки и др. Длительность кормления (за счет сосания) у детей в возрасте 1 мес. составляет в норме 20–25 мин, а к 1 году сокращается до 10–15 мин.</p>	
ФК0	<p>Незначительное нарушение функции сосания. Уменьшение активности сосательного рефлекса (сосательные движения характеризуются малой амплитудой, аритмичностью). Снижение тонуса круговой мышцы рта. Вялые сокращения круговой мышцы рта. Замедленное перемещение нижней челюсти и языка в процессе сосания. Скрытая расщелина мягкого неба. Скрытая расщелина верхней губы (одно- или двусторонняя). Сохранение сосательного рефлекса после 1–1,5 года жизни.</p>
ФК1	<p>Легкое нарушение функции сосания. Нарушение захвата и удержания объекта сосания (1 фаза), компенсируемое техническими и вспомогательными средствами (приспособлениями, сосками) и иными методами (механическое сведение краев расщелины губы пальцами рук и др.). Нарушение 2 и 3 фазы функции сосания за счет: а) ограничения подвижности языка (до 50 % от нормы) вследствие укорочения и уплощения уздечки языка (не подлежащие хирургической коррекции по медицинским показаниям в течение ближайшего года); б) отсутствия в процессе сосания контакта нижней</p>

	<p>челюсти с верхней (не превышающее 0,5 см) вперед или назад по сагиттальной плоскости; б) макро- и микроглоссии; в) неполной расщелины мягкого неба; г) недостаточности небно-глоточного клапана (затвора) до 1/3 от нормы.</p>
К2	<p>Умеренное нарушение функции сосания. Нарушение захвата и удержания объекта сосания (1 фаза), частично компенсируемое (протекание жидкости из уголков рта, повышенная активность мимических мышц, напряжение мышц подъязычной области, шеи) техническими и вспомогательными средствами (приспособлениями, сосками) и иными методами. Нарушение 2 и 3 фазы функции сосания за счет: а) ограничения подвижности языка (50 % и более от нормы) вследствие укорочения и уплощения уздечки языка (не подлежащие хирургической коррекции по медицинским показаниям в течение ближайшего года); б) недостаточности небно-глоточного клапана (затвора) более 1/3 от нормы; в) анатомических дефектов и деформаций мягких тканей и костей лицевого скелета, препятствующих созданию в полости рта вакуума — компенсируемое техническими и вспомогательными средствами (приспособлениями, сосками) и иными методами, но удлиняющими кратность и период кормления более чем в 2 раза от возрастной нормы.</p>
ФК3	<p>Выраженное нарушение функции сосания. Нарушение всех фаз сосания. Полное отсутствие смыкания губ и альвеолярных отростков, отсутствие вакуума в полости рта. Технические и вспомогательные средства (приспособления, соски) и иные методы позволяют обеспечить процесс кормления с ложечки маленькими порциями.</p>
ФК4	<p>Резко выраженное нарушение функции сосания или полное ее отсутствие. Нарушение всех фаз сосания. Отсутствие герметизма в ротовой полости, не поддающееся компенсации техническими и вспомогательными средствами (приспособлениями, сосками) и иными методами.</p>
<p>2. Нарушения функции глотания (b5105)</p>	
<p>Функция глотания — рефлекторный мышечный акт, требующий слаженной работы мышц челюстно-лицевой области, подъязычной области и глотки, благодаря которым пища перемещается из полости рта через пищевод в желудок. При медико-социальной экспертизе детей с врожденными аномалиями мягких тканей и костей лицевого скелета подлежит оценке произвольная ротовая фаза и произвольная глоточная фаза. В эти фазы изучается положение языка, губ, нижней и верхней челюстей, альвеолярных отростков, зубов, щек, мышц челюстно-лицевой и подъязычной области, шеи. При нормальной глотании губы и зубы (альвеолярные отростки) сомкнуты, мышцы лица не напряжены, отмечается перистальтика мышц подъязычной области за счет поднятия подъязычной кости перед началом глоточной фазы акта. Время акта глотания в норме составляет 0,2–0,5 с (жидкой пищи — 0,2 с, плотной — 0,5 с).</p>	
ФК0	<p>Незначительное нарушение функции глотания. Сохранена способность к проглатыванию пищи любой консистенции, воды и слюны. Незначительное замедление глотания за счет: а) сохранения инфантильного типа глотания (толчок кончика языка о внутреннюю поверхность губы и последующее ее выбухание) после 2,5–3 лет при установлении молочных зубов в прикусе;</p>

