

УДК 616-036.8

## ТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА РЕАБИЛИТАЦИИ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА НАЗНАЧЕНИЯ И ПОДБОРА В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

И. А. Божков<sup>1</sup>, М. А. Севастьянов<sup>2</sup><sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени акад. И. П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия<sup>2</sup>АНО «Центр программ и проектов в сфере развития здравоохранения «Кристина», Санкт-Петербург, Россия

## ASSISTIVE REHABILITATION DEVICES: THEORY AND PRACTICE OF SELECTION AND PRESCRIPTION IN MEDICAL ORGANIZATIONS

I. A. Bozhkov<sup>1</sup>, M. A. Sevastianov<sup>2</sup><sup>1</sup>Pavlov State Medical University, St. Petersburg, Russia<sup>2</sup>Non-commercial organization «Program and project center for developing of the medicine “KRISTINA”», St. Petersburg, Russia

© И. А. Божков, М. А. Севастьянов, 2013 г.

В статье рассмотрены место и роль ассистивных технологий в устранении ограничений жизнедеятельности инвалидов, основные принципы медико-социальной диагностики с использованием Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), организационно-правовые аспекты предоставления технических средств реабилитации, основные принципы и порядок их назначения практикующими врачами.

**Ключевые слова:** социальное обеспечение инвалидов, технические средства реабилитации, медико-социальная экспертиза, первичная медико-санитарная помощь.

In this article the authors examine the place and role of assistive technologies in facilitating limitations of disabled people's lives, the basic principles of medical and social diagnostics with the use of International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), organizational and legal aspects of providing assistive rehabilitation devices, the basic principles and procedures of their prescription by practicing doctors.

**Keywords:** social security of disabled, assistive rehabilitation devices, medical and social assessment, primary health care.

---

Согласно статье 4 Конвенции ООН «О правах инвалидов» [1] (далее — Конвенция), ратифицированной Российской Федерацией в 2012 г. [2], государства-участники обязуются обеспечивать и поощрять полную реализацию всех прав человека и основных свобод всеми инвалидами, в том числе «проводить или поощрять исследовательскую и конструкторскую разработку, а также способствовать наличию и использованию новых технологий, включая информационно-коммуникационные технологии, средств, облегчающих мобильность, устройств и ассистивных технологий, подходящих для инвалидов, с уделением первоочередного внимания недорогим технологиям», основной целью предпринимаемых действий является включение и вовлечение инвалида во все аспекты жизни.

Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [3] в числе основных направлений реабилитации инвалидов

предусматривает использование технических средств реабилитации, повышающих возможности инвалидов вести самостоятельный образ жизни, сохранять максимально возможный уровень мобильности и доступа к информации и образованию.

Инвалидам как особой социальной категории граждан государство гарантирует проведение реабилитационных мероприятий, получение технических средств и услуг, предусмотренных Федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду за счет средств Федерального бюджета (далее — Федеральный перечень). Данный документ утвержден распоряжением Правительства Российской Федерации от 30.12.2005 № 2347-р [4].

В этом документе перечислены 18 технических средств реабилитации, предоставляемых инвалидам в безвозмездное пользование: трости опорные и тактильные, костыли, опоры, поручни; кресла-

коляски с ручным приводом (комнатные, прогулочные, активного типа), с электроприводом, малогабаритные; протезы, в том числе эндопротезы, и ортезы; ортопедическая обувь; противопролежневые матрацы и подушки; приспособления для одевания, раздевания и захвата предметов; специальная одежда; специальные устройства для чтения «говорящих книг», для оптической коррекции слабовидения; собаки-проводники с комплектом снаряжения; медицинские термометры и тонометры с речевым выходом; сигнализаторы звука световые и вибрационные; слуховые аппараты, в том числе с ушными вкладышами индивидуального изготовления; телевизоры с телетекстом для приема программ со скрытыми субтитрами; телефонные устройства с текстовым выходом; голосообразующие аппараты; специальные средства при нарушениях функций выделения (моче- и калоприемники); абсорбирующее белье, памперсы; кресла-стулья с санитарным оснащением.

Исчерпывающий перечень изделий, которые могут быть предоставлены инвалидам по каждой позиции, приведен в «Классификации технических средств реабилитации (изделий) в рамках Федерального перечня реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, в целях определения размера компенсации за технические средства реабилитации (изделия), приобретенные инвалидами (ветеранами) за собственный счет, и (или) оплаченные за счет собственных средств услуги по их ремонту», утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 28.07.2011 № 823н [5].

Основным документом, регламентирующим действующую систему обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации за счет средств федерального бюджета, являются «Правила обеспечения за счет средств федерального бюджета инвалидов техническими средствами реабилитации и отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями», утвержденные Постановлением Правительства Российской Федерации от 07.04.2008 № 240 (далее — Правила). Правилами предусмотрены два принципиально различающих между собой способа обеспечения техническими средствами реабилитации: бесплатное предоставление на основании выданного уполномоченным органом направления, и самостоятельное приобретение с последующей компенсацией расходов, при этом размер компенсации ограничен стоимостью аналогичных изделий, отобранных на конкурсной основе для обеспечения [6]. Уполномоченным органом по предоставлению инвалидам технических средств реабилитации является Фонд социального страхования Российской Федерации или, в ряде регионов, органы социальной защиты населения субъектов Федерации.

