

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель

министра здравоохранения

_____ В.В. Колбанов

25 апреля 2006 г.

Регистрационный № 174-1205

**ОЦЕНОЧНЫЕ КРИТЕРИИ ВЫРАЖЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ И
ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ
СТЕПЕНИ УТРАТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ**

Инструкция по применению

Учреждения-разработчики: Научно-исследовательский институт медико-социальной экспертизы и реабилитации, Белорусская медицинская академия последипломного образования

Авторы: В.Б. Смычэк, Т.Т. Копать, Т.Н. Глинская, Г.С. Северин,
О.П. Шатыко, Л.Ф. Медведев, Т.Д. Рябцева, Л.В. Леонтьук, Л.Н. Горустович

ВВЕДЕНИЕ

Законодательными и нормативными актами Республики Беларусь предусмотрен значительный перечень гарантий и форм защиты в социальной сфере работникам, потерявшим здоровье или трудоспособность вследствие профессиональных заболеваний и травм, полученных на производстве.

Проведение экспертизы профессиональной трудоспособности предусматривает вынесение заключения о возможности потерпевшего выполнять профессиональный труд в полном объеме, в условиях, предусмотренных технологией производства, организацией рабочего места. На основании вынесенного экспертного заключения формируются рекомендации к трудовому устройству, профессиональной подготовке.

Экспертиза профессиональной трудоспособности начинается с установления профессии работника, наименование которой соответствует стандартным определениям, принятым в Республике Беларусь (ОКРБ 00.96)

Определение уровня квалификации, достигнутого работником в своей профессии, количественного показателя его вынужденного по состоянию здоровья снижения или утраты как показателя уровня профессиональной трудоспособности стало возможным при использовании материалов Единой тарифно-квалификационной сетки, утвержденной Министерством труда и социальной защиты Республики Беларусь (ЕТКС 2002 г.).

Введение в действие в Республике Беларусь гигиенической классификации условий труда (Санитарные правила и нормы СанПин № 11-6-2002 РБ) позволяет нормировать объемы выполняемых потерпевшим работ по показателям тяжести, напряженности, вредности и опасности труда, и, следовательно, объективизировать оценку профессиональной пригодности, количественный показатель объема работ, предусмотренных профессиональной принадлежностью и адекватных возможностям потерпевшего.

Роль факторов труда в практике медико-социальной экспертизы лиц с профпатологией трудно переоценить, так как перед экспертами часто встает вопрос не столько о том может ли освидетельствуемый выполнять прежнюю

работу, сколько о том – должен ли он продолжать ее.

В случае раннего выявления, патология при профессиональных заболеваниях, как правило, умеренно выражена и не является ограничением для трудовой деятельности в самом широком круге профессии. В то время конкретные условия, послужившие причиной возникновения заболеваний, могут быть абсолютно противопоказаны потерпевшему и исключают возможность продолжения его занятости в прежней профессии.

В случаях, когда потерпевший, в связи с нарушением функции организма не способен выполнять основные требования производственного процесса или может нарушить его, предусмотрено установление абсолютных противопоказаний по условиям и характеру труда (Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 33 от 08.08.2000г.).

Анализ нормативных актов в сфере экспертизы профессиональной трудоспособности потерпевших от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, введенных в действие Декретом Президента Республики Беларусь от 30.07.2003г. № 18, а также законодательных актов в сфере трудовой занятости, социальной защиты населения и охраны труда позволил сформировать примерный перечень показателей, характеризующих уровень и степень снижения профессиональной трудоспособности, для использования их в практике медико-социальной экспертизы.

I. ПРОФЕССИОГРАФИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ

1.1. Параметры оценки способности профессиональной деятельности лиц, получивших повреждение здоровья в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний

В практике медико-социальной экспертизы оценка способности к профессиональной деятельности (профессиональной пригодности) или степени ее утраты выполняется с применением следующих параметров:

- определение возможности трудовой деятельности в профессии (связанной с повреждением здоровья или другой равной по квалификации освоенной ранее или прогнозируемой к освоению);

- оценка допустимого объема работ в профессии (должности), связанной с повреждением здоровья или другой показанной профессии (должности);

- оценка уровня квалификации работ, выполнение которых предусмотрено профессией, связанной с повреждением здоровья или другой профессии, показанной по состоянию здоровья для обеспечения выбора и последующего закрепления за потерпевшим состава работ с целью сохранения максимально возможного квалификационного уровня;

- оценка квалификационного уровня профессии, связанной с повреждением здоровья, и других доступных для трудовой занятости и профессиональной переподготовки;

- оценка допустимого уровня тяжести и напряженности труда, класса условий труда;

- возможность занятости в обычных или специально созданных условиях труда.

Профессиональная деятельность в полном объеме предполагает занятость в профессии полный рабочий день, полную рабочую неделю, выполнение норм выработки не менее чем на 100 %.

Оценка профессиональной пригодности определяется по показателям

адекватности требований профессии состоянию профессионально значимой нарушенной функции, способностей.

Для установления требований профессии к нарушенным функциям, способностям необходимо в ходе структурного анализа профессиональных действий работника (потерпевшего), определенной профессии с определенным уровнем квалификации выделить состав работ, требующих участия нарушенной функции, способности, от времени рабочего дня, недели, установить удельный вес этих работ в общем объеме профессиональных действий.

Указанные профессиографические показатели позволяют дозировать объем выполняемых работ (в % от общего объема профессиональных действий) в рамках профессии с учетом квалификационного уровня и продолжительности рабочего дня, рабочей недели.

Критерии оценки способности к профессиональной деятельности связаны с различием тарифно-квалификационных характеристик в рамках соответствующей профессии (должности).

Отнесение выполняемых работ к конкретным тарифным разрядам (должностям) и присвоение работникам соответствующей квалификации осуществляются в соответствии с Единым тарифно-квалификационным справочником работ и профессий.

Единая тарифная сетка работников Республики Беларусь (ЕТС) является инструментом тарифного нормирования труда и показателем сложности (уровня квалификации), выполняемых ими работ (от 1 по 27 квалификационные разряды).

Сложность труда (квалификация) может быть определена в пределах одной профессии, должности (внутрипрофессиональная, внутридолжностная дифференциация). В то же время, по показателям тарифного (квалификационного) разряда могут быть соотнесены и сопоставлены квалификационные уровни профессий рабочих и должностей служащих с различным уровнем профессионального образования.

Количественным показателем уровня квалификации работника является показатель тарифного коэффициента ЕТС, выраженный в процентах.

Нарастание тарифных коэффициентов ЕТС по диапазонам разрядов установлено в следующих размерах: с первого по четвертый разряд – 16 %, с четвертого по шестой разряд – 10 %, с шестого по двадцать седьмой – 7 %.

Рабочие на ЕТС распределены с 1-го по 8-й разряд включительно.

Отдельные профессии рабочих (уборщики, гардеробщики, дворники, кладовщики, грузчики, водители, лифтеры и другие) по разрядам ЕТС не тарифицируются. Им устанавливаются месячные оклады.

Служащие распределены с 5-го по 23-й разряд включительно с выделением следующих групп, построенных по принципу общности функций:

- руководители организаций и их структурных подразделений (функциональных и линейных) с 11-го по 23-й разряд включительно;
- руководители подразделений административно-хозяйственного обслуживания с 5-го по 8-й разряд включительно;
- специалисты с 6-го по 15 разряд включительно.

Другие служащие (технические исполнители), занятые подготовкой и оформлением документов, учетом и контролем, с 5-го по 7-й разряд включительно.

Отнесение работников к категориям рабочих, руководителей, специалистов и других служащих производится в соответствии с Общегосударственным классификатором Республики Беларусь «Профессии рабочих и должности служащих» (ОКПД).

Оценка допустимого уровня тяжести и напряженности труда определяется по интегральному показателю классу условий труда. Согласно Гигиенической классификации условий труда СанПиН № 11-6-2000 РБ различают 4 класса условий труда: 1 и 2 классы характеризуются оптимальными и допустимыми условиями труда, 3-й и 4-ый классы условий труда формируются факторами производственной среды различной степени тяжести и напряженности.

1.2. Показатели оценки квалификационного уровня работника, объема и интенсивности производственной нагрузки

Ограничение способности у потерпевшего выполнять профессиональный труд в практике медико-социальной экспертизы обычно связано с потерей квалифицированной профессии, необходимостью сокращения объема выполняемых работ, возможностью выполнять профессиональный труд только при организации специальных условий труда.

Факт потери потерпевшим профессии устанавливается в случаях, когда:

- состав работ, предусмотренных профессиональной принадлежностью, не может быть выполнен вследствие нарушений здоровья, вызванных несчастным случаем или профессиональным заболеванием;

- характер и условия труда, предусмотренные профессиональной принадлежностью, сопряжены с воздействием опасных и вредных производственных факторов, противопоказанных здоровью работника или усугубляющих течение заболевания, вызванного несчастным случаем, производственными причинами.

Утрата квалифицированной профессии при отсутствии у потерпевшего навыков в другой профессии, равноценной по квалификационному уровню утраченной, ограничивает профессиональную трудоспособность потерпевшего до 60% на период, необходимый для профессиональной переподготовки (от 1 до 2-х лет), приобретения навыков во вновь освоенной профессии. В случаях, когда потерпевший владеет другой профессией, но не успел приобрести в ней достаточную квалификацию, степень утраты трудоспособности устанавливается от 20 % до 60 % в соответствии с количественным показателем межразрядного коэффициента, установленного Единой тарифной сеткой работников Республики Беларусь, являющегося показателем снижения квалификационного уровня работника на период восстановления квалификационного статуса (от 1 до 2-х лет).

В случаях, когда состав работ, предусмотренный профессиональной принадлежностью, квалификационным уровнем доступен потерпевшему, но

выполнение полного объема профессиональных действий обеспечивается за счет большего уровня биоэнергетических затрат (требования профессии неадекватны состоянию здоровья потерпевшего), необходимо дозировать объем профессиональных действий.

Степень ограничения профессиональной трудоспособности в этом случае определяется в соответствии с количественным показателем допустимого объема работ.

Дозировать объем выполняемых работ можно за счет дозирования временем факторов тяжести, напряженности труда, времени действия санитарно-гигиенических факторов условий труда (физических, химических, биологических).

В случаях, когда дозировать временем воздействие противопоказанных факторов производственной среды можно за счет продолжительности рабочего времени, показатель степени утраты профессиональной трудоспособности будет определяться количественным уменьшением рабочего времени (в %). При изменении продолжительности рабочего дня за счет уменьшения нормы продолжительности ежедневной работы на 2 часа (недели - на 10 часов) с целью снижения показателя тяжести и напряженности труда и факторов их формирующих, а также степени воздействия других вредных факторов производственной среды, степень утраты профессиональной трудоспособности будет оцениваться в 25 %.

Снижение на 1 порядок количественного показателя фактора тяжести труда приводит к снижению продолжительности или интенсивности действия данного фактора на 25 % при условии его действия в максимальном значении.

В случаях, когда количественный показатель диагностически значимого фактора тяжести труда оценивается в нижних-средних пределах диапазона значений характеристик для данного класса условий труда снизить показатели степени или класса условий труда возможно за счет снижения действия фактора на 10-20 %, снижая, соответственно, объем работ, связанных с воздействием вредного фактора (сократить, исключить состав тяжелых работ),

и, следовательно, степень утраты профессиональной трудоспособности от 10% до 20 %.

В случаях показаний к значительному изменению продолжительности и интенсивности действия вредных, тяжелых факторов условий труда на (2) два класса за счет сокращения, исключения объема работ от 25 % до 50 % - степень утраты профессиональной трудоспособности определяется, соответственно, в этом же диапазоне.

Необходимость изменения продолжительности и интенсивности действия вредных, тяжелых факторов условий труда на 3 класса, за счет сокращения, исключения объема работ от 50 % до 75 % приводит к потере профессии. Количественный показатель степени утраты профессиональной трудоспособности в этом случае устанавливается до 60 %.

Аналогичным способом следует выполнять дозирование действия факторов, формирующих напряженность труда (посредством исключения или снижения параметров действия данных факторов, установлением лимита для состава работ, требующих значительных сенсорных, интеллектуальных, эмоциональных нагрузок, исключением из состава профессиональных действий работ, формирующих напряженность труда).

Решение об изменении количественных показателей тяжести труда следует принимать на основании количественных характеристик факторов напряженности трудового процесса и показателя оценки напряженности трудового процесса работника, выполненных в соответствии с требованиями СанПиН № 11-6-2002 РБ.

Так, общая оценка напряженности трудового процесса выполняется на основании предварительной оценки каждого из 22 факторов, формирующих напряженность труда.

Не допускается выборочный учет каких-либо отдельно взятых показателей для общей оценки напряженности труда. По каждому из 22 показателей в отдельности определяется свой класс условий труда. В том случае, если по характеру или особенностям профессиональной деятельности

какой-либо показатель не представлен (например, отсутствует работа с экраном видеотерминала или оптическими приборами), то по данному показателю ставится 1 класс (оптимальный) – напряженность труда легкой степени.

При окончательной оценке напряженности труда устанавливаются:

- оптимальный (1 класс) устанавливается в случаях, когда 17 и более показателей имеют оценку 1 класса, а остальные отнесены ко 2 классу, при этом отсутствуют показатели, относящиеся к 3 (вредному) классу;

- допустимый (2 класс) устанавливается в следующих случаях:

- когда 6 и более показателей отнесены ко 2 классу, а остальные – к 1 классу;

- когда от 1 до 5 показателей отнесены к 3.1 и/или 3.2 степеням вредности, а остальные показатели имеют оценку 1 и/или 2 классов.

Вредный (3) класс устанавливается, когда 6 или более показателей отнесены к третьему классу.

При этом труд напряженный 1 степени (3.1) в тех случаях:

- когда 6 показателей имеют оценку только класса 3.1, а оставшиеся показатели относятся к 1 и/или 2 классам;

- когда от 3 до 5 показателей отнесены к классу 3.1, а от 1 до 3 показателей отнесены к классу 3.2.

Труд напряженный 2 степени (3.2):

- когда 6 показателей отнесены к классу 3.2;

- когда более 6 показателей отнесены к классу 3.1;

- когда от 1 до 5 показателей отнесены к классу 3.1, а от 4 до 5 показателей - к классу 3.2;

- когда 6 показателей отнесены к классу 3.1 и имеются от 1 до 5 показателей класса 3.2.

В тех случаях, когда более 6 показателей имеют оценку 3.2, напряженность трудового процесса оценивается на одну степень выше – класс 3.3. Максимальным уровнем класса условий труда по показателю напряженности труда является класс 3.3.

Аналогичным образом определяется степень утраты профессиональной трудоспособности потерпевшего при дозировании химических и биологических факторов производственной среды. При необходимости оценки комплексного воздействия санитарно-гигиенических факторов производственной среды следует руководствоваться СанПиН 11-6-2002 РБ.

В случаях, когда необходимость сужения объема профессиональных действия приводит к снижению квалификационного уровня потерпевшего в его профессии или утрате им квалифицированной профессии, степень утраты его профессиональной трудоспособности определяется в соответствии со снижением показателей квалификационного уровня в пределах профессии или по показателям квалификации разных профессий, должностей.

Количественным показателем снижения квалификационного уровня является количественная характеристика межразрядного тарифного (квалификационного) коэффициента, установленного Инструкцией «О порядке применения Единой тарифной сетки работников Республики Беларусь (ЕТС)», утвержденного Постановлением Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 20.09.2002 г. № 123.

Наращение тарифных коэффициентов ЕТС по диапазонам разрядов установлено в следующих размерах: с первого по четвертый разряд – 16 %, с четвертого по шестой разряд – 10 %, с шестого по двадцать седьмой – 7 %.

Ниже приводится схема изменений количественных показателей квалификационных характеристик в соответствии с профессиональными перемещениями в диапазоне границ рабочих профессий и должностей служащих.

Создание специальных условий (специальное предприятие, специальный участок, специальное рабочее место, оснащенное специальными приспособлениями, организация рабочего места на дому, организация доставки потерпевшего к месту работы, привлечение сторонней помощи для выполнения отдельных видов работ, сокращение, исключение норм выработки, количества услуг и др.) трудовой занятости для потерпевших со значительными и резко

выраженными ограничениями жизнедеятельности позволяет сохранить их профессиональную трудоспособность от 10 % до 30 % (степень утраты профессиональной трудоспособности, соответственно, определяется в 70-90 %).

В случаях, когда создание специально организованных условий позволяет приспособить рабочее место к психофизическим возможностям потерпевшего и сохранить его способность к выполнению более полного объема профессиональных действий без ущерба для его здоровья, устанавливается соответствующая степень профессиональной трудоспособности. Например, установление 3-ей группы инвалидности не всегда приводит к ограничению профессиональной трудоспособности: установление 1-ой группы инвалидности, при создании специальных условий труда в некоторых случаях позволяет сохранить профессиональную трудоспособность от 80 % до 90 %.