	<p>б) наличия диастемы и трем; в) снижения тонуса круговой мышцы рта; г) скученности зубов верхней или нижней челюсти с множественными поворотами (признак сужения челюсти); д) отсутствия небного язычка.</p>
ФК1	<p>Легкое нарушение функции глотания.          Сохранена способность к проглатыванию пищи жидкой (кашицеобразной) консистенции, воды и слюны. При глотании пищевого комка плотной консистенции и кусочков твердой пищи наблюдается повышенная активность мимических мышц, движение век и бровей, резкое сокращение круговой мышцы рта и подбородочной мышцы, проявляющееся углублением на коже подбородка (симптом наперстка), всасывание губ, щек за счет: а) недостаточности небно-глоточного клапана (затвора) до 1/3 от нормы; б) одностороннего пареза мягкого неба; в) короткой верхней губы, в т. ч. деформированной рубцами; г) вестибулоназального соустья; д) открытого межзубного пространства (отсутствие контакта нижней челюсти с верхней по вертикали) в переднем участке альвеолярных дуг или зубных рядов, иных анатомических дефектов и деформаций, не позволяющих создать закрытое пространство в ротовой полости без повышенной активности мышц челюстно-лицевой области.</p>
ФК2	<p>Умеренное нарушение функции глотания.          Невозможность проглатывания пищевого комка плотной консистенции и кусочков твердой пищи. При глотании пищи жидкой консистенции, воды и слюны наблюдается повышенная активность мимических мышц, протекание из уголков рта, покашливание во время или сразу после глотания, периодическое попадание в полость носа и вытекание за счет: а) расширения глоточного кольца (ротоглотки); б) недостаточности небно-глоточного клапана (затвора) более 1/3 от нормы; в) двустороннего пареза мягкого неба; г) назоорального соустья частично компенсируемого техническими и вспомогательными средствами (приспособлениями, сосками) и иными методами или частично перекрываемого мягкими тканями ротовой полости в процессе глотания.</p>
ФК3	<p>Выраженное нарушение функции глотания.          Невозможность проглатывания пищевого комка плотной консистенции и кусочков твердой пищи. При глотании пищи жидкой консистенции, воды и слюны наблюдается повышенная активность не только мимических мышц, но и мышц шеи (вытягивание шеи вперед, наклоны головы) и плечевого пояса, каждый глоток дается с трудом, наблюдается слюнотечение, замедление глотательных движений и снижение их кратности, скапливание пищи во рту, периодические аспирации, постоянное попадание в полость носа и вытекание через ноздри, за счет: а) открытого сообщения ротовой полости с полостью носа; б) отсутствия небно-глоточного клапана (затвора); г) назоорального соустья не компенсируемого техническими и вспомогательными средствами (приспособлениями, сосками) и иными методами.</p>
ФК4	<p>Резко выраженное нарушение функции глотания или полное ее отсутствие.          Невозможность проглатывания пищи любой консистенции, воды и слюны посредством участия мягких тканей ротовой полости при возможном сохранении глоточного рефлекса. Попытки глотания сопровождаются аспирациями.</p>

### 3. Нарушения функции кусания (b5101)

Функция кусания — физиологический акт, во время которого происходит захват пищи и отделение от нее определенной порции. Функция кусания непосредственно связана с развитием зубочелюстной системы. Функцию кусания выполняют верхние и нижние челюсти с зубами (центральные и боковые резцы, клыки). Средний срок прорезывания молочных зубов: в возрасте от 6 до 8 мес. режутся два нижних центральных резца; от 8 до 10 мес. — два верхних центральных резца; от 8 до 11 мес. — два верхних боковых резца; от 11 до 13 мес. — два нижних боковых резца; от 16 до 20 мес. — все четыре клыка. Средний срок прорезывания постоянных зубов: для центральных резцов — 6–8 лет, для боковых резцов — 7–9 лет, для клыков — 11–12 лет. Зубы (центральные и боковые резцы, клыки) обеспечивают кусание за счет движения нижней челюсти «вверх-вниз» и «вперед-назад». Височно-нижнечелюстной сустав обеспечивает межрезцовое (межалвеолярное) расстояние, создавая возможность открытия рта для захвата пищи и отделения от нее определенной порции.

ФК0

Незначительное нарушение функции кусания.  
Захват пищи и отделение определенной порции от пищи любой твердости. При захвате пищи межрезцовое (межалвеолярное) расстояние соответствует норме по возрасту: новорожденные — 20–24 мм; 1–6 мес. — 25–30 мм; 7–36 мес. — 30–35 мм; 4–9 лет — 40–50 мм; 10–13 лет — 40–55 мм; 14–17 лет — 40–65 мм или величине поперечника трех (II–IV) пальцев пациента. Движение височно-нижнечелюстного сустава «вверх-вниз» и «вперед-назад» не сопровождается напряжением мышц лица и шеи, болевым синдромом, могут иметь место крепитация и щелчки. Рост альвеолярных отростков соответствует возрасту и завершается в переднем участке к 7–8 годам, боковых — к 12–13 годам. Прорезывание молочных и постоянных резцов и клыков соответствует возрасту или задерживается для молочных зубов сроком до 6 мес., для постоянных — до 12 мес. Отсутствие не более 6 зубов из числа резцов и клыков, в т. ч. в период смены молочных на постоянные, сроком не более 1 года. Врожденное отсутствие не более 6 зубов из числа резцов и клыков. Наличие диастемы и трем. Наличие съемных ортодонтических конструкций и аппаратов, несъемных временных конструкций (для контроля пространства и др.).

ФК1

Легкое нарушение функции кусания.  
Сохранен захват и способность отделения определенной порции от мягкой пищи (хлеб, котлета, тефтеля и др.). Исключение из рациона твердых продуктов (орехи, сухари и др.). Отделение определенной порции от плотной (термически обработанный кусок говядины, печень, колбасные изделия и др.) пищи достигается за счет напряжения жевательных мышц и мышц подъязычной области, дополнительного объема движений в височно-нижнечелюстном суставе, участия премоляров и моляров при: а) уменьшении размеров межрезцового (межалвеолярного) расстояния до 25 % по сравнению с возрастной нормой; б) умеренном болевом синдроме при движении в височно-нижнечелюстном суставе; в) отсутствии контакта между зубами-антагонистами из числа резцов и клыков не выше 5 мм, не корригируемого смещением нижней челюсти; д) отсутствии (преждевременная или патологическая резорбция корней молочных зубов, задержка прорезывания, потеря, разрушение) более 6 зубов из числа резцов и клыков, в т. ч. в период смены молочных на постоянные, сроком