II. СХЕМА КОДИРОВАНИЯ ПРОЦЕНТОВ УТРАТЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО ПОСЛЕДСТВИЯМ ТРАВМ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Код

- 0** Нет утраты профессиональной трудоспособности:
 - возможность выполнять работу прежней квалификации, в полном объеме в течение полного рабочего дня
- 1** 10 % - профессиональная трудоспособность незначительно ограничена
 - по ВКК представляются незначительные облегчения условий труда
 - работа выполняется в безопасных условиях труда, но с большим напряжением или биоэнергетическими тратами за счет присутствия на рабочем месте двух и более опасных 1-ой степени производственных факторов или показателей тяжести и напряженности труда, соответствующих классу условий труда 3.1
 - при снижении квалификационного уровня
 - с 8-го разряда на 7-ой
 - с 7-го разряда на 6-ой
 - с 6-го разряда на 5-ый
 - с 5-го разряда на 4-ый
- 2** 15 % - профессиональная трудоспособность незначительно ограничена,
 - выполнение работы в обычных производственных условиях дается со значительным напряжением или биоэнергетическими тратами организма.
 - по ВКК освобождение от ночных смен, дополнительных нагрузок, исключение отдельных видов работ, перевод в другой цех (исключение или снижение воздействия вредных производственных факторов - вибрации, повышенного шума, загазованности и др.)
 - при снижении квалификационного уровня
 - с 4-го разряда на 3-ий
 - с 3-го разряда на 2-ой
 - с 8-го разряда на 6-ой
 - с 7-го разряда на 5-ый
- 3** 20 % - профессиональная пригодность незначительно ограничена,

- трудоустройство по ВКК с исключением работ со значительным физическим или нервно-психическим напряжением, которые предъявляют повышенные требования к дефектной, нарушенной функции.
 - работа выполняется в безопасных, условно безопасных условиях труда, но с большим напряжением или биоэнергетическими тратами за счет присутствия на рабочем месте более двух опасных 1-ой степени и одного второй степени производственных факторов или 2-х и более показателей тяжести или напряженности труда, соответствующих классу условий труда 3.1-3.2 - при снижении квалификационного уровня с 6-го разряда на 4-ый
- 4** 25 %
- снижение квалификации с 8-го разряда на 5-ый
 - с 7-го разряда на 4-ый
 - с 5-го разряда на 3-ий
 - снижение объема производственной деятельности за счет изменения продолжительности рабочего времени на 25 % (рабочего дня или рабочей недели);
 - при выполнении работ по классу условий труда, относящихся к вредным и опасным 1 степени, необходимо снижение показателей, формирующих класс условий труда, на 1 категорию (в том числе со снижением квалификации при трудоустройстве в профессиях с использованием профессиональных навыков, см. выше)
- 5.** 30 %
- снижение квалификации с 3-го разряда на 1-ый
 - снижение объема производственной деятельности за счет изменения продолжительности рабочего времени на 30 % (рабочего дня или рабочей недели)
- при выполнении работ по классу условий труда, относящихся к вредным и опасным 1 степени, необходимо снижение показателей, формирующих класс условий труда, на 1 категорию
- 6** 40 %
- снижение квалификации с 8-го разряда на 4-ый
 - с 7-го разряда на 3-ий
 - с 6-го разряда на 3-ий
 - с 5-го разряда на 2-ой
 - с 4-го разряда на 2-ой
 - сокращение объема выполняемой работы деятельности за счет изменения продолжительности рабочего времени на 40 % (рабочего дня или рабочей недели)
 - снижение показателя класса условий труда из вредных 1-ой степени (класс 3.1) до условий труда безопасных (класс 2)
- 7** 50 %
- снижение квалификации с 8-го разряда на 3-ий
 - с 6-го разряда на 2-ой
 - с 5-го разряда на 1-ый
 - уменьшение объема производственной деятельности за счет изменения продолжительности рабочего времени на 50 % (работа на 1/2 ставки) (рабочего дня или рабочей недели)
 - при выполнении работ по классу условий труда, относящихся к вредным и опасным 2 степени, необходимо снижение показателей, формирующих класс условий труда, на 1 категорию или изменение (снижение) показателя класса условий труда из вредных 2-ой степени (класс 3.2) до вредных условий труда 1-ой степени (класс 3.1)
- 8** 60 % утраты
- утрата единственной квалифицированной профессии,
 - на период восстановления профессиональной трудоспособности путем переподготовки
 - снижение квалификации в рамках основной профессии с 8-го разряда на 2-ой и более
 - с 7-го разряда на 2-ой и более
 - с 6-го разряда на 1-ый и более

- с 5-го разряда на 1-ый и более
 - утрата основной профессии с трудоустройством в доступной профессии со значительным снижением квалификации
 с 8-го разряда на 2-ой и более
 с 7-го разряда на 2-ой и более
 с 6-го разряда на 1-ый и более
 с 5-го разряда на 1-ый и более
 снижение класса условий труда, относящихся к вредным и опасным 2 степени (класс 3.2) до безопасных условий труда (класс 2, класс 1) или класса опасного 4-ой степени (класс 3.4) до опасного 2 степени (класс 3.2) и из класса опасного 3-ей степени (класс 3.3) до опасного 1 степени (класс 3.1)
- 9** 70 %
 профпригодность сохранена в специально созданных условиях (отмена норм выработки)
- 10** 80 %
 работа в специально созданных условиях со снижением квалификации, но с учетом профессиональных знаний и навыков
- 11** 90 %
 профпригодность утрачена, может выполнять неквалифицированные виды труда в специально созданных производственных условиях
- 12** 100 %
 полная утрата профессиональной трудоспособности

III. ОЦЕНОЧНЫЕ КРИТЕРИИ ВЫРАЖЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ И ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

3.1. Оценочные критерии выраженности нарушений и ограничений жизнедеятельности при неврологических проявлениях последствий травм и профессиональных заболеваний

При пользовании данной таблицей следует руководствоваться следующими правилами:

1. При определении степени утраты профессиональной трудоспособности учитывается степень выраженности нарушенных функций (показатели по вертикали) и степень снижения квалификации, или уменьшение объема производственной деятельности, или степень снижения класса условий труда, представленных в таблице кодирования от 0 до 12. Сопоставление этих параметров даст процент утраты, обозначенный в таблице по горизонтали (от 0 до 100 %).

2. В тех случаях, когда последствия травм или профессиональных

заболеваний проявляются различными по характеру нарушениями функций, процент утраты профессиональной трудоспособности определяется по наиболее выраженному по степени тяжести нарушению.

3. При одинаковой степени выраженности нескольких нарушений процент утраты может суммироваться, но сумма процента не должна превышать:

- 20 %, если пострадавший не имеет группы инвалидности;
- от 25 до 60 % при III группе инвалидности;
- 70-90 % для инвалидов II группы;
- 90-100 % для инвалидов I группы.

4. Если последствием трудового увечья явился анатомический дефект, который приводит к снижению профессиональной трудоспособности, то процент ее утраты устанавливается в зависимости от степени выраженности нарушений, к которым приводит анатомический дефект.

5. Если последствием трудового увечья явился анатомический дефект, который не приводит к снижению профессиональной деятельности, однако для ее выполнения требуется больше, чем прежде напряжения, устанавливается процент утраты трудоспособности от 10 до 20 %.

6. При повторных несчастных случаях на производстве и/или профессиональных заболеваний определяется общая степень утраты профессиональной трудоспособности от первого и повторного случаев и в целом не может превышать 100 %.

7. При ампутационных культих конечностей шкала оценки утраты профессиональной трудоспособности может быть различной. При наличии функционально полноценных культей, когда статодинамическая функция достаточно эффективно компенсируется техническими средствами реабилитации (протезы, ортезы, автомобили) у лиц интеллектуального труда, административно-хозяйственных работников и др. утрата трудоспособности может и не наступить и корреляция размера процентов с тяжестью инвалидности не проводится. Этот вопрос решается во МРЭК с учетом желания

пострадавшего.

8. При определении процентов утраты профессиональной трудоспособности при слуховых нарушениях проценты утраты профессиональной трудоспособности при одном функциональном классе (ФК) нарушений зависят от степени тугоухости;

при умеренных нарушениях – ФК2 в случаях тугоухости II степени – 15 %, тугоухости III степени от 20 % до 25 %;

при выраженных нарушениях ФК3 в случаях тугоухости III степени - от 25 % до 30 %, тугоухости IV степени – от 40 % до 60 %.

Соотношение клинико-функциональных критериев и ФК выраженности нарушений приводятся ниже.

3.1.1. Проценты утраты профессиональной трудоспособности по неврологическим последствиям травм и профессиональных заболеваний

Характер и степень выраженности нарушенных функций	Процент утраты профессиональной трудоспособности												
	0	10	15	20	25	30	40	50	60	70	80	90	100
<i>Легкие нарушения – ФК1</i>													
0. Пирамидная недостаточность	0	1											
1. Прозопарез	0	1											
2. Спастический парез руки	0	1	2										
3. Спастический парез ноги	0	1	2										
4. Вялый парез руки													
4.1. проксимальный	0	1											
4.2. дистальный	0	1	2										
4.3. тотальный	0	1	2	3									
5. Вялый парез ноги													
5.1. проксимальный	0	1	2										
5.2. дистальный	0	1											
6. Гемипарез		1	2	3									
7. Парипарез верхних конечностей		1	2	3									
8. Парипарез нижних конечностей		1	2	3									
9. Тетрапарез		1	2	3	4	5	6	7	8				

10. Атаксия		1	2	3									
11. Вестибулярные нарушения	0	1	2	3									
12. Вегетативно-сосудистые нарушения	0	1	2	3									
13. Гипертензионный синдром	0	1	2	3									
14. Единичные эпилептиформные пароксизмы (1-2 раза в год)	0	1	2	3	4	5	6	7	8				
15. Моторная афазия	0												
16. Сенсорная афазия		1	2	3									
17. Смешанная афазия		1	2	3									
18. Нарушения функций тазовых органов		1	2										
19. Цереброгенная астения	0	1											
20. Психоорганический синдром	0	1	2										
21. Болевой синдром	0												
22. Начальные проявления вибрационной болезни	0	1											
Умеренные нарушения – ФК2													
1. Прозопарез		1	2	3									
2. Спастический парез руки				3	4	5	6	7	8				
3. Спастический парез ноги				3	4	5	6	7	8				
4. Вялый парез руки													
4.1. проксимальный				3	4	5							
4.2. дистальный				3	4	5							
4.3. тотальный					4	5	6	7	8				
5. Вялый парез ноги													
5.1. проксимальный				3	4	5							
5.2. дистальный				3	4	5							
6. Гемипарез						5	6	7	8				
7. Парипарез верхних конечностей							6	7	8				
8. Парипарез нижних конечностей						5	6	7	8				
9. Тетрапарез							6	7	8				
10. Атаксия						5	6	7	8				

12. Вегетативно-сосудистые нарушения									9			
13. Гипертензионный синдром									9	10		
14. Средней частоты эпилептиформные пароксизмы								8	9			
15. Моторная афазия									9	10		
16. Сенсорная афазия											11	12
17. Смешанная афазия											11	12
18. Нарушения функций тазовых органов										10	11	
19. Цереброгенная астения							7	8				
20. Психоорганический синдром									9	10		
21. Болевой синдром	2	3	4	5	6	7	8					
22. Выраженные проявления вибрационной болезни	2	3	4	5	6	7	8					
Резко выраженные – ФК4												
1. Прозопарез						7	8	9				
2. Спастический парез руки							8	9	10			
3. Спастический парез ноги							8	9	10			
4. Вялый парез руки												
4.1. проксимальный							8	9				
4.2. дистальный							8	9				
4.3. тотальный								9	10			
5. Вялый парез ноги												
5.1. проксимальный							8	8				
5.2. дистальный							8	9				
6. Гемипарез										10	11	12
7. Парипарез верхних конечностей											11	12
8. Парипарез нижних конечностей											11	12
9. Тетрапарез												12
10. Атаксия												12
11. Вестибулярные нарушения												12
12. Вегетативно-сосудистые									9	10		

нарушения													
13. Гипертензионный синдром												11	12
14. Частые эпилептиформные пароксизмы												11	12
15. Моторная афазия												11	
16. Сенсорная афазия													12
17. Смешанная афазия													12
18. Нарушения функций тазовых органов													12
19. Цереброгенная астения									9	10			
20. Психоорганический синдром												11	12
21. Болевой синдром													
22. Резко выраженные проявления вибрационная болезнь													
23. Обширные трофические длительно незаживающие (более 6 месяцев) язвы нижних конечностей: - на голени – 20 см ² и более - тыл стопы – 10 см ² и более - подошва – 3 см ² и более								8	9	10			
Обширные дефекты костей черепа Более 12 см ²					4								

3.1.2. Клинико-функциональные критерии оценки выраженности нарушений

0. Пирамидная недостаточность

Объем движений полный, мышечная сила, мышечный тонус в норме. Возможны анизорефлексия, положительные пробы: для верхней конечности: синдром Вендеровича, синдром Русецкого, феномен Гирлиха, тест пронации руки; для нижней конечности: тест Мингаццини-Барре, проба Русецкого-Андреевой, тест качания ног.

1. Прозопарез

Легкий – ФК1

Легкая недостаточность мимической мускулатуры – синдром ресниц,

асимметрия оскала.

Умеренный – ФК2

Умеренная слабость мимической мускулатуры – плохо морщит лоб, плотно не закрывает глаз (синдром Белла), асимметрия оскала, глазная щель шире, редкое моргание. Снижены надбровный и раговичный рефлексy.

Выраженный – ФК3

Выраженная слабость мимической мускулатуры: больной не может наморщить лоб, не может зажмурить глаз, синдром Белла, лагофталм, угол рта опущен, не может показать зубы, надуть щеки, пища застреваем между щекой и десной, жидкая пища выливается из угла рта, резко снижены надбровный и раговичный рефлексy, сухость глаза или усиленное слезотечение, расстройство вкуса и слюноотделения.

Резко выраженный или прозоплегия – ФК4

Резко выраженная слабость мимической мускулатуры или плегия половины лица: не закрывает глаз, не морщит лоб, опущен угол рта, пища застревает между щекой и десной, жидкая пища выливается из угла рта, не вызываются надбровный и роговичный рефлексy, сухость глаза, расстройство вкуса, слюнотечение.

2. Спастический парез руки

Легкий - ФК1

Объем движений полный, возможно легкое повышение мышечного тонуса, повышение рефлексов на руке, снижение мышечной силы в руке до 4 баллов. Возможны патологические кистевые рефлексy.

Умеренный - ФК2

Объем движений ограничен, больше в дистальном отделе руки, тонус мышц в руке умеренно повышен, мышечная сила снижена до 3 баллов, рука приведена к туловищу, согнута в локтевом суставе. Сух. рефлексy повышены, кистевые патологические рефлексy.

Выраженный - ФК3

Резко ограничен объем движений в суставах руки, резко повышен

мышечный тонус в руке, рука приведена к туловищу, согнута в локтевом суставе, кисть и пальцы в положении сгибания, рефлексы повышены, рефлексогенные зоны расширены, кистевые патологические рефлексы, клонусы, патологические синкенезии, мышечная сила до 2 баллов.

Резко выраженный – ФК4

Движения в суставах невозможны, резко повышен мышечный тонус в руке или гипотония, мышечная сила 0-1 балл, рука приведена к туловищу, согнута в локтевом суставе, кисть и пальцы в положении сгибания или рука висит как плеть. Рефлексы высокие с расширенными рефлексогенными зонами, кистевые патологические рефлексы, клонусы.

3. Спастический парез ноги

Легкий - ФК1

Объем движений полный, возможно повышение мышечного тонуса в ноге, снижение мышечной силы до 4 баллов. Повышение рефлексов, возможны патологические рефлексы (Бабинского, Рассолимо и др.), при ходьбе прихрамывает на паретичную ногу.

Умеренный - ФК2

Объем движений в ноге ограничен, тонус мышц умеренно повышен, мышечная сила снижена до 3 баллов, нога разогнута в тазобедренном и коленном суставах, рефлексы повышены, патологические стопные рефлексы, походка спастико-паретическая.

Выраженный - ФК3

Резко ограничен объем движений в суставах ноги, резко повышен мышечный тонус, нога разогнута в тазобедренном и коленном суставах, стопа повернута внутрь, рефлексы повышены, рефлексогенные зоны расширены, стопные патологические рефлексы, клонусы, патологические синкенезии, мышечная сила до 2 баллов. Походка спастико-паретическая, ходьба затруднена.

Резко выраженный – ФК4

Движения в суставах невозможны, резко повышен мышечный тонус в

ноге или гипотония мышц, мышечная сила 0-1 балл, рефлексы высокие с расширенными рефлексогенными зонами, стопные патологические рефлексы, клonusy. Ходьба резко затруднена или невозможна.

4. Вялый парез руки

4.1. Проксимальный

Легкий - ФК1

Несколько ограничен объем движений в плечевом и локтевом суставах, поднятие, отведение руки и сгибание в локте, сила мышц до 4 баллов. Несколько снижены бицепитальный и карпорадиальный рефлексы на руке, возможно расстройство чувствительности в области наружной поверхности плеча.

Умеренный – ФК2

Ограничен объем движений в плечевом и локтевом суставах. Снижен бицепитальный рефлекс, сила мышц до 3 баллов, расстройство чувствительности по наружной поверхности плеча. Незначительные атрофии мышц плеча.