	более 1 года; е) врожденное отсутствие более 6 зубов из числа резцов и клыков при невозможности протезирования.
ФК2	Умеренное нарушение функции кусания. Затруднен захват пищи за счет уменьшения размеров межрезцового (межалвеолярного) расстояния до 50 % по сравнению с возрастной нормой. Отделение определенной порции от плотной пищи осуществляется при напряжении не только жевательных мышц и мышц подъязычной области, но и мышц шеи, головы, усиленных движений в височно-нижнечелюстном суставе, а также за счет активного участия премоляров и моляров при: а) стойком болевом синдроме при движении в височно-нижнечелюстном суставе; б) отсутствии контакта между передними зубами-антагонистами из числа резцов и клыков, превышающего 5 мм, не корригируемого смещением нижней челюсти; в) отсутствии (преждевременная или патологическая резорбция корней молочных зубов, задержка прорезывания, потеря, разрушение) более 10 зубов из числа резцов и клыков, в т. ч. в период смены временных на постоянные; г) врожденном отсутствии более 10 зубов из числа резцов и клыков при невозможности протезирования.
ФК3	Выраженное нарушение функции кусания. Захват только нарезанной тонкими ломтиками пищи за счет уменьшения размеров межрезцового (межалвеолярного) расстояния до 75 % по сравнению с возрастной нормой. Отделение порции от плотной и твердой пищи невозможно, а от мягкой пищи — посредством ее раздавливания (деснами) при: отсутствии (преждевременная или патологическая резорбция корней молочных зубов, задержка прорезывания, потеря, разрушение) зубов (резцов, клыков, премоляров) при невозможности протезирования.
ФК4	Резко выраженное нарушение функции кусания или полное ее отсутствие. Невозможность захвата и отделения определенной порции даже от мягкой пищи. Уменьшение размеров межрезцового (межалвеолярного) расстояния более чем на 75 % по сравнению с возрастной нормой за счет: а) мягких тканей лица (мышцы, связки и др.); б) анкилоза височно-нижнечелюстного сустава; в) деформации альвеолярных отростков.
<b>4. Нарушения функции жевания (b5102)</b>	
<p>Функция жевания — физиологический акт, во время которого происходит измельчение пищи, смачивание ее слюной, частичная химическая переработка, формирование пищевого комка перед актом глотания. Функция жевания активизируется после угасания функции сосания. Функцию жевания выполняют жевательные мышцы (основные: жевательная, височная, крыловидные, мышцы языка и щек), слизистая оболочка полости рта, мягкое небо, верхняя и нижняя челюсть с зубами (премоляры, моляры). Премоляры обеспечивают раздавливание пищи — движение «вверх-вниз». Моляры осуществляют размалывание пищи — движения в горизонтальной плоскости «вперед-назад», «вправо-влево». Средний срок прорезывания молочных зубов: в возрасте от 12 до 16 мес. появляются в полости рта первые моляры; к 30 мес. заканчивается прорезывание всех вторых моляров. Средний срок прорезывания постоянных зубов: для первых премоляров — 10–11 лет, для вторых — 10–12 лет; для первых моляров — 6–7 лет; для вторых — 12–13 лет. Отсутствие одного из зубов ведет к потере функции зуба-антагониста. Мышцы языка и щек</p>	

<p>обеспечивают перемещение пищи между жевательными поверхностями зубов. Височно-нижнечелюстной сустав обеспечивает движение челюстей «вверх-вниз», «вперед-назад», «вправо-влево», комбинированные движения. В норме пища пребывает 15–18 с.</p>	
ФК0	<p>Незначительное нарушение функции жевания.          Формирование пищевого комка осуществляется при измельчении пищи любой твердости без нарушения длительности жевательного цикла и времени пребывания пищи в полости рта. Процесс пребывания пищи в полости рта и ее перемещение между зубными рядами может быть незначительно изменен за счет:          а) сокращения жевательной поверхности (моляры, премоляры) до 25 % по возрасту; б) нарушений величины и формы зубов (микродентия, шиповидные зубы и др.); в) гиперсаливации; г) снижения качества окклюзионной плоскости за счет изменения формы и текстуры мягких тканей лица и ротовой полости; д) «ленивого жевания» — функциональной недогрузки при несвоевременном введении в пищевой рацион твердой пищи; е) наличия съемных ортодонтических конструкций и аппаратов, несъемных временных конструкций.</p>
ФК1	<p>Легкое нарушение функции жевания.          Сохранена способность к измельчению пищи мягкой консистенции. Исключение из рациона твердых продуктов (орехи, сухари и др.). Измельчение плотной пищи достигается за счет напряжения жевательных мышц и мышц подъязычной области, дополнительного объема движений в височно-нижнечелюстном суставе, увеличения в 2 раза длительности жевательного цикла и времени пребывания пищи в полости рта при:          а) сокращении жевательной поверхности (моляры, премоляры) от 25 до 50 % по возрасту; б) умеренном болевом синдроме при движении в височно-нижнечелюстном суставе; в) макро- и микроглоссии; г) короткой и мощной уздечке языка — малоподвижный язык; д) гипосаливации; е) нарушении окклюзии между премолярами и молярами за счет умеренной деформации (недоразвития) альвеолярных дуг, зубных рядов (сужение, уплощение, удлинение) и иных морфоструктурных нарушений, компенсируемых дополнительным смещением нижней челюсти; д) восстановленной пломбами жевательной поверхности (до 75 % по возрасту).</p>
ФК2	<p>Умеренное нарушение функции жевания.          Сохранена способность к измельчению пищи мягкой консистенции. Измельчение плотной пищи осуществляется за счет напряжения не только жевательных мышц и мышц подъязычной области, но и мышц шеи, головы, усиленных движений в височно-нижнечелюстном суставе, увеличения более чем в 2 раза длительности жевательного цикла и времени пребывания пищи в полости рта (скапливание пищи во рту) при:          а) сокращении жевательной поверхности (премоляры, моляры) от 50 до 75 % по возрасту; б) стойком болевом синдроме при движении в височно-нижнечелюстном суставе; в) морфоструктурных нарушениях, приводящих к снижению на 50 % площади контактирующих окклюзионных поверхностей премоляров и моляров, компенсируемых смещением нижней челюсти только с одной стороны; г) патологической подвижности моляров и премоляров II степени; д) восстановленной пломбами жевательной поверхности (до 75 % по возрасту).</p>