Выраженный – ФК3

Резко ограничен объем движений в плечевом и локтевом суставах (не может поднять руку до горизонтального уровня, согнуть в локтевом суставе), сила мышц до 2 баллов, резко снижены рефлексы с руки (бицепитальный и карпорадиальный), атрофии мышц плеча (дельтовидный, над- и подостных), выраженные расстройства чувствительности в области плеча.

Резко выраженный – ФК4

Активные движения в плечевом и локтевом суставах отсутствуют, бицепитальный рефлекс не вызывается, атрофия мышц плеча, анестезия в области плеча.

4.2. Дистальный

Легкий – ФК1

Несколько ограничен объем движений в лучезапястном суставе, легкая атрофия мышц кисти, возможно расстройство чувствительности по внутренней

поверхности плеча и предплечья, несколько снижен карпорадиальный рефлекс.

Умеренный – ФК2

Ограничен объем активных движений в лучезапястном суставе и пальцах кисти, атрофия мышц кисти, расстройство чувствительности по внутренней поверхности плеча и предплечья, снижен карпорадиальный рефлекс, нарушена функция схвата и удержания предметов.

Выраженный – ФК3

Резко ограничен объем активных движений в лучезапястном суставе и пальцах кисти, атрофия мышц кисти и предплечья, расстройство чувствительности по внутренней поверхности плеча и предплечья, карпорадиальный и трицепитальный рефлекс резко снижен или не вызываются, резко нарушен хват и удержание предметов.

Резко выраженный – ФК4

Движения в кисти и пальцах отсутствуют. Выраженные атрофии мышц предплечья и кисти, карпорадиальный и трицепитальный рефлекс не вызываются, анестезия по внутренней поверхности плеча и предплечья, невозможен хват и удержание предметов.

4.3. Тотальный

Легкий – ФК1

Несколько ограничен объем движений в руке, мышечная сила снижена до 4 баллов, возможно снижение рефлексов с руки, легкая атрофия мышц руки.

Умеренный – ФК2

Ограничен объем активных движений в руке, мышечная сила снижена до 3 баллов, снижены рефлексы с руки, атрофия мышц плеча, предплечья, мышц кисти, возможны вегетативные нарушения, расстройства чувствительности на руке, возможен синдром Горнера.

Выраженный – ФК3

Резко ограничен объем активных движений в руке, мышечная сила снижена до 2 баллов, снижены или не вызываются рефлексы, мышечные атрофии, расстройства чувствительности на руке, выраженные вегетативные

нарушения, синдром Горнера.

Резко выраженный – ФК4

Активные движения в руке отсутствуют, мышечная сила 0-1 балл, рефлексы с руки не вызываются, выраженные расстройства чувствительности в руке, резко выражены вегетативные и трофические нарушения в руке, синдром Горнера.

5. Вялый парез ноги

5.1. Проксимальный

Легкий – ФК1

Легкое затруднение разгибания голени и сгибания бедра, возможно снижение коленного рефлекса, мышечная сила в ноге до 4 баллов, атрофия мышц бедра до 3 см, возможна гипестезия по передней поверхности бедра и голени.

Умеренный – ФК2

Затруднено разгибание голени, сгибание бедра, снижение коленного рефлекса, снижение мышечной силы до 4 баллов, атрофии мышц бедра от 3-6 см, гипестезия передней поверхности бедра, голени, затруднена ходьба, подъем по лестнице.

Выраженный – ФК3

Резко затруднено разгибание голени, сгибание бедра, резко снижен или выпадает коленный рефлекс, атрофии мышц бедра 6-10 см, гипестезия или анестезия передней поверхности бедра, голени, резко затруднена ходьба.

Резко выраженный - ФК4

Невозможны разгибания голени, сгибания бедра, выпадение коленного рефлекса, атрофии мышц бедра более 10 см, анестезия передней поверхности бедра и голени, резко затруднена ходьба.

5.2. Дистальный отдел

Легкий – ФК1

Легкое затруднение подошвенного или тыльного сгибания стопы, сила снижена до 4 баллов, возможно снижение ахиллова рефлекса, несколько

затруднена ходьба на носках или пятках, гипотрофия мышц голени до 2 см.

Умеренный – ФК2

Затруднено подошвенное или тыльное сгибание стопы и пальцев, сила снижена до 3 баллов, снижен ахиллов рефлекс, затруднена ходьба на носках или пятках, атрофия мышц голени от 2-4 см, гипестезия наружной поверхности голени и стопы, перонеальная (петушиная) походка.

Выраженный – ФК3

Резко затруднено подошвенное или тыльное сгибание стопы и пальцев, сила снижена до 2 баллов, резко снижен или не вызывается ахиллов рефлекс, ходьба на носках или пятках невозможна, атрофии мышц голени от 4-6 см, гипестезия или анестезия наружной поверхности голени и стопы, перонеальная (петушиная) походка.

Резко выраженный – ФК4

Невозможность подошвенного или тыльного сгибания стопы и пальцев (стопа отвисает вниз и повернута внутрь), сила снижена до 0-1 балла, ходьба на пятках или носках невозможна, выпадение ахиллова рефлекса, атрофии мышц голени более 6 см, анестезия наружной поверхности голени и стопы.

6. Гемипарез

Легкий – ФК1

Объем движений полный, умеренное снижение мышечной силы до 4 баллов, легкое повышение мышечного тонуса, повышение рефлексов, синдром Бабинского, при ходьбе прихрамывает на паретичную ногу.

Умеренный – ФК2

Объем движений незначительно ограничен, больше в дистальном отделе, снижена мышечная сила до 3 баллов, повышенные рефлексы, стойкие патологические рефлексы, гемигипестезия, умеренное повышение мышечного тонуса, походка гемипаретическая.

Выраженный – Ф3

Объем движений резко ограничен, движения в вертикальной плоскости отсутствуют, возможны только в горизонтальной, мышечная сила до 2 баллов,

повышены рефлексы на стороне пареза, клонусы, патологические рефлексы четко выражены, значительное повышение мышечного тонуса, гемигипестезия, поза Вернике-Манна, походка «циркумдуцирующая» или гемипаретическая.

Резко выраженный – ФК4

Активные движения конечностей отсутствуют или возможны движения отдельных мышечных групп. Мышечная сила снижена до 0-1 балла, мышечный тонус может быть резко повышен или склонность к гипотонии, резко повышены рефлексы, патологические рефлексы, клонусы. Больной самостоятельно не передвигается.

7. Парапарез верхних конечностей – см. характеристику двигательных нарушений руки

8. Парапарез нижних конечностей - см. характеристику двигательных нарушений ноги

9. Тетрапарез – см. характеристику двигательных нарушений руки и ноги

10. Атаксия

Легкая – ФК1

Ощущение пошатывания при ходьбе, усиливающиеся при поворотах головы, перемене положения тела. Очаговой неврологической симптоматики не выявляется, легкое пошатывание в сенсibilизированной позе Ромберга, походка не нарушена.

Умеренная атаксия – ФК2

Неустойчивость при ходьбе. В неврологическом статусе выявляются очаговые (стволовые) симптомы: асимметрия черепной иннервации, анизорефлексия, спонтанный нистагм, возможна гипотония мышц конечностей. При пальценосовой (ПН) и пяточно-коленной (ПК) пробах отмечается умеренно выраженное мимопромахивание и интенционное дрожание, при пробе на диадохокинез – дизметрия на одной стороне. В позе Ромберга больной неустойчив, при ходьбе широко ставит ноги. Отоневрологическое исследование может выявить двустороннюю гипер или гипорефлексию, преобладание

нистагма в какую-либо сторону, нарушения оптикинетического нистагма (ОКН).

Выраженная – ФК3

Отмечается выраженная неустойчивость при ходьбе, возможность передвигаться только с посторонней помощью или держась за поручни. Выявляются выраженные симптомы поражения ствола: грубый спонтанный нистагм, межъядерная офтальмоплегия, бульбарный синдром (дисфагия, дизартрия) и др. При выполнении ПН и ПК проб выявляется грубое мимопромахивание, интенционное дрожание. При пробе на диадохокinez – выраженная дисметрия. Больной не может стоять в позе Ромберга. Отоневрологически выявляются выраженные стволово-мозжечковые нарушения.

Резко выраженная – ФК4

Больной не может самостоятельно ни сидеть, ни стоять. Объективно выявляются грубые стволово-мозжечковые симптомы.

11. Вестибулярные нарушения

Легкие – ФК1

Незначительное системное головокружение, легкое пошатывание в позе Ромберга. Сохраняется равновесие тела при ходьбе. Отоневрологическое исследование патологии не выявляет.

Умеренные – ФК2

Головокружение при резких изменениях положения головы, туловища, езде на транспорте. Спонтанный горизонтальный нистагм. Пошатывание в позе Ромберга, при ходьбе; промахивание при пяточно-коленной пробе. Отоневрологическое исследование выявляет вестибулярную гипер- или гипорефлексию, снижение возбудимости.

Выраженные – ФК3

Головокружение в покое, спонтанный нистагм, выраженные нарушения статики и координации движений. В позе Ромберга не стоит. Передвигается с помощью вспомогательных средств.

Резко выраженные – ФК4

Выраженное головокружение, выраженная статическая и динамическая атаксия, не может стоять, ходить.

12. Вегетативно-сосудистые нарушения*Легкие – ФК1*

Жалобы на головную боль, нарушение сна, склонность к сердцебиению, неустойчивость АД. Наличие частых легких кризов (2-3 в день), редких (1 раз в неделю) умеренных кризов. Легкие кризы, характеризующиеся ощущением дискомфорта в области сердца, сердцебиением, ощущением внутренней дрожи. При информационной пробе отмечается гипертензивная реакция (колебания систолическое и диастолического АД не превышает 15 мм рт. ст., а ЧСС 15-17 ударов в 1 мин. Восстановление на 1 мин отдыха, продолжительность приступа до 10 минут, криз проходит самостоятельно.

Умеренные – ФК2

Жалобы на частые головные боли, сердцебиение, неприятные ощущения в области сердца, чувство нехватки воздуха, пониженный аппетит, различные парестезии, снижение работоспособности, кардиалгии, не связанные с физической нагрузкой, не уменьшающиеся под влиянием нитроглицерина. Наличие частых (3 и более в неделю) умеренно выраженных кризов, средней частоты (4-8 в месяц) выраженных вегетативных кризов. Умеренные вегетативные кризы характеризуются ощущением нехватки воздуха, сердцебиением, онемением конечностей, внутренней дрожью, страхом смерти, общей слабостью, потливостью, продолжительность кризов 10-40 мин. При проведении информационной пробы – выраженная гипертензивная реакция или дистоническая по гипотоническому типу, колебания АД 15-20 мм рт. ст., возвращение АД к норме на 2-3 мин отдыха.

Выраженные – ФК3

Жалобы на частые головные боли, ощущение нехватки воздуха, сердцебиение, слабость, страх смерти, частое мочеиспускание, изменение настроения, потливость, неустойчивость, резкое снижение выносливости к

физическому и психическому напряжению (метеозависимость, непереносимость сильного шума, яркого освещения). Наличие частых выраженных (2 и более в неделю) кризов, характеризующихся учащенным сердцебиением, ощущением страха смерти, частым мочеиспусканием, нехваткой воздуха, выраженной потливостью; продолжительность криза более 40. При проведении информационной пробы выраженная гипертензивная или дистоническая реакция, колебание АД более 20 мм рт. ст. Подъем АД максимален на первой мин, сохраняется на протяжении всей нагрузки и длительно после ее окончания.

13. Гипертензионный синдром

Легкий - ФК1

Непостоянная головная боль, распирающего характера по утрам. Глазное дно в норме. К-грамма в норме. Возможны редкие (4-5 раз в год) легкие гипертензионные кризы (непродолжительное усиление головной боли, незначительное головокружение, тошнота).

Умеренный – ФК2

Диффузная головная боль распирающего характера чаще по утрам, сопровождающаяся тошнотой, иногда рвотой. Глазное дно - признаки застойных сосков, на К-грамме – признаки в/ч гипертензии. Возможны кризы средней тяжести (выраженная головная боль, плохое общее самочувствие, рвота), средней частоты (1-2 раза в месяц или частые легкие гипертензионные кризы (свыше 4 раз в месяц).

Выраженный – ФК3

Постоянная диффузная головная боль, распирающая, сильнее выраженная по утрам, усиливающаяся при физическом напряжении связанная с положением головы, тошнота, рвота, стойкая икота, сонливость. Глазное дно – застойные соски зрительных нервов. На К-грамме – выраженные признаки в/ч гипертензии. Возможны частые кризы средней тяжести (свыше 4 раз в месяц) или редкие тяжелые кризы (продолжительность от нескольких часов до 2-х суток, проявляются сильной головной болью, общей слабостью, брадикардией,

повышением АД) с частотой 1-2 раза в месяц.

Резко выраженный – ФК4

Резкая головная боль, распирающая, тошнота, рвота, угнетение сознания, переходящие эпизоды нарушения зрения, повышение АД. Глазное дно – застойные диски зрительных нервов, на К-граммах – резко выраженные признаки в/ч гипертензии. Частые тяжелые кризы (4 раза в месяц и более).

14. Эпилептиформные пароксизмы

14.1. Первично и вторично-генерализованные:

- частые: 4 раза в месяц и более;
- средней частоты: 2-3 раза в месяц;
- редкие: 1 раз в месяц и реже;
- единичные: 1-2 раза в год.

14.2. Парциальные (фокальные) припадки без нарушения сознания:

- частые: 5 и более раз в день;
- средней частоты: 3-4 раза в день;
- редкие: 1-2 раза в день;
- единичные: 1-2 раза в месяц.

14.3. Психомоторные припадки:

- частые: 1 раз в месяц и более;
- средней частоты: 1 раз в 1,5-3 месяца;
- редкие: 1 раз в 3-6 месяцев;
- единичные: 1-2 раза в год.

14.4. Эпилептический статус:

- частые: 1 и более раз в 2-3 месяца;
- средней частоты: 1 раз в 4-6 месяцев;
- редкие: 1 раз в год.

15. Моторная афазия

Легкая - ФК1

Устная речь замедлена, словарный запас слегка ограничен. Высказывания выходят за рамки бытовой ситуации. Больной в состоянии дать словесное

изложение какого-либо события. Речевая активность удовлетворительная.

Умеренная - ФК2

Устная речь ограничена, состоит из простых фраз. Активный словарь обеднен, включает только простые по звуковой структуре слова, относящиеся к бытовой тематике. Речевая активность снижена.

Выраженная - ФК3

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.

Резко выраженная и полная - ФК4

Устная речь резко нарушена или имеется лишь речевой «эмбол», заменяющий больным вербальную речь в попытках общения с окружающими. Больные пользуются жестами и мимикой, понимание речи, как правило, слегка нарушено.

16. Сенсорная афазия

Легкая - ФК1

Больные 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. Устные инструкции доступны.

Умеренная - ФК2

Больные понимают ситуативную речь, но понимание более сложных видов речи затруднено. Имеются ошибки в осмыслении: парагнозии, отчуждение смысла слова на названия отдельных предметов или частей слова. Резко выраженной диссоциации между возможностью понимания слов с абстрактными и конкретными значениями не выявляется (на способность понимания речи оказывает существенное влияние тип речи собеседника). Больные, как правило, в состоянии заметить лишь грубые смысловые

искажения. Устные инструкции выполняются с частыми ошибками.

Выраженная - ФК3

Объем понимания речи крайне ограничен. Больные в состоянии понимать лишь сугубо ситуативную речь, близкую им по тематике. Выявляется грубое отчуждение смысла слова при показе частей тела и предметов. Устные инструкции выполняются с грубым искажением. При восприятии речи больные усиленно опираются на мимику, жест, интонацию собеседника.

Резко выраженная - ФК4

Понимание речи отсутствует. Устные инструкции не выполняются.

17. Смешанная афазия

Легкая - ФК1

Спонтанная речь достаточно развернута, словарь разнообразен, высказывания не всегда носят ситуативный характер, возможен диалог на определенные темы, но выявляются отдельные аграмматизмы, представляющие дефекты в области словоизменения и словообразования. В письме - отдельные ошибки, пропуски, замены. В чтении – отдельные ошибки в сложных по звуковой структуре словах. Общение не ограничено на бытовом уровне, но имеются нарушения на профессиональном, где речевая функция является ведущей, доминирующей.

Умеренная - ФК2

Больные называют и повторяют простые высокочастотные слова и фразы, могут формировать простые высказывания, хотя и аграмматично, поддерживать ситуативный диалог, в общих чертах могут предать свою мысль. Письмо и чтение грубо нарушены, но возможно чтение и письмо отдельных простых слов. Больные понимают ситуативную речь, но понимание сложных видов речи затруднено. Имеются ошибки в осмыслении; парагнозии; отчуждение смысла слова на названия отдельных частей слова. На бытовом уровне – социально адекватно адаптирована, в профессиональной сфере – утрачивает свои возможности, независимо от речевой насыщенности профессиональной деятельности. Устные инструкции выполняются с частыми ошибками.

Выраженная - ФК3

Спонтанная речь практически отсутствует или имеется речевой эмбол. Могут быть элементы автоматизированной речи, элементы невербального общения. Речевая активность резко страдает. Требуется постоянная стимуляция к общению. Письмо и чтение как функция отсутствуют. Инструкции не выполняют или выполняют со значительными искажениями после неоднократных предъявлений. Понимание речи крайне ограничено сугубо ситуативной и близкой по тематике речью.

Пациенты социально дезадаптированы, они не могут высказать свою просьбу, жалобы и нуждаются в постоянной помощи и опеке.

Резко выраженная - ФК4

Устная речь нарушена или имеется лишь речевой “эмбол”, больные пользуются жестами и мимикой. Нарушено понимание речи. Инструкции не выполняются. Больные нуждаются в постоянной помощи других лиц.

18. Нарушения функций тазовых органов*Легкие – ФК1*

Слабая выраженность чувства позыва к мочеиспусканию, при цистометрии емкость мочевого пузыря 200-250 мл, задержка дефекации в течение 2-3 сут, анальный рефлекс снижен, тонус наружного сфинктера 22-33 мм рт. ст., внутреннего сфинктера 41-58 мм рт. ст. (норма 35-62 мм рт. ст.).

Умеренные – ФК2

Отсутствие ощущения наполнения мочевого пузыря, при цистометрии емкость мочевого пузыря при гипотонии детрузора 300-400 мл, остаточной мочи – более 100 мл, при гипертонии детрузора емкость – 20-25 мл; длительная задержка дефекации – до 3-4 сут; недостаточность сфинктера – неудержание газов, анальный рефлекс снижен, тонус и волевые сокращения сфинктера ослаблены, манометрия выявляет умеренные снижения давления наружного сфинктера – 16-25 мм рт. ст, внутреннего сфинктера – 26-40 мм рт. ст.

Выраженные – ФК3

Отсутствие позыва к мочеиспусканию и чувства прохождения мочи по

мочеиспускательному каналу, при цистометрии емкость мочевого пузыря при гипотонии детрузора до 500 мл, остаточной мочи – до 300 мл, при гипертонии детрузора емкость 20-30 мл; длительная задержка дефекации – до 5 сут; анальный рефлекс резко снижен, тонус сфинктера и давление при монометрии снижено – наружного сфинктера 10-15 мм рт. ст., внутреннего сфинктера – 16-25 мм рт. ст. (норма 35-62 мм рт. ст.).

Резко выраженные – ФК4

Отсутствие позыва к мочеиспусканию и чувства прохождения мочи по мочеиспускательному каналу, при цистометрии емкость мочевого пузыря при гипотонии детрузора – более 500 мл, остаточной мочи – до 400 мл, при гипертонии детрузора емкость – 25-35 мл, длительная задержка дефекации более 5 сут, анальный рефлекс не вызывается, тонус сфинктера и давление при монометрии резко снижено – наружного сфинктера ниже 10-15 мм рт. ст., внутреннего сфинктера – ниже 16-25 мм рт. ст.

19. Цереброгенная астения

Легкая – ФК1

Бедность субъективной симптоматики: повышенная утомляемость, нарушения сна (пресомнии), периодические головные боли, раздражительность, эмоциональная лабильность. Декомпенсация наступает после выраженных физических или нервно-психических нагрузок. Экспериментально-психологические методы исследования (ЭПИ) выявляют нормальные показатели внимания и памяти.

Умеренная – ФК2

Субъективная симптоматика более выражена, относительно стабильна: почти постоянные головные боли (головные боли напряжения), ощущение неустойчивости при ходьбе, быстрая утомляемость, общая слабость, плохой сон, раздражительность; отмечаются различные вегетативные нарушения (потливость, сердцебиение, «перебои» в сердце, одышка, чувство нехватки воздуха и др.).

Больные плохо переносят физиогенные раздражители (шум, вибрация,

оптико-кинетические и вестибулярные нагрузки), отмечается плохая переносимость алкоголя, метеозависимость. Декомпенсации наступают при умеренных физических и нервно-психических нагрузках. ЭПИ выявляет умеренное снижение внимания и памяти, снижение работоспособности, темпа работы, снижение продуктивности деятельности.

Выраженная – ФК3

Субъективные проявления крайне насыщены, стабильны. Отмечается резкая слабость и повышенная утомляемость при незначительных физических и нервно-психических нагрузках, постоянные головные боли, выраженные нарушения сна (бессонница, дневная сонливость), сенестопатии. Астенический синдром сочетается с ипохондрическими, тревожными, депрессивными нарушениями. ЭПИ выявляет значительное ухудшение показателей внимания (концентрации, устойчивости, переключения), умеренное снижение памяти.

20. Психоорганический синдром

Легкий – ФК1

Включает различные симптомы: головная боль, головокружение, повышенная утомляемость, раздражительность, плохая переносимость жары и духоты, езды в транспорте; алкоголя, к которому, несмотря на это, быстро образуется привыкание. Отмечается легкое снижение концентрации и переключения внимания, легкое снижение когнитивных процессов, критика к своему состоянию сохранена.

Умеренный – ФК2

Сужен круг интересов, отмечается аффективная лабильность, некоторая пассивность, психомоторная заторможенность или же эксплозивность. Умеренно снижена способность к концентрации внимания. Ассоциативные процессы несколько обеднены и замедлены, мышление ригидное, снижена способность к абстрагированию. Память, особенно на недавние события, снижена. Снижена критика к своему состоянию.

Выраженный – ФК3

Значительное сужение круга интересов, эмоциональное притупление.

Выраженное ослабление памяти, ухудшение понимания, недержание аффектов. В клинической картине могут преобладать психопатоподобные, эпилептиформные, паранойяльные проявления, возможно патологическое развитие личности.

Резко выраженный – ФК4

Наличие грубой очаговой церебральной симптоматики, резкое снижение памяти, внимания, утрата прежних знаний и навыков, резкие аффективные нарушения, адинамия, апатия, акинез, галлюцинаторно-бредовые переживания и др. Отсутствие критики к своему состоянию.

21. Болевой синдром вертеброгенной этиологии

Легкий – ФК1

Боли возникают под влиянием статодинамических нагрузок, полностью проходят после отдыха в горизонтальном положении. Движения в позвоночнике свободные или слегка ограничены; походка не изменена. Могут выявляться отдельные признаки вертеброгенного синдрома: уплощение лордоза, легкое напряжение паравертебральной мускулатуры. Симптомы натяжения нервных стволов не выражены.

Умеренный – ФК2

Боли периодические, возникают в связи со статодинамическом 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°.

Выраженный – ФК3

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 больные 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 под углом 30-40°, положительны симптомы Бранарда, Соколянского, Нери, Дежерина. При вызывании симптомов натяжения отмечаются эмоциональные, двигательные и вегетативные реакции гипергидроз, покраснение кожных покровов, тахикардия и др.

Резко выраженный – ФК4

Боли постоянные, интенсивные, усиливаются при малейших статодинамических нагрузках. Ортопедическая укладка в постели лишь слегка уменьшает выраженность боли, больные принимают вынужденные позы, избегают любых движений, плохо спят из-за боли. Резко выражены признаки вертебрального синдрома (см. выше). Резко выражены симптомы натяжения нервных стволов (см. выше), обследование больных затруднено из-за резких болей.

22. Вибрационная болезнь, обусловленная воздействием локальной вибрации:

Начальные проявления

I ст. – периферический ангиотонический синдром с приступообразным побледнением, онемением пальцев рук при местном или общем охлаждении (синдром Рейно) длительно 5-10 мин; синдром вегетативно-сенсорной полиневропатии верхних конечностей.

Умеренно выраженные проявления

II ст. – отчетливая картина вегетативно-сенсорной полиневропатии в

тазобедренных суставах.														
Верхняя конечность. Лопатка, ключица, плечевой сустав Нарушение функции плечевого сустава в результате последствий перелома лопатки, ключицы, плеча, разрыва акромиально-ключичного, грудино-ключичного сочленений, вывихи, подвывихи ключицы, гипотрофии мышц, снижения силы руки, ограничение движений в плечевом суставе. Примечание: объем движений в плечевом суставе с включением лопатки: сгибание (отведение руки кпереди) и отведение в сторону – 180 гр., разгибание (отведение руки кзади) 70 гр., наружная ротация – 90 гр., внутренняя ротация – 90 гр. Общий объем: 610 гр.														
ФК-1 ст. незначительные нарушения (застарелые подвывихи конца ключицы, незначительная гипотрофия мышц, уменьшение амплитуды движений до 30 % в плечевом суставе)	0	1												
ФК-2 ст. умеренные нарушения (застарелые подвывихи ключицы умеренная, гипотрофия и снижение силы мышц руки, уменьшение движений в суставе на 31-60 %.)			2	3										
ФК-3 ст. выраженные нарушения (застарелые вывихи ключицы, деформации, выраженные контрактуры, уменьшение амплитуды движений в плечевом суставе на 61-90 %, умеренная гипотрофия и снижение силы руки)				3	4	5								
ФК-4 ст. резко выраженные нарушения:														
а) выраженная деформация, резкая атрофия мышц плечевого пояса, резкое ограничение движений – более 90 %, ложный сустав или несросшийся перелом плеча.						5	6	7						
б) болтающийся плечевой сустав из-за дефекта суставных концов							6	7	8					
в) привычный вывих плеча с частыми вывихами (один раз в				3	4	5								

<i>капилляров, синдром Рейно, ангионевроз, эритромелалгия.</i>													
ФК-1. Легкие нарушения - ХАН I ст.	0	1											
ФК-2. Умеренные нарушения – ХАН II ст.			2	3	4	5							
ФК-3. Выраженные нарушения – ХАН III ст.							6	7	8	9			
ФК-4. Резко выраженные нарушения – ХАН IV ст.											10	11	12
Заболевания костно-мышечной системы: болезни мягких тканей, связанных с нагрузкой, перегрузкой и давлением (болезни мышц, синовиты и тендобурситы, капсулиты в том числе плечевой, локтевой, периартрозы и другие энтезопатии).													
ФК-1. Незначительно выраженные последствия указанных заболеваний в виде локальных участков припухлости болезненности ограничения подвижности в суставах, гипотрофии мышц. При рентгенологическом или МРТ исследовании: фиброз сухожилий, мышц, связок; периоститы, параоссальные очаги оссификации.	0	1	2	3									
ФК-2. Умеренно выраженные последствия в виде умеренных контрактур, гипотрофии и слабости дегенеративно измененных мышц, рецидивов болезней в сроки менее года после радикального лечения, препятствующие продолжению работы по специальности.					4	5	6						
Первичный деформирующий артроз													
ФК-1. Незначительные нарушения функции верхней или нижней конечности вследствие контрактур пораженных суставов, гипотрофии мышц, 1, 1-2 стадия рентгенологических изменений.	0	1	2										
ФК-2. Умеренное нарушение статодинамической функции нижней или манипулятивной функции верхней конечности (см. выше) из-за контрактур, гипотрофии мышц.				3	4	5	6						

ФК-2. Умеренные нарушения - ХВН – II ст.			2	3	4								
ФК-3. Выраженные нарушения - ХВН – III ст.						5	6	7					
ФК-4. Резко выраженные нарушения - ХВН – IV ст.									8	9	10		

3.2.2. Клинико-функциональные критерии оценки выраженности нарушений

Нарушения функции кисти

Легкие нарушения - ФК1

Незначительные контрактуры МФС или ПФС в функционально выгодном положении, когда дефицит сгибания 2-5 пальцев (расстояние от кончиков пальцев до проксимальной ладонной складки не превышает 2 см), при отсутствии дефицита между этими и первым пальцем; культя 1-го или других пальцев на уровне ногтевой фаланги и др. Вегето-сосудистые нарушения не выражены или отсутствуют \на реовазограмме снижение РИ до 0,07 ома. Объем захвата мелких предметов уменьшен незначительно до 25 %.

Умеренные нарушения – ФК2

Умеренные контрактуры ПФС или МФС/уменьшение амплитуды движений на 30-60 % при дефиците сгибания длинных пальцев от 2-х до 4-х см.; резко выраженная контрактура в порочном положении или отсутствие 2-х пальцев, включая 1-й палец, или 3-х других пальцев, исключая 1-й, или порочные культы этих пальцев; значительные вегето-сосудистые нарушения/снижение РИ на РВГ на 50 % и более; уменьшение объема захвата кисти до 50%.

Выраженные нарушения – ФК3

Выраженные контрактуры ПФС и МФС 2-го-5-го пальцев с дефицитом схвата 4-6 см; выраженные нарушения всех видов захвата за исключением плоскостного 1-го пальца; ампутационные культы 2-го – 5-го пальцев на уровне головок основных фаланг; выраженные вегето-сосудистые нарушения \РИ снижен до 0,02 ома\; снижение объема захвата на 51-75 %.

Резко выраженные нарушения - ФК4

Резко выраженные контрактуры ПФС и МФС в порочном положении 2-го–5-го пальцев с резким нарушением всех видов захвата за исключением плоскостного захвата 1-го пальца; отсутствие всех фаланг 2-го-5-го пальцев; отсутствие 3-х пальцев, включая 1-й; отсутствие 1-го и 2-го пальцев или любых 3-х пальцев с соответствующими пястными костями «малая кисть».

Хроническая артериальная недостаточность конечностей*Легкие нарушения – ФК1*

ХАН I ст.: повышенная чувствительность конечностей к холоду, изменение цвета кожных покровов, слабо положительные клинико-функциональные пробы, снижение кожной температуры. Изменение тонуса сосудов, снижение реографического индекса до 25 % от нормы.

Умеренные нарушения – ФК2

ХАН II ст.: Уменьшение волосяного покрова, снижение пульсации, незначительная гипотрофия мышц, удлинение времени исчезновения бледного пятна и положительного результата клинико-функциональных проб (Опеля до 60 с, Коллинз и Виленского до 20 с). Снижение реографического индекса до 50 % от нормы.

Выраженные нарушения – ФК-3

ХАН III ст.: значительные трофические нарушения (трещины, язвы), отеки, синюшность кожи стоп, кистей. Проба Опеля положительная через 15-25 с, Коллинз и Виленского через 40-60 с. Реографический индекс снижен на 75-80 %.

Резко выраженные нарушения – ФК4

ХАН IV ст.: глубокие некрозы тканей, склонность к гангрене пальцев или более высоких отделов стопы. Ампутация конечностей по жизненным показаниям. Системное поражение сосудов конечностей, миокарда, головного мозга с выраженной недостаточностью этих органов.

Хроническая венозная недостаточность конечностей

Легкие нарушения - ФК1

ХВН – I ст.: умеренное линейное или мешотчатое расширение магистральных вен с отеками к концу рабочего дня, проходящие за период ночного отдыха.

Умеренное нарушение – ФК2

ХВН – II ст.: умеренные нарушения функции стояния и ходьбы вследствие постоянных отеков, дерматитов, тромбофлебитов. При УЗИ исследовании несостоятельность клапанов вен явления ретроградного кровотока, на РВГ снижение реографического индекса до 0,05-0,06 Ом.

Выраженные нарушения - ФК-3

ХВН – III ст.: выраженное варикозное расширение вен, склерозирование подкожной клетчатки, частые тромбофлебиты, гиперпигментация и истончение кожи, появление трофических язв, поддающихся консервативному лечению. На УЗИ-ретроградный кровоток, на РВГ снижение РИ до 0,3-0,4 Ом, что свидетельствует о нарастающей хронической не только венозной, но и артериальной недостаточности.

Резко выраженные нарушения ФК-4

ХВН – IV ст.: атрофия кожи, фиброз и индурация подкожной клетчатки. Обширные трофические язвы, обусловленные декомпенсацией венозного кровотока, присоединением сопутствующей хронической артериальной недостаточности, тяжелым нарушением микроциркуляции с гипоксией тканей нижних конечностей. Депонирование значительного количества крови в варикозно расширенных венах ведет к уменьшению общего объема циркулирующей крови и усугубляет деятельность сердечно-сосудистой системы.

3.3. Оценочные критерии выраженности нарушений и ограничений жизнедеятельности при терапевтических проявлениях последствий травм и профессиональных заболеваний

Среднетяжелое течение БА (с учетом степени дыхательной недостаточности)			2	3	5	6	7	8	9				
Тяжелое течение БА (с учетом степени дыхательной недостаточности)										10	11	12	
Дыхательная недостаточность и тяжесть течения хронического обструктивного бронхита													
Характер и степень выраженности нарушенных функций	Процент утраты профессиональной трудоспособности												
	0	10	15	20	25	30	40	50	60	70	80	90	100
Легкая степень тяжести ХОБ	0	1	2	3									
Средняя степень тяжести ХОБ (с учетом степени дыхательной недостаточности)				3	5	6	7	8	9				
Тяжелая степень тяжести ХОБ (с учетом степени дыхательной недостаточности)										10	11	12	
Хроническая почечная недостаточность													
Легкие нарушения – ФК1 Почечная недостаточность, латентная стадия		1	2										
Умеренные нарушения – ФК2 Почечная недостаточность, компенсированная стадия					4	5	6	7	8				
Выраженные нарушения – ФК3 Почечная недостаточность, интермиттирующая стадия										9	10	11	
Резко выраженные нарушения – ФК4 Почечная недостаточность, терминальная. Стадия (начальный период); Почечная недостаточность, терминальная стадия, в сочетании с дистрофией органов и нарушением их функции										9	10	11	12
Недостаточность питания													
Легкие нарушения – ФК1 Недостаточность питания, легкая степень		1	2										
Умеренные нарушения – ФК2 Недостаточность питания средней степени тяжести					4	5	6	7	8				
Выраженные нарушения – ФК3 Недостаточность питания, тяжелая степень										9	10	11	
Резко выраженные нарушения – ФК4 Недостаточность питания, тяжелая степень, в сочетании с дистрофией органов и нарушением их функции													12
Печеночная недостаточность													
Легкие нарушения – ФК1		1	2	3									
Умеренные нарушения – ФК2					4	5	6	7	8				

Выраженные нарушения – ФК3										9	10	11	
Резко выраженные нарушения – ФК4												11	12
Портальная гипертензия													
Легкие нарушения – ФК1		1	2	3									
Умеренные нарушения – ФК2					4	5	6	7	8				
Выраженные нарушения – ФК3										9	10	11	
Резко выраженные нарушения – ФК4												11	12

3.3.2. Клинико-функциональные критерии оценки выраженности нарушений

СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Легкие нарушения – ФК1

Сердечная недостаточность (Н) I стадии

Клинические признаки (одышка, сердцебиение, утомляемость) проявляются только при физической нагрузке. Гемодинамика и функции органов в покое не нарушены. Фракция выброса (ФВ) по данным ЭхоКГ > 50 %.