ФК3	<p>Выраженное нарушение функции жевания.</p> <p>Измельчение плотной пищи невозможно, а мягкой осуществляется посредством ее раздавливания деснами или растирания резцами и клыками при: а) уменьшении размеров межрезцового (межалвеолярного) расстояния до 75 % по сравнению с возрастной нормой; б) отсутствии (преждевременная или патологическая резорбция корней молочных зубов, задержка прорезывания, потеря, разрушение) моляров и премоляров (с возраста 10 лет) при невозможности протезирования.</p>
ФК4	<p>Резко выраженное нарушение функции жевания или полное ее отсутствие.</p> <p>Невозможность измельчения пищи любой консистенции. Уменьшение размеров межрезцового (межалвеолярного) расстояния более чем на 75 % по сравнению с возрастной нормой за счет: а) мягких тканей лица (мышцы, связки и др.); б) анкилоза височно-нижнечелюстного сустава; в) деформации альвеолярных отростков.</p>
<p>5. Нарушения функции носового дыхания (b449)</p>	
<p>Функция носового дыхания — совокупность физиологических процессов, обеспечивающих проведение потока воздуха через носовую полость, регулирование и поддержание оптимальной температуры и влажности вдыхаемого воздуха, его очистку и диффузию в обонятельную область. При медико-социальной экспертизе детей с врожденными аномалиями мягких тканей и костей лицевого скелета оценивается характер обструкции (постоянный, временный), возможность ее коррекции хирургическим путем в определенный временной промежуток, изучается влияние степени резистентности организма на продолжительность и тяжесть обструкции, наличие дыхания через рот. У детей до 1 года дыхание через рот затруднено, так как язык оттесняет надгортанник кзади. Разрастание лимфоидной ткани в области носоглоточных миндалин (аденоиды) рассматривается как экспертный критерий в случае невозможности хирургического удаления в течение ближайшего года.</p>	
ФК0	<p>Незначительное нарушение функции носового дыхания.</p> <p>Скорость и объем проведения воздушного потока через носовую полость соответствуют возрасту или незначительно изменены за счет: а) аденоидов I степени; б) гипертрофии носовых раковин I степени (с закрытием 10–25 % полости носа) с одной стороны; в) искривления носовой перегородки с гребнями и шипами с затрудненным дыханием с одной стороны.</p>
ФК1	<p>Легкое нарушение функции носового дыхания.</p> <p>Скорость и объем проведения воздушного потока (суммарный объемный поток воздуха по данным риноманометрического исследования 500–800 см<sup>3</sup>/с — при давлении 150 Па) через носовую полость изменены за счет: а) аденоидов II степени (рентгенологически, эндоскопически); б) гипертрофии носовых раковин II степени (закрытие более 50 % полости носа) с одной стороны; в) гипертрофии носовых раковин I степени (с закрытием 10–25 % полости носа) с обеих сторон; г) искривления носовой перегородки с гребнями и шипами с затрудненным дыханием с обеих сторон; д) частичной односторонней атрезии хоан с закрытием просвета на 1/2.</p>
ФК2	<p>Умеренное нарушение функции носового дыхания.</p> <p>Скорость и объем проведения воздушного потока через носовую полость изменены (суммарный объемный поток</p>