Умеренные нарушения – ФКII

Н II A стадия

Клинические признаки в покое выражены умеренно, снижена толерантность к физической нагрузке, имеются выраженные нарушения гемодинамики в одном из кругов кровообращения (в малом или большом) как в покое, так и при нагрузке. Клиническая картина зависит от преимущественного поражения левого или правого желудочков сердца. При левожелудочковой недостаточности уже на ранних этапах появляется одышка и тахикардия при обычной физической нагрузке, затем присоединяется кашель, цианоз губ, приступы удушья в ночное время, иногда кровохаркание; в легких при аускультации рассеянные сухие хрипы, в нижних отделах – немногочисленные влажные хрипы.

На ЭКГ – признаки гипертрофии левых отделов сердца, на рентгенограмме легких – застойные явления в корнях легких (I ст. легочной гипертензии). По данным ЭхоКГ – снижение сократительной функции

миокарда (УО < 60 мл, ФВ < 45 %). При правожелудочковой недостаточности появляется пастозность голеней, увеличивается и постепенно уплотняется печень.

Выраженные нарушения – ФКIII

Н II Б стадия

Значительно выраженные признаки сердечной недостаточности в покое, тяжелые гемодинамические нарушения в большом и малом кругах кровообращения. Ярко выраженный акроцианоз, периферические отеки, при аускультации в легких сухие и застойные влажные хрипы; на ЭКГ – гипертрофия и дилатация левых и правых отделов сердца, нарушения ритма сердца, на R-грамме легких – усиление легочного рисунка за счет сосудистого компонента, расширение и пульсация сосудистого пучка (II ст. легочной гипертензии). Отечная жидкость появляется в полостях в виде гидроперикарда, гидроторакса, асцита, переполняется венозная системы, что проявляется набуханием и пульсацией шейных вен. Значительное снижение сократительной функции миокарда: ФВ по данным ЭхоКГ < 35 %.

Резко выраженные нарушения – ФКIV

Н III стадия

Конечная, дистрофическая, полностью необратимая тяжелая стадия. Характеризуется резко выраженными нарушениями гемодинамики в малом и большом кругах кровообращения, необратимыми нарушениями обмена веществ, дистрофическими изменениями внутренних органов и выраженным нарушением их функции.

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 (мерцательная аритмия). Резкое снижение сократительной функции миокарда (ФВ < 20 %).

КОРОНАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Легкие нарушения – ФКI

Обычная физическая нагрузка не вызывает приступов стенокардии. Они появляются при нагрузках повышенной интенсивности, выполняемых длительно и в быстром темпе (латентная стенокардия) или сразу после ее прекращения. Ходьба по ровной местности в среднем темпе или подъем по лестнице более чем на 2 этажа, эмоциональные нагрузки приступов стенокардии не вызывают.

ЭКГ - нерезкая синусовая тахикардия или брадикардия, нерезкие изменения амплитуды зубцов и интервалов, нерезкое смещение вниз сегмента ST (в пределах 0,5 мм или 0,05 мВ).

ЭКГ-мониторирование - экстрасистолия и парасистолия (до 15 эктопических комплексов в 1 ч), преобладание смещения сегмента ST от изолинии в пределах 1,5 мм, неадекватность частоты сердечных сокращений режимам деятельности пациента.

Тредмилэргометрия или велоэргометрия (ВЭМ) - мощность переносимой нагрузки высокая – более 600 кгм/мин, двойное произведение более 270 ед., потребление кислорода более 7 MET.

ЭКГ – проба с физической нагрузкой - смещение сегмента ST в пределах 0,5-1 мм (0,05 –0,1 мВ) (возможная, умеренная ишемия миокарда).

ЭХО – КГ - незначительное (до 15 % от нормальной величины) увеличение размеров полостей и толщины камер сердца, отсутствие гипокинезии миокарда сегментарного характера, фракция выброса левого желудочка более 50%.

Отмечается небольшое ограничение обычной физической активности. Приступы стенокардии возникают при среднем темпе ходьбы (80-100 шагов в 1') по ровному месту на расстоянии более 500 м, при подъеме по лестнице выше, чем на один этаж, подъеме в гору, в ближайшие часы после сна, при ходьбе после приема пищи, при эмоциональном возбуждении. Может отмечаться метеочувствительность – вероятность возникновения приступов стенокардии увеличивается в холодную, ветреную погоду, при ходьбе против ветра.

ЭКГ - умеренное снижение или увеличение вольтажа зубцов P, R и T, смещение вниз в пределах 0,1-0,15 мВ сегмента ST. Дополнительными критериями являются частые экстрасистолы, нерезкое замедление внутрипредсердной, предсердно-желудочковой проводимости.

ЭКГ-мониторирование - синусовая брадикардия (40-45 в 1 мин) и синусовая тахикардия (более 90-110 в 1 мин) в условиях покоя, синусовая аритмия, миграция водителя ритма, экстрасистолия и парасистолия (до 30 комплексов в 1 ч), преходящие атриовентрикулярная блокада I степени и неполная блокада ножек пучка Гиса, преходящий синдром укорочения интервала PQ без уширения и деформации комплекса QRS, умеренное увеличение или уменьшение амплитуды зубцов P, R, S и T, смещение сегмента ST от изолинии в пределах 2 мм.

Тредмилэргометрия или велоэргометрия (ВЭМ) - мощность переносимой нагрузки в пределах 400-600 кгм/мин; двойное произведение 220-270 ед.; потребление кислорода от 5 до 7 MET.

ЭКГ – проба с физической нагрузкой - смещение сегмента ST в пределах 1,5-2 мм (0,15-0,2 мВ) (безусловный признак выраженной ишемии миокарда).

Эхокардиография (ЭХО – КГ) - увеличение размеров полостей и толщины стенок камер сердца на 20-25 % от нормальной величины; фиброзные изменения клапанов с нарушением их кинетики, отклонениями показателей амплитуды раскрытия и скорости диастолического прикрытия передней створки митрального клапана в пределах 40 % от нормы, но без нарушения функции клапана, т.е. без гемодинамических нарушений (стеноз или недостаточность); утолщение и уплотнение стенок аорты при нормальном ее просвете; локальное (в пределах 1-2 сегментов) утолщение или уплотнение перикарда или расширение перикардальной полости в пределах 0,4 см; гипокинезия миокарда сегментарного характера (в частности, для левого желудочка в пределах 25 % его площади); дискинезия и акинезия миокарда на фоне аномальной внутрисердечной проводимости; уменьшение фракции выбора левого желудочка до 36-50 % и уменьшение скорости циркуляторного

укорочения миокарда левого желудочка до $1,10-0,85 \text{ с}^{-1}$.

Выраженные нарушения – ФКIII

Характеризуется выраженным ограничением обычной физической активности. Приступы стенокардии возникают у больных при ходьбе по ровной местности в среднем темпе на расстояние 100-500 м сразу после ускорения ходьбы, при подъеме по лестнице на один этаж. Возможны редкие приступы стенокардии покоя.

ЭКГ - деформация зубца Р (увеличение амплитуды, расщепление, уширение), наличие патологического зубца Q (комплексы типа QR, QS), малая амплитуда зубцов R в большинстве отведений, резкое (2 мм и более) смещение вниз сегмента ST с уплощением или инверсией зубца T, смещение интервала ST вверх в виде монофазной кривой. Дополнительные критерии – нарушения ритма (мерцательная аритмия, системные, политопные, групповые экстрасистолы) и проводимости (различные формы блокад).

ЭКГ-мониторирование - стабильные или преходящие выраженная брадикардия (менее 40 в 1 мин) и синусовая тахикардия (110-130 в мин) в условиях покоя; отсутствие динамики частоты ритма при физической нагрузке; частые (30-60 в 1 час) политопные, полиморфные и групповые экстрасистолы, постоянные и пароксизмальные бради- и тахиаритмии с эктопическим источником ритма (в том числе мерцательная аритмия и все виды пароксизмальных тахикардий); синоаурикулярная и атриовентрикулярная блокада II и III степеней, полные блокады ножек пучка Гиса; синдром преждевременной деполяризации желудочков типа WPW; патологические рубцы Q, комплексы QS, смещение сегмента ST от изолинии более 2 мм, инверсия или реверсия зубца T.

Тредмилэргометрия или велоэргометрия (ВЭМ) - мощность переносимой нагрузки в пределах 150-300 кгм/мин; двойное произведение 160-210 ед.; число MET 3,3-4,7.

ЭКГ – проба с физической нагрузкой - смещение сегмента ST более 2 мм (0,2 мВ) (признак значительно выраженной ишемии миокарда).

Эхокардиография (ЭХО – КГ) - увеличение размеров полостей и толщины камер сердца более чем на 25 % от их нормальной величины или уменьшение размеров и истончение стенок камер сердца; поражение клапанных структур с наличием кальциноза; нарушение кинетики пораженного клапана с отклонением показателей его кинетики более 40% от нормы; нарушение функции клапана с признаками стенозирования или недостаточности; утолщение или уплотнение перикарда, расширение более 0,5 см перикардальной полости в пределах 1-2 областей (стенок) сердца; акинезия и диэкинезия миокарда; фракция выброса менее 35 %.

Резко выраженные нарушения – ФКIV

Резко выраженное ограничение физической активности. Стенокардия возникает под влиянием небольших физических нагрузок, при ходьбе по ровной местности в среднем темпе на расстоянии менее 100 м, а также при минимальных бытовых и эмоциональных нагрузках; частые приступы стенокардии покоя; при небольшом повышении АД, тахикардии может возникать стенокардия при переходе из вертикального в горизонтальное положение (status decubirts).

ЭКГ - изменения электрической активности характеризуются как выраженные по двум критериям и более (в частности, наличие мерцательной аритмии и патологических зубцов Q).

ЭКГ-мониторирование - частные (более 60 в 1 ч) политопные, полиморфные и типа R+T экстрасистолы; сложные (сочетанные) нарушения сердечного ритма, в том числе эктопические замещающие ритмы при полной синоаурикулярной и атриовентрикулярной блокадах; атриовентрикулярный и идиовентрикулярный ритм при мерцании и трепетании предсердий и др.; сочетание двух признаков выраженных изменений и более: например, мерцательная аритмия и наличие комплексов QS у пациентов, перенесших инфаркт миокарда.

Тредмилэргометрия или велоэргометрия (ВЭМ) - мощность выполненной нагрузки менее 150 кгм/мин; двойное произведение менее 160 ед.; число МЕТ

менее 3,0 (пробы часто не проводятся).

ЭКГ – проба с физической нагрузкой - пробы практически не проводятся.

Эхокардиография (ЭХО – КГ) - наличие двух признаков выраженных изменений показателей и более, а также признаков тотального фиброза и кальциноза клапанных структур, акинезией и дискинезией миокарда распространенного характера, расширением перикардальной полости более 0,5 см вокруг левых и правых отделов сердца (вне острой фазы заболевания это может наблюдаться при недостаточности кровообращения), утолщением и уплотнением перикарда вокруг левых и правых отделов сердца.

НАРУШЕНИЯ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ

Легкие нарушения – ФК I

Экстрасистолия и парасистолия – до 15 эктопических комплексов в час. Легкие пароксизмальные нарушения ритма (частота – 1 раз в месяц и реже, продолжительность – до 2-3 ч) быстро купируются и не вызывают нарушений гемодинамики.

Умеренные нарушения – ФК II

Синусовая брадикардия (40-45 в 1 мин) и синусовая тахикардия (100-110 ударов в мин) в условиях покоя, синусовая аритмия. Миграция водителя ритма, экстрасистолия и парасистолия (до 30 эктопических комплексов в час), преходящий синдром укорочения интервала PQ без уширения и деформации комплекса QRS.

Пароксизмальные нарушения ритма средней тяжести (частота – 2-4 раза в месяц, продолжительность – от 0,5 ч до 4 сут) сопровождаются нарушением гемодинамики, купируются парентеральным введением лекарственных средств.

Выраженные нарушения – ФК III

Стабильные или преходящие выраженная брадикардия (менее 40 в 1 мин) и синусовая тахикардия (110-130 в 1 мин) в условиях покоя: частые (30-60 в 1 ч) политопные, полиморфные и групповые экстрасистолы, постоянные и пароксизмальные брад- и тахиаритмии с эктопическим источником ритма (в том числе мерцательная аритмия и все виды пароксизмальных тахикардий);

синаурикулярная и атриовентрикулярная блокада II и III ст., полные блокады ножек пучка Гиса, синдром преждевременной деполяризации желудочков типа WPW, при наличии признаков недостаточности кровообращения (НК) I-IIa ст.

Тяжелые пароксизмальные нарушения ритма (2-4 раза в неделю) сопровождаются нарушением гемодинамики, коррекция в условиях стационара.

Резко выраженные нарушения – ФIV

Частные политопные, полиформные и типа R+T экстрасистолы; сложные (сочетанные) нарушения сердечного ритма, в том числе эктопические замещающие ритмы при полной синоаурикулярной и атриовентрикулярной блокадах; атриовентрикулярный и идиовентрикулярный ритм при мерцании и трепании предсердий и др.; сочетание двух признаков выраженных изменений и более, например, мерцательная аритмия и наличие комплексов QS у пациентов, перенесших инфаркт миокарда наличия признаков НК IIa и IIб ст.

ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ (ДН)

ДН I степени – одышка, участие вспомогательных мышц в акте дыхания (мышцы плечевого пояса, шеи, передней брюшной стенки) появляется только при выполнении значительной физической нагрузки. Цианоз отсутствует, речевая проба отрицательная. ЧД в покое 16-19 дыхательных движений в 1 мин. ЧСС 60-80 в 1 мин. Показатели функции внешнего дыхания изменены незначительно: ЖЕЛ снижена до 70 % от должной, МВЛ – 74-60 %, МОД увеличен до 130-140 %, ОФВ снижен до 60 %, индекс Тиффно – до 70 %, МОС 50 % снижена до 32 %, МОС 75 % снижена до 40 % от должных значений.

ЭКГ – может выявляться преходящая перегрузка правого желудочка. Газовый состав крови в норме.

ДН I-II степени – одышка, участие вспомогательных мышц в акте дыхания, положительная речевая проба появляются при выполнении умеренной физической нагрузки, в покое отсутствуют. ЧД в покое 20-21 в 1 мин, ЧСС – 80-90 в 1 мин. Показатели функции внешнего дыхания: ЖЕЛ – 69-55 %, МВЛ – 59-55 %, МОД – 142-148 %, ОФВ – 59-40 %, индекс Тиффно – 69-55 %, МОС 50 % - 31-20 %, МОС 75 % - 39-27 %.

ЭКГ – признаки гипертрофии правого предсердия, перегрузки правого желудочка.

Газовый состав крови – может отмечаться умеренная гипоксемия при отсутствии гиперкапнии. Содержание эритроцитов и гемоглобина в периферической крови в пределах нормы.

ДН II степени – одышка отмечается в покое и усиливается при выполнении повседневных бытовых нагрузок. Частота дыхания в покое 21-29 в 1 мин. Речевая проба положительная. Отмечается цианоз слизистых, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания при небольшой физической нагрузке. ЧСС – до 100 в 1 мин. Показатели функции внешнего дыхания: ЖЕЛ снижена до 54-50 %, МВЛ – 54-50 %, МОД увеличен до 150 %, ОФВ – 39-35 %, индекс Тиффно – 54-40 %, МОС 50 % - 19-12 %, МОС 75 % - 26-10%.

ЭКГ – признаки гипертрофии и дилатации правых отделов сердца.

Газовый состав крови – выраженная гипоксемия (PaO_2 - 79-55 мм рт. ст.) без гиперкапнии.

В периферической крови выявляется эритроцитоз и повышение содержания гемоглобина.

ДН III степени – выраженная одышка в покое с частотой дыхания 30 дыхательных движений и более в 1 мин. Резко выражен диффузный цианоз, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания в покое. Речевая проба резко положительна. Тахикардия в покое с частотой сердечных сокращений более 100 в 1 мин. Отмечается набухание и пульсация шейных вен, эпигастральная пульсация, увеличение печени, периферические отеки как проявления сердечной недостаточности. Показатели функции внешнего дыхания: ЖЕЛ – менее 50 %, МВЛ – менее 50 %, МОД – 180 % и более, ОФВ менее 35 %, индекс Тиффно - менее 40 %, МОС 50 % - менее 12 %, МОС 75 % - менее 10 %.

ЭКГ – признаки выраженной дилатации правых отделов сердца.

Газовый состав крови: выраженная гипоксемия (PaO_2 менее 50 мм рт. ст.) и гиперкапния ($PaCO_2$ более 45 мм рт. ст.), в периферической крови

выраженный эритроцитоз, содержание гемоглобина более 170 г/л.

При определении степени утраты трудоспособности вследствие профессиональных заболеваний органов дыхания учитывается тяжесть течения бронхиальной астмы и хронического обструктивного бронхита.

Бронхиальная астма (БА)

1. Легкое эпизодическое течение БА

Приступы удушья кратковременные и возникают не чаще 1-2 раз в неделю. Ночные симптомы не чаще 2 раз в месяц, в межприступном периоде самочувствие не нарушено. Показатели функции внешнего дыхания: пиковая скорость выдоха (ПСВ) или объем форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ₁) не менее 80 % от должных значений. Суточные колебания ПСВ или ОФВ₁, не превышают 20 %. После ингаляции бронхолитика (при обострении) показатели ПСВ и ОФВ₁ возвращаются к нормальным значениям.

2. Легкое персистирующее течение БА

Приступы удушья чаще 2 раз в неделю, но не ежедневно. Обострения (приступы) могут нарушать физическую активность и сон. Ночные симптомы чаще 2 раз в месяц. ПСВ или ОФВ₁ не более 80 % от должных значений. Суточные колебания ПСВ 20 %-30 %.

3. Среднетяжелое течение БА

Симптомы (приступы) отмечаются ежедневно, необходим ежедневный прием β_2 -агонистов короткого действия. Ночные симптомы более 1 раза в неделю. Обострения нарушают физическую активность и сон. ПСВ или ОФВ₁ составляют 60 %-80 % от должных значений, суточные колебания ПСВ более 30 %.

4. Тяжелое течение БА

Симптомы постоянные с частыми обострениями. Физическая активность ограничена. Частые ночные симптомы. ПСВ или ОФВ₁ менее 60 % от должных значений, суточные колебания ПСВ более 30 %.

Хронический обструктивный бронхит (ХОБ)

1. Легкая степень тяжести ХОБ

Отмечается непродуктивный кашель с трудноотделяемой мокротой. Одышка отсутствует. Рентгенологические признаки отсутствуют, ЭКГ без изменений. ПСВ или $ОФВ_1 \geq 70$ % от должных значений. Парциальное напряжение кислорода (PO_2) в капиллярной крови в норме. Содержание эритроцитов и гемоглобина в периферической крови нормальное. В течение года отмечается 1-2 обострения процесса.

2. Средняя степень тяжести ХОБ

Отмечается кашель с мокротой, одышка экспираторного характера при физической нагрузке. Рентгенологически выявляется перибронхиальная инфильтрация. На ЭКГ - тахикардия, признаки хронического легочного сердца. ПСВ или $ОФВ_1 - 50-60$ % от должных значений. $PO_2 > 60$ мм рт. ст. Отмечается тенденция к эритроцитозу и повышению содержания гемоглобина в периферической крови. В течение года отмечается 3-4 среднетяжелых обострения процесса.

3. Тяжелая степень тяжести ХОБ

Постоянный кашель с мокротой. Одышка отмечается в покое, сопровождается кашлем и свистящим дыханием. Рентгенологически выявляется диффузный пневмосклероз, эмфизема легких. На ЭКГ - признаки хронического легочного сердца. ПСВ или $ОФВ_1 < 50$ % от должных показателей. $PO_2 < 60$ мм рт. ст. В периферической крови выявляется эритроцитоз и высокое содержание гемоглобина. В течение года отмечается 5 и более тяжелых обострений процесса.

ХРОНИЧЕСКАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ (ХПН)

Латентная стадия – клинические проявления ХПН отсутствуют. Диурез в пределах нормы. Клубочковая фильтрация снижена до 45-60 мл/мин. Возможно повышение в крови уровня мочевины до 8,8 ммоль/л и креатинина до 0,18 ммоль/л. Электролиты крови в пределах нормы. Гемоглобин более 110 г/л.

Компенсированная стадия – проявляется легкой диспепсией, сухостью во рту, утомляемостью. Отмечается легкая компенсаторная полиурия,

незначительное снижение концентрационной функции (диапазон колебаний относительной плотности мочи в течение суток менее 8 ед.). Клубочковая фильтрация снижена до 30-40 мл/мин. Содержание в крови мочевины – 8,8-10,0 ммоль/л, креатинина – 0,2-0,28 ммоль/л. Гемоглобин 100-110 г/л, возможна гипонатриемия.

Интермиттирующая стадия – проявляется нарастающей слабостью, жаждой, тошнотой, нарушением сна. Отмечается выраженная полиурия, гипоизостенурия (относительная плотность мочи 1010-1012 ед.). Клубочковая фильтрация – 20-30 мл/мин, содержание в крови мочевины – 10,1-19,9 ммоль/л, креатинина – 0,3-0,6 ммоль/л. Гемоглобин 90-100 г/л, часто выявляется гипонатриемия, гиперкалиемия, гипокальциемия. Умеренный метаболический ацидоз.

Терминальная стадия – в начальном периоде клинические проявления те же, что и в интермиттирующей стадии. Водовыделительная функция почек сохранена, клубочковая фильтрация 5-15 мл/мин, содержание в крови мочевины 20,0-35,0 ммоль/л, креатинина до 1,0 ммоль/л. Умеренные электролитные нарушения и умеренный метаболический ацидоз. В последующем развивается резкая слабость, головная боль, кожный зуд, олигоанурия, задержка жидкости в тканях, сердечная недостаточность с нарушением кровообращения в большом и малом круге. Клубочковая фильтрация менее 5 мл/мин, мочевины крови более 35,0 ммоль/л, креатинин крови выше 1,1 ммоль/л, выраженная гипонатриемия, гипокальциемия, гиперкалиемия, декомпенсированный метаболический ацидоз, дистрофия внутренних органов.

НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПИТАНИЯ

Легкая степень – потеря массы тела в течение профессионального заболевания или в результате последствий несчастного случая на производстве до 10 % от исходной. Индекс массы тела (ИМТ) – 17,0-18,4. Толщина кожно-жировой складки над трехглавой мышцей плеча: мужчины – 10,0-11,3 мм, женщины – 13,2-14,9 мм. Биохимические критерии: сывороточный альбумин –

35-32 г/л., трансферрин – 2,5-1,8 г/л, преальбумин – 0,15-0,12 г/л.

Средняя степень – потеря массы тела в течение профессионального заболевания или в результате последствий несчастного случая на производстве от 10 % до 20 % от исходной. Индекс массы тела 1,60-16,9. Толщина кожно-жировой складки над трехглавой мышцей плеча: мужчины – 7,5-9,9 мм, женщины – 9,9-13,2 мм. Биохимические критерии: сывороточный альбумин – 32-28 г/л, трансферрин – 1,8-1,5 г/л, преальбумин – 0,12-0,10 г/л, креатининовый индекс (экскреция креатинина за 24 часа, мг / рост, см) – 60-80 % от нормы.

Тяжелая степень – потеря массы тела в течение профессионального заболевания или в результате последствий несчастного случая на производстве – более 20 % от исходной. Индекс массы тела менее 16,0. Толщина кожно-жировой складки над трехглавой мышцей плеча: мужчины – менее 7,5 мм, женщины – менее 9,9 мм. Биохимические критерии: сывороточный альбумин – менее 28 г/л, трансферрин – менее 1,5 г/л, преальбумин – менее 0,1 г/л, креатининовый индекс – менее 60 % от нормы.

ПЕЧЕНОЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Легкие нарушения - ФК I

Компенсированная (начальная) стадия. Умеренное нарушение самочувствия. Умеренные нарушения показателей, характеризующих поглотительно-экскреторную, метаболическую и синтетическую функции печени: увеличение общего билирубина сыворотки крови до 30 мкмоль/л, АсАТ – до 1,1 ммоль/ч/л, АлАТ – до 1,3 ммоль/ч/л, щелочные фосфатазы – до 4,0 мккат/л, тимоловые пробы – до 10 ед., повышение общего белка сыворотки крови до 93 г/л, протромбинового индекса – до 70 %, уробилирубин +.

Умеренные нарушения – ФК II

Субкомпенсированная стадия. Клинические проявления недостаточности функции печени. Выраженные изменения биохимических показателей: билирубин сыворотки крови увеличен до 45 мкмоль/л, АсАТ – до 2,5 Ммоль/ч/л, алАТ – до 3,8 Ммольч/л/, уровень щелочной фосфатазы – до 7,0

мккат/л, тимоловой пробы – до 20 ед., общий белок сыворотки крови с увеличением до 100 г/л либо снижение до 50 г/л, уменьшение А/Г до 0,7; фибриногена плазмы – до 1,0 г/л, протромбинового индекса – до 60 %, уробилирубин ++.

Выраженные нарушения - ФКIII

Стадия декомпенсации. Недостаточность функции печени характеризуется синдромом интоксикации (при ухудшении) с изменением сознания (прекома, кома), олигурией. Значительно выраженные изменения биохимических показателей: билирубин более 45 Ммоль/л, АсАТ более 2,5 Ммоль/ч/л, АлАТ – более 3,8 Ммоль/ч/л, щелочная фосфатаза – более 7,0 мккат/л, тимоловая проба – более 20 ед., общий белок – более 100 г/л или ниже 50 г/л, А/Г – менее 0,6, фибриногена – менее 1,0 г/л, протромбиновый индекс – менее 60 %, уробилирубин +++.

Резко выраженные нарушения - ФК IV

Стадия выраженной декомпенсации с симптомами печеночной энцефалопатии II и более выраженных стадий.

ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

Легкие нарушения – ФКI

Начальная стадия портальной гипертензии (ПГ) (доклиническая).

Клиника: ранние симптомы внутрипеченочной портальной гипертензии – упорный диспептический синдром, умеренный метеоризм, периодический понос, незначительное похудание без изменений функций печени. *УЗИ:* увеличение диаметра воротной вены более 12 мм на выдохе, отсутствие его увеличения на вдохе; расширение диаметра селезеночной вены более 10 мм; увеличение диаметра верхней брыжеечной вены на выдохе и отсутствие его увеличения на вдохе. *ЭФГС:* признаки развития коллатерального кровообращения (расширение вен нижней 1/3 пищевода 1 ст. – диаметр от 2 до 3 мм).

Умеренные нарушения – ФКII

Стадия начальной декомпенсации ПН. *Клиника:* умеренно выраженные

клинические проявления – тяжесть, боли в верхней половине живота и правом подреберье, диспептические расстройства, метеоризм, гепатомегалия, спленомегалия; расширение вен передней брюшной стенки. Давление в воротной вене может достигать 250-300 мм водяного столба. *УЗИ*: значительное расширение диаметра воротной, селезеночной и верхней брыжеечной вен, гепатоспленомегалия. *ЭФГС*: умеренное варикозной расширение вен нижней трети пищевода 2 ст. (от 3 до 5 мм).

Выраженные нарушения – ФКIII

Стадия декомпенсированной осложненной ПГ. *Клиника*: резко выраженные клинические проявления – боли по всему животу, тошнота, поносы, прогрессирующее похудание, признаки полигиповитаминоза, «голова медузы», асцит, кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода, желудка и прямой кишки, синдром гиперспленизма (анемия, лейкопения, тромбоцитопения), отеки нижних конечностей. *ЭФГС*: резко выраженное варикозное расширение вен (более 5 мм) нижней трети пищевода, свода и кардиального отдела желудка с возможными пищеводно-желудочными кровотечениями. *УЗИ*: наряду с УЗ-признаками, характерными для предыдущей стадии, выявляются реканализация пупочной вены, портокавальные анастомозы, асцит.

Резко выраженные нарушения – ФКIV

Стадия декомпенсированной ПГ с тяжелыми осложнениями. Наряду с резко выраженными клиническими проявлениями отмечаются массивные кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода, желудка и прямой кишки, развивается портальная энцефалопатия с головными болями, головокружением, снижением памяти, нарушением формулы сна (бессонница ночью, сонливость днем). При выраженной энцефалопатии появляются бред, галлюцинации, неадекватное поведение больных, неврологические признаки поражения ЦНС.

3.4. Оценочные критерии выраженности нарушений и ограничений жизнедеятельности при онкологических заболеваниях

3.4.1. Проценты утраты профессиональной трудоспособности при онкологических заболеваниях

Характер и степень выраженности нарушенных функций	Процент утраты профессиональной трудоспособности												
	0	10	15	20	25	30	40	50	60	70	80	90	100
Легкие нарушения – ФК1													
1. Злокачественные новообразования губы, полости рта и глотки.	0	1	2	3	4				8				
2. Злокачественные новообразования органов пищеварения	0	1	2	3	4				8				
3. Злокачественные новообразования органов дыхания и грудной клетки	0	1	2	3	4				8				
4. Злокачественные новообразования костей и суставных хрящей	0	1	2	3	4				8				
5. Меланома и другие злокачественные новообразования кожи	0	1	2	3	4				8				
6. Злокачественные новообразования мезотелиальной и других мягких тканей	0	1	2	3	4				8				
7. Злокачественные новообразования молочной железы	0	1	2	3	4				8				
8. Злокачественные новообразования женских половых органов	0	1	2	3	4				8				
9. Злокачественные новообразования мужских половых органов	0	1	2	3	4				8				
10. Злокачественные новообразования мочевых путей	0	1	2	3	4				8				
11. Злокачественные новообразования глаза, головного мозга и других отделов центральной нервной системы	0	1	2	3	4				8				
12. Злокачественные новообразования щитовидной железы	0	1	2	3	4				8				
13. Злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и	0	1	2	3	4				8				

дыхания и грудной клетки					4	5	6	7	8	9	10	11	12
4. Злокачественные новообразования костей и суставных хрящей					4	5	6	7	8	9	10	11	12
5. Меланома и другие злокачественные новообразования кожи					4	5	6	7	8	9	10	11	12
6. Злокачественные новообразования мезотелиальной и других мягких тканей					4	5	6	7	8	9	10	11	12
7. Злокачественные новообразования молочной железы					4	5	6	7	8	9	10	11	12
8. Злокачественные новообразования женских половых органов					4	5	6	7	8	9	10	11	12
9. Злокачественные новообразования мужских половых органов					4	5	6	7	8	9	10	11	12
10. Злокачественные новообразования мочевых путей					4	5	6	7	8	9	10	11	12
11. Злокачественные новообразования глаза, головного мозга и других отделов центральной нервной системы					4	5	6	7	8	9	10	11	12
12. Злокачественные новообразования щитовидной железы					4	5	6	7	8	9	10	11	12
13. Злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей					4	5	6	7	8	9	10	11	12
Резко выраженные – ФК4													
1. Злокачественные новообразования губы, полости рта и глотки.											10	11	12
2. Злокачественные новообразования органов пищеварения											10	11	12
3. Злокачественные новообразования органов дыхания и грудной клетки											10	11	12
4. Злокачественные новообразования костей и суставных хрящей											10	11	12
5. Меланома и другие злокачественные новообразования кожи											10	11	12
6. Злокачественные новообразования мезотелиальной и других мягких тканей											10	11	12
7. Злокачественные											10	11	12

ФК1 — условно благоприятный прогноз

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

ФК2 — сомнительный прогноз

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

Первичная опухоль имеет небольшие размеры, новообразования характеризуются низкой или умеренной степенью злокачественности, но имеются регионарные метастазы в лимфоузлах ближайших коллекторов; проведено радикальное лечение.

ФК 3 — неблагоприятный прогноз

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

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

Отмечается прогрессирование 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 проведения длительного агрессивного специального лечения (не менее 6-12 месяцев).

ФК4 — абсолютно неблагоприятный прогноз

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

Злокачественные новообразования губы, полости рта и глотки*Легкие - ФК1*

- Tis,1-2N0M0 (опухоль распространяется на одну анатомическую область), состояние после проведенного радикального лечения.

Прогноз условно благоприятный.

Умеренные - ФК2

- T3N0M0 (опухоль распространяется на две и более анатомические области) после проведенного радикального лечения;

- наличие последствий (умеренно выраженных осложнений — трахеостома, оростома, фарингостома).

Прогноз сомнительный.

Выраженные - 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;

- T1-4N1-3M0; когда показано специальное лечение или после проведенного лечения в течение 24–36 месяцев;

- наличие последствий (выраженных осложнений — осложненная трахеостома, оростома, фарингостома).

Прогноз неблагоприятный.

Резко выраженные - ФК4

- T4N1-3M0; при невозможности проведения специального лечения вследствие распространенности процесса или при неэффективности проводимого лечения;

- T любая N любая M1 при невозможности проведения специального

лечения или его неэффективности;

- выраженный паранеопластический синдром, препятствующий проведению лечения и приводящий к нуждаемости в постоянном постороннем уходе и помощи.