	воздуха 300–500 см <sup>3</sup> /с — при давлении 150 Па) за счет: а) аденоидов II степени (рентгенологически, эндоскопически) с гипертрофией небных миндалин II–III степени; б) гипертрофии носовых раковин II степени (закрытие более 50 % полости носа) с двух сторон; в) гипертрофии носовых раковин III степени (закрытие более 75 % полости носа) с одной стороны; г) частичной односторонней атрезии хоан с закрытием просвета на 3/4; д) частичной двусторонней атрезии хоан с закрытием их просвета на 1/2. Сформировано частичное дыхание через рот.
ФК3	Выраженное нарушение функции носового дыхания. Скорость и объем проведения воздушного потока через носовую полость значительно изменены (суммарный объемный поток воздуха 100–300 см <sup>3</sup> /с — при давлении 150 Па) за счет: а) аденоидов III степени (рентгенологически, эндоскопически) с гипертрофией небных миндалин; б) гипертрофии носовых раковин III степени (закрытие более 75 % полости носа) с обеих сторон; в) полной односторонней атрезии хоан; г) частичной двусторонней атрезии хоан с закрытием их просвета на 3/4. Сформировано постоянное дыхание через рот.
ФК4	Резко выраженное нарушение функции носового дыхания или полное ее отсутствие. Проведение воздушного потока через носовую полость резко ограничено или невозможно (суммарный объемный поток менее 100 см <sup>3</sup> /с — при давлении 150 Па). Дыхание возможно только через рот. Полная двусторонняя атрезия хоан.
6. Нарушения языковых и речевых функций речи (b167 — умственные функции речи, b320 — функции артикуляции, b310 — функции голоса, b3101 — качество голоса)	
Нарушения языковых и речевых функций речи у детей с врожденными аномалиями мягких тканей и костей лицевого скелета проявляются сложным комплексом, включающим нарушения всех компонентов речи (общее недоразвитие речи) и нарушения артикуляции (звукопроизношение) и голосообразования (тембр голоса). Степень выраженности нарушения языковых и речевых функций можно объективизировать только с 3-летнего возраста. Долингвистический период у детей с нарушениями артикуляции и голосообразования характеризуется отсутствием модулированного и разнообразного лепета, тихими или беззвучными звуками, а первые слова возникают не ранее 2 лет.	
ФК0	Незначительное нарушение функции речи. Малозаметная гнусавость, дислалия и дизартрия, отсутствие признаков общего недоразвития речи.
ФК1	Легкое нарушение функции речи. Заметная гнусавость (открытая ринолалия — звуки имеют носовой (гнусавый) оттенок, большая часть согласных напоминает звук [x]; закрытая ринолалия — сопровождается нарушением произношения носовых звуков ([м], [м'], [н], [н']) с заменой [м] на [б], [н] на [д]) — на фоне общего недоразвития речи 3 уровня или отсутствия признаков общего недоразвития речи. Речь понятна для окружающих.



ФК2	<p>Умеренное нарушение функции речи. Речь имеет четкий носовой (гнусавый) оттенок, голос становится глухим и тихим, приобретает тусклый, неестественный, мертвый оттенок — на фоне общего недоразвития речи 3 или 2 уровня. Понимание речи доступно близкому окружению и частично посторонним людям.</p>
ФК3	<p>Выраженное нарушение функции речи. Все звуки имеют сильный носовой (гнусавый) оттенок, между собой практически не дифференцируются. При произношении напрягается мимическая мускулатура, мышцы губ, языка и крыльев носа, что приводит к возникновению гримас и еще больше ухудшает общение. Активное использование дифференцированных жестов и мимики при выражении собственных мыслей. Общее недоразвитие речи 2 или 1 уровня. Понимание речи доступно только близкому окружению.</p>
ФК4	<p>Резко выраженное нарушение функции речи или полное ее отсутствие. Речь отсутствует или непонятна даже самым близким людям (алалия, анартрия).</p>

**Перечень уродующих нарушений, обусловленных врожденными аномалиями мягких тканей и костей лицевого скелета**

1. Легкие уродующие нарушения:
  - 1.1. Дермоидная киста, гемангиома и другие врожденные объемные образования 1,5 см и более в диаметре.
  - 1.2. Гипергинезия наружного носа (тотальная).
  - 1.3. Односторонняя микротия III степени тяжести.
  - 1.4. Двусторонняя микротия II степени тяжести.
  - 1.5. Макростомия (до уровня «ямочки на щеках»).
  - 1.6. Удвоенная губа (складка слизистой оболочки, располагающаяся параллельно красной кайме верхней губы и напоминающая дополнительную губу).
  - 1.7. Микрофтальмия.
  - 1.8. Гидрофтальм.
  - 1.9. Срединная частичная расщелина носа, легкой степени тяжести.
  - 1.10. Боковая расщелина носа (частичная).
  - 1.11. Односторонняя расщелина верхней губы.
  - 1.12. Синдром Пьера Робена.
  - 1.13. Черепно-лицевой дизостоз (синдром Крузона).
2. Умеренные уродующие нарушения:
  - 2.1. Гипогенезия (аплазия) одной половины носа.
  - 2.2. Односторонний боковой хобот носа.
  - 2.3. Двусторонняя микротия III степени тяжести.
  - 2.4. Односторонняя анотия.
  - 2.5. Односторонняя макростомия (до уровня височно-нижнечелюстного сустава).
  - 2.6. Односторонняя анофтальмия.
  - 2.7. Агенезия нижней челюсти.
  - 2.8. Агенезия верхней челюсти.
  - 2.9. Челюстно-лицевой дизостоз (синдром Франческетти–Коллинза).
  - 2.10. Синдром Ван-дер-Вуда.
  - 2.11. Верхняя боковая расщелина глазницы.
  - 2.12. Полная боковая расщелина носа.
  - 2.13. Двусторонняя расщелина верхней губы.
  - 2.14. Синдром 1–2-й жаберных дуг.
3. Выраженные уродующие нарушения:
  - 3.1. Двусторонний хобот носа.
  - 3.2. Двойной нос.
  - 3.3. Двусторонняя анотия.
  - 3.4. Двусторонняя макростомия (до уровня височно-нижнечелюстного сустава).
  - 3.5. Двойной рот.

- 3.6. Срединная полная расщелина носа.
- 3.7. Косая расщелина лица;
- 3.8. Сквозная односторонняя расщелина верхней губы, альвеолярного отростка верхней челюсти, твердого и мягкого неба.
- 4. Резко выраженные уродующие нарушения:
  - 4.1. Агенезия носа.
  - 4.2. Анофтальмия (двусторонняя).
  - 4.3. Циклопия.
  - 4.4. Сквозная двусторонняя расщелина верхней губы, альвеолярного отростка верхней челюсти, твердого и мягкого неба.
  - 4.5. Двусторонняя косая расщелина лица.

**Критерии определения степени утраты здоровья у детей с врожденными аномалиями мягких тканей и костей лицевого скелета**

Степень утраты здоровья (СУЗ)	Характеристика функциональных нарушений	Ограничение критериев жизнедеятельности и их выраженность
1	2	3
СУЗ 1	<p>У детей до 1 года:  легкое нарушение 3-х и более функций из числа функций сосания, глотания, кусания, жевания, носового дыхания, языковых и речевых функций;  легкое нарушение 2-х функций из числа функций сосания, глотания, кусания, жевания, носового дыхания, языковых и речевых функций в сочетании с гипотрофией II, III степени;  легкое нарушение 2-х функций из числа функций сосания, глотания, кусания, жевания, носового дыхания, языковых и речевых функций в сочетании с легким уродующим нарушением.*</p> <p>У детей после 1 года:  легкое нарушение 3-х и более функций из числа функций глотания, кусания, жевания, носового дыхания, языковых и речевых функций;  легкое нарушение 2-х функций из числа функций глотания, кусания, жевания, носового дыхания, языковых и речевых функций при индексе массы тела ниже 2 сигмального отклонения;  легкое нарушение 2-х функций из числа функций сосания, глотания, кусания, жевания, носового дыхания, языковых и речевых функций в сочетании с легким уродующим нарушением.*</p>	<p>Способность к:  самообслуживанию — ФК1  общению — ФК0, 1  ведущей возрастной деятельности — ФК1</p>
СУЗ 2	<p>У детей до года:  умеренное нарушение 2-х и более функций из числа функций сосания, глотания, кусания, жевания, носового дыхания, языковых и речевых функций;  легкое нарушение 3-х и более функций из числа функций сосания, глотания, кусания, жевания, носового дыхания, языковых и речевых функций</p>	<p>Способность к:  самообслуживанию — ФК2  общению — ФК1, 2  ведущей возрастной деятельности — ФК1, 2</p>