Прогноз абсолютно неблагоприятный.

Злокачественные новообразования органов пищеварения

Легкие — ФК1

- T1-2N0M0; гистологически — высоко или умеренно дифференцированные злокачественные новообразования; после проведенного радикального лечения.

Прогноз условно благоприятный

Умеренные - ФК2

- те же характеристики опухолевого процесса, что и при ФК1, но при прогностически неблагоприятном гистологическом строении опухоли — низко- или недифференцированный рак, саркома желудка и кишечника, а для желудка также перстневидно-клеточный рак; после проведенного радикального лечения в течение 12-24 мес.;

- наличие умеренно выраженных осложнений и последствий (постгастрорезекционный синдром, агастральная астения, спаечная болезнь брюшной полости, формирование кишечных свищей, вентральная грыжа, недостаточность анального сфинктера (после брюшно-анальной резекции прямой кишки), колостома;

- наличие анатомического дефекта (гастрэктомия).

Прогноз сомнительный.

Выраженные - ФК3

- T3-4N0M0; T1-2N1M0; гистологически — высоко- или умеренно дифференцированный рак; после проведенного радикального лечения в течение 12–24 мес.;

- T3-4N0M0; T1-2N1M0; при прогностически неблагоприятном клеточном строении опухоли - низко- или недифференцированный рак, саркома

желудка и кишечника, а для желудка также перстневидно-клеточный рак (в случаях если показано специальное лечение или после проведенного лечения в течение 24–36 месяцев);

- T3-4N1-3M0 при любом гистологическом строении опухоли (показано специальное лечение или после проведенного лечения в течение 24–36 месяцев);

- прогрессирование процесса (рецидив опухоли) при эффективности проводимого специального лечения или после окончания лечения в течение 24–36 месяцев;

- наличие резко выраженных осложнений лечения.

Прогноз неблагоприятный.

Резко выраженные - ФК 4

- T любая N любая M1;

- прогрессирование процесса (появление рецидива, регионарных и (или) отдаленных метастазов) при невозможности проведения специального лечения вследствие распространенности процесса или при неэффективности проводимого лечения.

- выраженный паранеопластический синдром, препятствующий проведению лечения и приводящий к нуждаемости в постоянном постороннем уходе и помощи.

Прогноз абсолютно неблагоприятный.

Злокачественные новообразования органов дыхания и грудной клетки

Легкие - ФК1

- Tis,1,2N0M0 (кроме мелкоклеточного рака легкого); после проведенного радикального (хирургического) лечения.

Прогноз условно благоприятный.

Умеренные - ФК2

- T1-2N1M0 (кроме мелкоклеточного рака); после проведенного радикального (хирургического) лечения в течение 12–24 месяцев;

- T3N0M0 (кроме мелкоклеточного рака); после проведенного

радикального (хирургического) лечения в течение 12–24 месяцев;

- наличие умеренно выраженных осложнений и последствий (дыхательная недостаточность 1-2 ст., трахеостома);

- наличие анатомического дефекта (пульмонэктомия).

Прогноз сомнительный.

Выраженные - ФК3

- Tis,1-3N0M0; гистологически – мелкоклеточный рак легкого; после проведенного радикального лечения в течение 24–36 месяцев;

- Tis,1-3N0-1M0; после проведенного лучевого или химиолучевого лечения в течение 12–24 месяцев;

- T1-3N2-3M0; показано лечение или после проведенного лечения в течение 24–36 месяцев;

- T4N0-3M0; показано лечение или после проведенного лечения в течение 24–36 месяцев;

- прогрессирование процесса (местный рост опухоли, появление рецидива, регионарных и (или) отдаленных метастазов) в случае эффективности проводимого специального лечения.

- наличие выраженных осложнений и последствий лечения (дыхательная недостаточность 2 ст., легочно-сердечная недостаточность, осложненная трахеостома).

Прогноз неблагоприятный.

Резко выраженные - ФК4

- T4N0-3M0; при невозможности проведения лечения вследствие распространенности процесса или при неэффективности проводимого лечения;

- T любая N любая M1;

- прогрессирование процесса (местный рост опухоли, появление рецидива, регионарных и (или) отдаленных метастазов) при неэффективности проводимого лечения или невозможности проведения лечения вследствие распространенности процесса;

- выраженный паранеопластический синдром, препятствующий

проведению лечения и приводящий к нуждаемости в постоянном постороннем уходе и помощи.

Прогноз абсолютно неблагоприятный.

Злокачественные новообразования костей и суставных хрящей

Легкие - ФК 1

- Опухоли небольшого размера, без регионарных и отдаленных метастазов; после проведенного радикального хирургического, комбинированного или комплексного лечения; при отсутствии осложнений лечения.

Прогноз условно благоприятный.

Умеренные - ФК2

- те же характеристики опухолевого процесса, что и при ФК1, но при наличии умеренно выраженных осложнений лечения (умеренные контрактуры, опротезированные культы конечностей, умеренная анемия и (или) лейкопения как следствие проводимой химиотерапии и др.);

- опухоли небольшого размера при наличии регионарных метастазов; после проведенного радикального лечения; в течение 12-24 месяцев;

- наличие анатомического дефекта (см. Инструкцию по определению инвалидности).

Прогноз сомнительный.

Выраженные - ФК3

- обширные опухоли, не подлежащие хирургическому лечению; при отсутствии или наличии регионарных метастазов; в случае эффективности проводимого лечения и после окончания его в течение 12-24 месяцев;

- прогрессирование процесса (появление рецидива регионарных и (или) отдаленных метастазов) в случае эффективности проводимого специального лечения;

- наличие выраженных осложнений и последствий лечения (выраженные контрактуры, неопротезированные культы конечностей; выраженная стойкая анемия и (или) лейкопения как следствие проводимой химиотерапии и др.);

- наличие анатомического дефекта (см. Инструкцию по определению инвалидности).

Прогноз неблагоприятный.

Резко выраженные - ФК4

- прогрессирование процесса (появление рецидива, регионарных и (или) отдаленных метастазов) при невозможности проведения спец. лечения вследствие распространенности процесса или при неэффективности проводимого лечения;

- выраженный паранеопластический синдром, препятствующий проведению лечения и приводящий к нуждаемости в постоянном постороннем уходе и помощи.

Прогноз абсолютно неблагоприятный

Меланома и другие злокачественные новообразования кожи

Легкие - ФК1

Для меланомы:

- Tis,1-2N0M0 при 1–2 уровне инвазии по Кларку после проведенного радикального лечения.

Для других новообразований:

- Tis,1-2N0M0; после проведенного радикального лечения.

Прогноз условно благоприятный.

Умеренные - ФК2

Для меланомы:

- Tis,1-2N0M0 при 3-м и более высоких уровнях инвазии по Кларку после проведенного радикального лечения;

- T3N0M0 при любом уровне инвазии по Кларку после проведенного радикального лечения.

Для других новообразований:

- Tis,1-2N1M0, T3N0M0; после проведенного радикального лечения;

- рецидив рака кожи; после проведенного радикального лечения в течение 12–24 мес.

Наличие умеренных осложнений лечения (лимфостаз, миогенные контрактуры).

Прогноз сомнительный.

Выраженные - ФК3

Для меланомы:

- T4N0M0; Tis,1-4N1-2M0 при любом уровне инвазии по Кларку; показано специальное лечение или после проведенного лечения в течение 24-36 мес.;

- прогрессирование процесса (появление рецидива или регионарных метастазов) при эффективности проводимого специального лечения.

Для других новообразований:

- 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 спец. лечение или после проведенного лечения в течение 12–24 мес.;

- T1-4N0-1M1; в случае эффективности проводимого спец. лечения и стабилизации процесса; а также после окончания лечения в течение 24–36 мес.;

- прогрессирование процесса (появление рецидива, регионарных и (или) отдаленных метастазов) при эффективности проводимого специального лечения;

- наличие выраженных осложнений (резко выраженный лимфостаз, некроз кожного лоскута и развитие длительно незаживающих язв).

Прогноз неблагоприятный.

Резко выраженные - ФК4

- 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 проводимого лечения;

- прогрессирование процесса (появление рецидива, регионарных и (или) отдаленных метастазов, а для меланомы и при диссеминации - появлении множественных внутрикожных метастазов) при неэффективности проводимого специального лечения или невозможности его проведения вследствие распространенности процесса;

- выраженный паранеопластический синдром, препятствующий проведению лечения и приводящий к нуждаемости в постоянном постороннем уходе и помощи.

Прогноз абсолютно неблагоприятный.

Злокачественные новообразования мезотелиальной и других мягких тканей

Легкие - ФК 1

- опухоли небольшого размера, без регионарных и отдаленных метастазов; после проведенного радикального хирургического, комбинированного или комплексного лечения; при отсутствии осложнений лечения.

Прогноз условно благоприятный.

Умеренные - ФК2

- те же характеристики опухолевого процесса, что и при ФК1, но при наличии умеренно выраженных осложнений лечения (умеренные контрактуры, опротезированные культы конечностей, умеренная анемия и (или) лейкопения как следствие проводимой химиотерапии и др.);

- опухоли небольшого размера при наличии регионарных метастазов; после проведенного радикального лечения; в течение 12-24 месяцев;

- наличие анатомического дефекта (см. Инструкцию по определению инвалидности).

Прогноз сомнительный.

Выраженные - ФК3

- обширные опухоли, не подлежащие хирургическому лечению; при отсутствии или наличии регионарных метастазов; в случае эффективности

проводимого лечения и после окончания его в течение 12-24 месяцев;

- прогрессирование процесса (появление рецидива регионарных и (или) отдаленных метастазов) в случае эффективности проводимого специального лечения;

- наличие выраженных осложнений лечения (выраженные контрактуры, неопротезированные культы конечностей; выраженная стойкая анемия и (или) лейкопения как следствие проводимой химиотерапии и др.);

- наличие анатомического дефекта (см. Инструкцию по определению инвалидности).

Прогноз неблагоприятный.

Резко выраженные - ФК4

- прогрессирование процесса (появление рецидива, регионарных и (или) отдаленных метастазов) при невозможности проведения спец. лечения вследствие распространенности процесса или при неэффективности проводимого лечения;

- выраженный паранеопластический синдром, препятствующий проведению лечения и приводящий к нуждаемости в постоянном постороннем уходе и помощи.

Прогноз абсолютно неблагоприятный.

Злокачественные новообразования молочной железы

Легкие - ФК1

- Tis,1-2N0M0; после проведенного радикального лечения.

Прогноз условно благоприятный

Умеренные - ФК2

- T1-2N1M0; T3N0M0; после проведенного радикального лечения в течение 12–24 месяцев;

- наличие умеренных осложнений (лимфостаз, миогенные (мышечные) контрактуры, стойкая умеренная анемия и лейкопения, постлучевой пневмофиброз с развитием ДН 1-2 ст.)

Прогноз сомнительный.

Выраженные - ФК3

- T4N0M0; T1-2N2-3M0; T3-4N1-3M0; когда показано специальное лечение или после проведенного лечения в течение 12–36 месяцев;
- прогрессирование процесса (рецидив, появление регионарных и (или) отдаленных метастазов) в случае эффективности проводимого лечения;
- T любая N любая M1; в случае эффективности проводимого лечения;
- наличие выраженных осложнений (резко выраженный лимфостаз и др.).

Прогноз неблагоприятный.

Резко выраженные - ФК 4

- T любая N любая M1; при неэффективности проводимого лечения или невозможности его проведения из-за распространенности процесса;
- прогрессирование процесса (появление отдаленных метастазов) в случае невозможности проведения специального лечения вследствие распространенности процесса;
- выраженный паранеопластический синдром, препятствующий проведению специального лечения и приводящий к нуждаемости в постоянном постороннем уходе и помощи.

Прогноз абсолютно неблагоприятный.

Злокачественные новообразования женских половых органов*Легкие - ФК1*

Для рака шейки и тела матки:

- Tis,1-2N0M0 после проведенного радикального лечения.

Для рака яичников:

- Tis,1N0M0 (кроме асцитной формы); после проведенного радикального лечения;
- неэпителиальные злокачественные новообразования яичников (доброкачественная текома или доброкачественная гранулезоклеточная опухоль, фиброма) и герминогенные опухоли яичников (тератома); после проведенного радикального лечения.

Прогноз условно благоприятный.

Умеренные - ФК2

Для рака шейки и тела матки:

- T1-2N1M0; T3N0M0; после проведенного радикального лечения.

Для рака яичников:

- T2N0M0 (кроме асцитной формы); после проведенного радикального лечения.

Для всех локализаций:

- наличие умеренно выраженных осложнений (спаечная болезнь брюшной полости, лимфостаз нижних конечностей, развитие вторичного уретерогидронефроза с явлениями хронической почечной недостаточности (компенсированная стадия)).

Прогноз сомнительный.

Выраженные - ФК3

Для рака шейки тела матки:

- 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;

- T4N0-1M0; T3N1M0; показано специальное лечение или после проведенного лечения в течение 24-36 мес.

Для рака яичников:

- T1-2N0M0, асцитная форма; показано спец.лечение или после проведенного лечения в течение 12–24 месяцев;

- T1-2N1M0; T3-4N0-1M0; показано спец. лечение или после проведенного лечения в течение 24–36 месяцев;

- неэпителиальные (злокачественная гранулезоклеточная опухоль) и герминогенные злокачественные новообразования яичников (дисгерминома, тератобластома, эмбриональная карцинома) злокачественные новообразования яичников; показано специальное лечение или после проведенного лечения в течение 24–36 месяцев.

Для всех опухолей:

- прогрессирование процесса (рецидив); показано специальное лечение или после проведенного лечения в течение 24–36 месяцев;

- наличие выраженных осложнений лечения (стриктуры мочеточников с формированием уретерогидронефроза, наличие нефростом, развитие вторичного хронического пиелонефрита с явлениями выраженной хронической почечной недостаточности (интермиттирующая стадия)).

Прогноз неблагоприятный.

Резко выраженные - ФК4

Для всех опухолей:

- T4N0-1M0; при невозможности проведения спец. лечения из-за распространенности процесса или при неэффективности проводимого лечения;

- T любая N любая M1;

- прогрессирование процесса (появление рецидива, регионарных и (или) отдаленных метастазов) при невозможности проведения спец. лечения из-за распространенности процесса или неэффективности проводимого лечения;

- выраженный паранеопластический синдром, препятствующий проведению специального лечения и приводящий к нуждаемости в постоянном постороннем уходе и помощи.

Прогноз абсолютно неблагоприятный.

Злокачественные новообразования мужских половых органов

Легкие - ФК1

Для рака простаты:

- T1-2N0M0 после проведенного радикального (хирургического) лечения.

Для опухолей яичка:

- T1-2N0M0; при любом гистологическом строении опухоли; после проведенного радикального лечения;

- T3N0M0; гистологически - семинома; после проведенного радикального лечения.

Прогноз условно благоприятный.

Умеренные - ФК2

Для рака простаты:

- T1-2N1M0; после проведенного лечения (хирургического, комбинированного, комплексного) при условии стабилизации процесса; в течение 12–24 месяцев;

- T3N0-1M0; после проведенного лечения (хирургического, комбинированного, комплексного) при условии стабилизации процесса; в течение 12–24 месяцев;

Для опухолей яичка:

- T3N0M0 (кроме семиномы); после проведенного радикального лечения в течение 12–24 месяцев;

- T3N1-3M0; гистологически - семинома; после проведенного лечения в течение 12–24 месяцев.

Для всех локализаций:

- наличие умеренно выраженных осложнений лечения (постлучевой цистит, недержание мочи).

Прогноз сомнительный.

Выраженные - ФК 3

- T4N0-1M0; показано специальное лечение или после проведенного лечения в течение 24–36 месяцев;

- T любая N любая M1 (для опухолей яичка - при сеиноме); при эффективности проводимого специального лечения;

- прогрессирование процесса (рецидив, появление регионарных и (или) отдаленных метастазов) в случае эффективности проводимого специального лечения.

Прогноз неблагоприятный.

Резко выраженные - ФК 4

T любая N любая M1; в случае невозможности проведения специального лечения из-за распространенности процесса или неэффективности проводимого лечения.

- T4N0-1M0; в случае неэффективности проводимого специального

лечения (первичная гормонорезистентность опухоли);

- выраженный паранеопластический синдром, препятствующий проведению специального лечения и приводящий к нуждаемости в постоянном постороннем уходе и помощи.

Прогноз абсолютно неблагоприятный.

Злокачественные новообразования мочевых путей

Легкие - ФК1

Для рака почки:

- T1-2N0M0; при прогностически благоприятном гистологическом строении злокачественные новообразования (светло- или темноклеточный злокачественные новообразования; высокая или умеренная степень дифференцировки); после проведенного радикального лечения.

Для рака мочевого пузыря:

- T1N0M0; после проведенного радикального лечения.

Прогноз условно благоприятный.