	<p>функций в сочетании с гипотрофией II, III степени; легкое нарушение 3-х и более функций из числа функций сосания, глотания, кусания, жевания, носового дыхания, языковых и речевых функций в сочетании с легким уродующим нарушением.*</p> <p>У детей после года: умеренное нарушение 2-х и более функций из числа функций глотания, кусания, жевания, носового дыхания, языковых и речевых функций; легкое нарушение 3-х и более функций из числа функций глотания, кусания, жевания, носового дыхания, языковых и речевых функций при индексе массы тела ниже 2 сигмального отклонения; легкое нарушение 3-х и более функций из числа функций глотания, кусания, жевания, носового дыхания, языковых и речевых функций в сочетании с легким уродующим нарушением.*</p> <p>Умеренное уродующее нарушение, не подлежащее хирургической коррекции, протезированию по медицинским или иным (социальным, экономическим и др.) показаниям в течение ближайшего года.*</p>	
СУЗ 3	<p>У детей до года: выраженное нарушение 2-х и более функций из числа функций сосания, глотания, кусания, жевания, носового дыхания, языковых и речевых функций; умеренное нарушение 3-х и более функций из числа функций сосания, глотания, кусания, жевания, носового дыхания, языковых и речевых функций в сочетании с гипотрофией II, III степени; умеренное нарушение 3-х и более функций из числа функций сосания, глотания, кусания, жевания, носового дыхания, языковых и речевых функций в сочетании с умеренным уродующим нарушением.*</p> <p>У детей после 1 года: выраженное нарушение 2-х и более функций из числа функций глотания, кусания, жевания, носового дыхания, языковых и речевых функций; умеренное нарушение 3-х и более функций из числа функций глотания, кусания, жевания, носового дыхания, языковых и речевых функций при индексе массы тела ниже 2 сигмального отклонения; умеренное нарушение 3-х и более функций из числа функций глотания,</p>	<p>Способность к: самообслуживанию — ФК3 общению — ФК2, 3 ведущей возрастной деятельности — ФК2, 3</p>

	кусания, жевания, носового дыхания, языковых и речевых функций в сочетании с умеренным уродующим нарушением.*	
	Выраженное уродующее нарушение, не подлежащее хирургической коррекции, протезированию по медицинским или иным (социальным, экономическим и др.) показаниям в течение ближайшего года.*	
СУЗ 4	У детей до 1 года: резко выраженное нарушение 2-х функций из числа функций сосания, глотания, кусания, жевания, носового дыхания, языковых и речевых функций; выраженное нарушение 3-х и более функций из числа функций сосания, глотания, кусания, жевания, носового дыхания, языковых и речевых функций в сочетании с гипотрофией II, III степени; выраженное нарушение 3-х и более функций из числа функций сосания, глотания, кусания, жевания, носового дыхания, языковых и речевых функций в сочетании с выраженным уродующим нарушением.*	Способность к: самообслуживанию — ФК4 общению — ФК3, 4 ведущей возрастной деятельности — ФК3, 4
	У детей после 1 года: резко выраженное нарушение 2-х функций из числа функций глотания, кусания, жевания, носового дыхания, языковых и речевых функций; выраженное нарушение 3-х и более функций из числа функций глотания, кусания, жевания, носового дыхания, языковых и речевых функций при индексе массы тела ниже 2 сигмального отклонения; выраженное нарушение 3-х и более функций из числа функций глотания, кусания, жевания, носового дыхания, языковых и речевых функций в сочетании с выраженным уродующим нарушением.*	
	Резко выраженное уродующее нарушение, не подлежащее хирургической коррекции, протезированию по медицинским или иным (социальным, экономическим и др.) показаниям в течение ближайшего года.*	
* — в случаях если уродующие нарушения приводят к нарушению сенсорных функций (зрение, слух), степень утраты здоровья определяется с учетом степени выраженности этих функциональных нарушений, ограничения способностей к ориентации и обучению, анатомического дефекта.		