Умеренные - ФК2

Для рака почки:

- T1-2N0M0; при прогностически неблагоприятном гистологическом строении опухоли (низкая степень дифференцировки опухоли, веретенноклеточный рак); после проведенного радикального лечения;

- T3N0M0; при прогностически благоприятном гистологическом строении опухоли; после проведенного радикального лечения;

- саркома почки (при отсутствии отдаленных метастазов); после проведенного радикального лечения;

- наличие умеренно выраженных осложнений (хронический пиелонефрит единственной почки; хроническая почечная недостаточность, латентная стадия; умеренно выраженная симптоматическая артериальная гипертензия).

Для рака мочевого пузыря:

- T1mN0M0 (мультицентрический рост); после проведенного радикального лечения;

- T2N0M0; T2mN0M0 (мультицентрический рост); после проведенного радикального лечения;

- T1N0M0, рецидив после проведенного лечения; после радикального лечения рецидива;

- постлучевой фиброз мочевого пузыря с формированием микроциста.

Прогноз сомнительный.

Выраженные - ФК3

Для рака почки:

- T3N0M0; при прогностически неблагоприятном гистологическом строении опухоли;

- T1-3N1M0, T4N0-1M0; показано специальное лечение или после проведенного лечения в течение 24–36 месяцев;

- T любая N любая M1; в случае эффективности проводимого лечения;

- наличие выраженных осложнений лечения (хронический пиелонефрит единственной почки с частыми и длительными обострениями; хроническая почечная недостаточность, компенсированная или интермиттирующая стадия; выраженная симптоматическая артериальная гипертензия).

Для рака мочевого пузыря:

- T3-4N0M0, T1-4N1-3M0; показано специальное лечение или после проведенного лечения в течение 24–36 месяцев;

- наличие выраженных осложнений лечения (уретрокутанеостомы, уретеросигмостомы; недержание мочи после цистэктомии с цистопластикой).

Для всех локализаций:

- прогрессирование процесса (появление рецидива в ложе удаленной почки или мочевого пузыря, регионарных и (или) отдаленных метастазов) при эффективности проводимого специального лечения.

Прогноз неблагоприятный.

Резко выраженные - ФК4

- T любая N любая M1; при невозможности проведения специального лечения из-за распространенности процесса или при неэффективности

проводимого лечения;

- прогрессирование процесса (появление рецидива, регионарных и (или) отдаленных метастазов) при невозможности проведения специального лечения или его неэффективности;

- выраженный паранеопластический синдром, препятствующий проведению специального лечения и приводящий к нуждаемости в постоянном постороннем уходе и помощи;

- наличие резко выраженных осложнений (хроническая почечная недостаточность, терминальная стадия).

Прогноз абсолютно неблагоприятный.

Злокачественные новообразования глаза, головного мозга и других отделов центральной нервной системы

Легкие - ФК1

- стабилизация опухолевого процесса после проведенного радикального (хирургического, комбинированного, комплексного) лечения через 24-36 месяцев; при отсутствии неврологического дефицита (или др. осложнений лечения) или при легких нарушениях.

Прогноз условно благоприятный.

Умеренные - ФК2

- те же характеристики опухолевого процесса, при стабилизации через 12 месяцев после проведенного радикального лечения либо при наличии умеренно выраженного неврологического дефицита;

- наличие анатомического дефекта (отсутствие глаза, и др. - см. Инструкцию по определению инвалидности).

Прогноз сомнительный.

Выраженные - ФК3

- опухоли после проведенного нерадикального (парциального, субтотального) удаления, подлежащие дальнейшему специальному лечению (лучевая или химиотерапия), а также через 12-24 месяцев после данного лечения;

- прогрессирование процесса (появление рецидива) при эффективности проводимого специального лечения;

- наличие выраженного неврологического дефицита или др. осложнений лечения.

Прогноз неблагоприятный.

Резко выраженные - ФК4

- прогрессирование процесса (появление рецидива) при невозможности проведения специального лечения или его неэффективности;

- выраженный паранеопластический синдром, препятствующий проведению специального лечения и приводящий к нуждаемости в постоянном постороннем уходе и помощи.

Прогноз абсолютно неблагоприятный.

Злокачественные новообразования щитовидной железы и других эндокринных желез (для рака щитовидной железы)

Легкие - ФК1

- T1-2N0M0; возраст моложе 45-ти лет; гистологически - папиллярный или фолликулярный солитарный рак; после проведенного радикального лечения (объем оперативного вмешательства - гемитиреоидэктомия, резекция щитовидной железы);

- наличие незначительно выраженных осложнений лечения (послеоперационный гипотиреоз компенсация).

Прогноз условно благоприятный.

Умеренные - ФК2

- те же характеристики опухолевого процесса, что и при ФК1, но после оперативного лечения в объеме тиреоидэктомии;

- T1-2N1aM0; возраст моложе 45-ти лет; гистологически - папиллярный или фолликулярный солитарный рак; после проведенного радикального лечения;

- наличие умеренно выраженных осложнений лечения (послеоперационный гипотиреоз; субкомпенсация; послеоперационный

гипопаратиреоз, парез (паралич) возвратного нерва; стеноз гортани I ст.; трахеостома; плечевая плексопатия, нейрогенная контактура плеча; медикаментозный гипертиреоз);

- наличие анатомического дефекта (тиреоидэктомия).

Прогноз сомнительный.

Выраженные - ФК3

- T4N0-1aM0; T1-4N1bM0; гистологически - папиллярный или фолликулярный солитарный рак; если показано спец. лечение или после проведенного лечения в течение 12-24 месяцев;

- T1-4N0-1M0; гистологически - недифференцированный, плоскоклеточный, медуллярный рак; когда показано специальное лечение или после проведенного лечения в течение 24-36 месяцев;

- T1-4N0-1M1; в случае эффективности проводимого лечения;

- резидуальный (оставленный) рак или рецидив рака в оставленной ткани; когда показано специальное лечение или после проведенного лечения в течение 12-24 месяцев;

- прогрессирование процесса (появление регионарных и (или) отдаленных метастазов) при эффективности проводимого специального лечения;

- наличие выраженных осложнений лечения (послеоперационный гипотиреоз или гипопаратиреоз, декомпенсация; парез возвратного нерва, стеноз гортани 2 ст.).

Прогноз неблагоприятный.

Резко выраженные - 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

проведению специального лечения и приводящий к нуждаемости в постоянном постороннем уходе и помощи.

Прогноз абсолютно неблагоприятный.

Злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей (для лимфогранулематоза и неходжкинских лимфом)

Легкие - ФК1

Для лимфогранулематоза:

- 1 стадия: поражение одной лимфатической зоны или локализованное поражение одного экстралимфатического органа или ткани, гистологически - варианты лимфоидного преобладания или нодулярного склероза;

- 2 стадия: поражение 2 и более лимфатических областей по одну сторону диафрагмы или локализованное поражение одного экстралимфатического органа или ткани и их регионарных лимфатических узлов, гистологически - варианты лимфоидного преобладания или нодулярного склероза.

После проведенного в полном объеме специального лечения при условии достижения ремиссии. Осложнений лечения нет, либо осложнения имеют легкую степень выраженности (анемия легкой степени, ДН 0–1 или 1 ст., легкие постгастррезекционные синдромы и др. - в зависимости от локализации экстралимфатического поражения).

Для неходжкинских лимфом:

- локализованные формы с поражением одной группы лимфатических узлов или одного органа, после проведенного в полном объеме специального лечения, при условии достижения ремиссии и при отсутствии осложнений лечения (или легкой степени их выраженности).

Прогноз условно благоприятный.

Умеренные - ФК2

Для лимфогранулематоза:

- те же характеристики опухолевого процесса, что и при ФК 1, но гистологический вариант – смешанно-клеточный или лимфоидное истощение;

- 3 или 4 стадия: через 24–36 месяцев после проведенного в полном объеме специального лечения при условии достижения стойкой ремиссии и отсутствии осложнений лечения.

Для всех нозологий:

- наличие умеренно выраженных осложнений лечения: анемия умеренной степени, лейкопения легкой степени, ДН 1–2 ст., умеренно выраженные постгастррезекционные синдромы и др. (в зависимости от локализации экстралимфатического поражения);

- наличие анатомического дефекта (см. Инструкцию по определению инвалидности).

Прогноз сомнительный.

Выраженные - ФКЗ

Для лимфогранулематоза:

- 3 стадия, при любом гистологическом варианте: поражение лимфатических узлов по обе стороны диафрагмы, которое может сочетаться с локализованным поражением одного экстралимфатического органа или ткани, или селезенки (или и того и другого); при эффективности проводимого специального лечения; на время проведения лечения и через 12–24 месяцев после его окончания;

- 4 стадия, при любом гистологическом варианте: диссеминированное поражение одного или нескольких экстралимфатических органов с/без поражения лимфатических узлов, либо изолированное поражение экстралимфатического органа с поражением нерегионарных (отдаленных) лимфоузлов; при эффективности проводимого специального лечения; на время проведения лечения и через 12–24 месяцев после его окончания;

- 1 или 2 стадии заболевания при неэффективности проводимого специального лечения;

- рецидив заболевания после проведенного ранее специального лечения в случае эффективности проводимого в настоящее время специального лечения и на период 24–36 месяцев после окончания лечения.

Для неходжкинских лимфом:

- распространенное поражение, требующее длительного проведения специального лечения, при условии эффективности проводимого лечения и на 24–36 месяцев после его окончания.

Для обеих нозологических форм:

- наличие значительно выраженных осложнений лечения: выраженная анемия или лейкопения, выраженные постгастррезекционные синдромы, постлучевой миокардит с явлениями сердечной недостаточности, ДН 2 ст., миелопатия с развитием выраженных парезов и др. - в зависимости от локализации экстралимфатического поражения.

Прогноз неблагоприятный.

Резко выраженные - ФКА

Для обеих нозологических форм:

- распространенные формы в случае невозможности проведения специального лечения из-за распространенности процесса или неэффективного проводимого специального лечения;

- рецидив заболевания при неэффективности проводимого специального лечения или невозможности его проведения вследствие распространенности процесса;

- выраженный паранеопластический синдром, препятствующий проведению лечения и приводящий к нуждаемости в постоянном постороннем уходе и помощи;

- наличие резко выраженных осложнений лечения: ДН 3 ст., легочно-сердечная недостаточность 3 ст., тетра-, три- нижняя параплегия или резко выраженные парезы конечностей и др.

Прогноз абсолютно неблагоприятный.

3.5. Оценочные критерии выраженности нарушений и ограничений жизнедеятельности при зрительных нарушениях

3.5.1. Проценты утраты профессиональной трудоспособности по зрительным последствиям травм и профессиональных заболеваний

Характер и степень выраженности нарушенных функций	Проценты утраты профессиональной трудоспособности												
	0	10	15	20	25	30	40	50	60	70	80	90	100
Легкие нарушения – ФК1	0	1	2	3	4*	5*	6*	7*	8*				
Умеренные нарушения - ФК2	0	1	2	3	4	5	6	7	8				
Выраженные нарушения - ФК3					4	5	6	7	8	9*	10*	11*	
Резко выраженные нарушения – ФК4										9*	10*	11*	12

3.5.2. Клинико-функциональные критерии оценки выраженности нарушений

Легкие нарушения – ФК1

Острота зрения – обоих или лучше видящего глаза с коррекцией 0,16 – 0,4.

Поле зрения – периферические границы в норме или сужены в 40 градусов.

ЭФИ – пороги Э-И от 80 до 100 мкА, лабильность свыше 40 до 43 – 45 Гц.

Критическая частота мельканий (КЧСМ) – свыше 40 до 43 – 35 Гц.

Зрительная работоспособность – в норме.

* - коды 4, 5, 6, 7, 8 могут быть использованы в случаях:

- когда необходимо ограничение объема профессиональной деятельности;
- когда устранение (снижение) ограничений профессиональной трудоспособности возможно лишь при создании специальных условий для профессионально-трудовой реабилитации: на период профессионального обучения, переобучения, профессиональной подготовки, переподготовки, трудовой реабилитации и др.

Умеренные нарушения – ФК2

Острота зрения – единственного или лучше видящего глаза с коррекцией от 0,11 до 0,15, практическая или полная слепота одного глаза.

Поле зрения – периферические границы менее 40 градусов, но шире 20 градусов от точки фиксации.

ЭФИ – пороги Э-И 100 – 150 мкА, лабильность от 30 - 35 до 40 – 43 Гц.

Критическая частота мельканий (КЧСМ) – от 30 - 35 до 40 – 43 Гц.

Зрительная работоспособность – умеренно снижена.

Выраженные нарушения – ФК3

Острота зрения – единственного или лучше видящего глаза с коррекцией от 0,05 до 0,1.

Поле зрения – периферические границы равны или менее 20 градусов, но шире 10 градусов единичные центральные скотомы 0-10 градусов.

ЭФИ – пороги Э-И 200 – 300 мкА, лабильность 20 – 35 Гц.

Критическая частота мельканий (КЧСМ) – 20 – 35 Гц.

Зрительная работоспособность – выраженное снижение.

* - коды 9, 10, 11 могут быть использованы в случаях, когда устранение (снижение) ограничений профессиональной трудоспособности возможно лишь при создании специальных условий для профессионально-трудовой реабилитации: на период профессионального обучения, переобучения, профессиональной подготовки, переподготовки, трудовой реабилитации и др.

Резко выраженные нарушения – ФК4

Острота зрения – практическая или абсолютная слепота единственного или лучше видящего глаза с коррекцией 0,04-0.

Поле зрения – периферические границы по меридиану от точки фиксации (поле зрения равно 0–5 градусов), центральные или парацентральные сливные скотомы.

ЭФИ – Э-И более 3000 мкА или не определяется, лабильность менее 20 Гц или отсутствует.

Критическая частота мельканий (КЧСМ) – менее 20 Гц или отсутствует.

Зрительная работоспособность – значительно выраженное снижение или отсутствует.

* - коды 9, 10, 11 могут быть использованы в случаях:

- необходимости адаптации к дефекту (сроком на 1 год);
- когда устранение (снижение) ограничений профессиональной трудоспособности возможно лишь при создании специальных условий для профессионально-трудовой реабилитации: на период профессионального обучения, переобучения, профессиональной подготовки, переподготовки, трудовой реабилитации и др.

3.6. Оценочные критерии выраженности нарушений и ограничений жизнедеятельности при слуховых нарушениях

3.6.1. Проценты утраты профессиональной трудоспособности при слуховых нарушениях

Характер и степень выраженности нарушенных функций	Проценты утраты профессиональной трудоспособности												
	0	10	15	20	25	30	40	50	60	70	80	90	100
Легкие нарушения – ФК1	0	1	2	3	4	5	6	7	8				
Умеренные нарушения - ФК2	0	1	2	3	4	5	6	7	8				
Выраженные нарушения - ФК3					4	5	6	7	8	9*	10*	11*	
Резко выраженные нарушения – ФК4					4	5	6	7	8	9*	10*	11*	

3.6.2. Клинико-функциональные критерии оценки выраженности нарушений

ФК слуховых нарушений – I

Легкое нарушение.

Средняя потеря слуха 26 – 40 дБ. Разговорная речь воспринимается на расстоянии > 6 метров.

Среднее нарушение (тугоухость I ст.).

Средняя потеря слуха 41-55 дБ. Восприятие разговорной речи на расстоянии от 3 до 6 м, шепотной речи – до 3 м.

Разборчивость речи на речевой аудиограмме – 80–90 %.

ФК слуховых нарушений – 2

Среднетяжелое нарушение (тугоухость II ст.), компенсируемое слуховым аппаратом (СА) до тугоухости I ст., легкой.

Средняя потеря слуха 56–70 дБ. Восприятие шепотной речи - ушной раковины, разговорной речи - на расстоянии от 3 м до ушной раковины, с СА – 6 м и более.

Тяжелое нарушение (тугоухость III ст.), компенсируемое СА до тугоухости I ст.

Средняя потеря слуха 71–90 дБ. Восприятие громкой речи ушной раковины или нет восприятия, со СА – на расстоянии 3 м и более.

Разборчивость речи – 50–59 %.

ФК слуховых нарушений – 3

Тяжелое нарушение слуха (тугоухость III ст.) при малой эффективности СА.

Восприятие разговорной речи со СА на расстоянии менее 3 м.

Разборчивость речи на речевой аудиограмме 25 % и менее.

Глубокое нарушение слуха (тугоухость IV ст.)

Средняя потеря слуха 91 дБ и более. Разборчивость речи не достигается, СА не эффективен.

Полная потеря слуха (глухота).

Отдельные частоты на пределе аудиометра. Полное отсутствие слухового восприятия.

* - коды 9, 10, 11 могут быть использованы в случаях, когда устранение (снижение) ограничений профессиональной трудоспособности возможно лишь при создании специальных условий для профессионально-трудовой реабилитации: на период профессионального обучения, переобучения, профессиональной подготовки, переподготовки, трудовой реабилитации и др.

*ФК слуховых нарушений – 4**Двусторонняя остронаступившая глухота*

Острая полная потеря слуха, отсутствие навыка чтения с губ, незнание невербальных способов общения.

* - коды 9, 10, 11 могут быть использованы в случаях:

- необходимости адаптации к дефекту (сроком на 1 год);
- когда устранение (снижение) ограничений профессиональной трудоспособности возможно лишь при создании специальных условий для профессионально-трудовой реабилитации: на период профессионального обучения, переобучения, профессиональной подготовки, переподготовки, трудовой реабилитации и др.