Первым, а в случае обеспечения ветеранов протезами и протезно-ортопедическими изделиями и единственным звеном, осуществляющим подбор и назначение технических средств реабилитации, является медицинская организация, оказывающая инвалиду (ветерану) первичную медико-санитарную помощь.

Обеспечение ветеранов техническими средствами осуществляется в соответствии с заключениями врачебной комиссии медицинской организации, оказывающей лечебно-профилактическую помощь, о нуждаемости ветерана в обеспечении протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями (форма № 88-1/у). Подтверждения данных рекомендаций со стороны учреждений медико-социальной экспертизы для ветеранов не требуется. Форма указанного заключения и порядок ее заполнения утверждены приказом Минздравсоцразвития России от 31.07.2008 № 370н.

Обеспечение инвалидов техническими средствами реабилитации осуществляется в соответствии с индивидуальной программой реабилитации (ИПР) инвалида, которая формируется с учетом рекомендаций медицинской организации. Рекомендуемые мероприятия по медицинской реабилитации для формирования или коррекции ИПР инвалида перечисляются в п. 34 направления на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь (форма № 088/у-06). В этом пункте врачебной комиссией указываются технические средства медицинской реабилитации, а также конкретные виды протезирования и ортезирования. Эти рекомендации используются специалистами федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы для заполнения соответствующих разделов ИПР инвалида.

Решение об обеспечении инвалидов техническими средствами реабилитации принимается при установлении медицинских показаний и противопоказаний. Медицинские показания и противопоказания устанавливаются на основе оценки стойких расстройств функций организма, обусловленных заболеваниями, последствиями травм и дефектами. По медицинским показаниям устанавливается необходимость предоставления инвалиду технических средств реабилитации, которые обеспечивают компенсацию или устранение стойких ограничений жизнедеятельности инвалида. Представленная методика определения потребности в технических средствах реабилитации изложена в ст. 11.1 Федерального закона № 181-ФЗ.

Под ограничением жизнедеятельности в российской практике понимают полную или частичную утрату способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролиро-

вать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью (ст. 1 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 № 181-ФЗ).

До последнего времени в России концептуальная модель ограничений жизнедеятельности рассматривалась преимущественно с «медицинской» точки зрения, когда под ограничениями жизнедеятельности подразумевались персональные проблемы адаптации инвалида, связанные с болезнью, травмой или другим изменением здоровья. В соответствии со ст. 1 Закона № 181-ФЗ «инвалид — лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты». Основные мероприятия по устранению данных проблем связывались прежде всего с медицинским вмешательством, направленным на устранение заболевания, нарушения здоровья, восстановление или замещение утраченных функций.

Конвенция реализует социальный подход к проблеме инвалидности, основанный на признании прав человека. Подразумевается, что ограничения жизнедеятельности в большей части являются следствием недостаточных мер, предпринятых для интеграции инвалида в общество. Основной причиной инвалидности признается социальный фактор, выражающийся в недостаточном внимании государства и общества к устранению окружающих инвалида барьеров. В контексте Конвенции понятие «ограничение жизнедеятельности» приобретает особый политический смысл, граничащий с вопросом обеспечения прав человека (инвалида).

Очевидно, что для оценки, классификации и последующей коррекции ограничений жизнедеятельности необходимо применение соответствующего понятийного аппарата, включающего в себя не только классификацию заболеваний и состояний, указанных в МКБ-10, но и их последствий, которые во взаимодействии с факторами среды приводят к ограничениям жизнедеятельности. Таким инструментом является Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), утвержденная на 54-й сессии ассамблеи Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) 22 мая 2001 г. (резолюция WHA54.21) [1]. К сожалению, несмотря на то что использование МКФ в реабилитационной практике было рекомендовано Российским конгрессом «Реабилитационная помощь населению России» (Москва, 2003 г.), положения данной классификации мало известны широкому кругу медицинских работников.

**Основные определения, используемые в МКФ:**

— **функции организма** — физиологические функции систем организма (включая психические функции);

— **структуры организма** — анатомические части организма, такие как органы, конечности и их компоненты;

— **нарушения** — проблемы, возникающие в функциях или структурах, такие как существенное отклонение или утрата;

— **активность** — выполнение задачи или действия индивидом;

— **участие** — вовлечение индивида в жизненную ситуацию;

— **ограничение активности** — трудности в осуществлении активности, которые может испытывать индивид;

— **ограничение возможности участия** — проблемы, которые может испытывать индивид при вовлечении в жизненные ситуации;

— **домен** — набор взаимосвязанных физиологических функций, анатомических структур, действий, задач или областей жизни. Домен является основным элементом, формирующим разделы и блоки классификации, определяя второй уровень классификации составляющих МКФ.

Совместное использование МКБ-10, содержащей информацию о диагнозе заболевания, и МКФ, содержащей информацию о функционировании и ограничении возможностей, повышает качество и объем информации о состоянии здоровья и проблемах, связанных со здоровьем, для каждого конкретного индивида. Так, при одном и том же уровне функционирования диагноз заболевания может быть различным. В свою очередь, одно и то же заболевание в различных внешних условиях может привести к ограничениям жизнедеятельности различного уровня.

МКФ дает описание ситуаций исходя из функционирования и его ограничений у человека и служит каркасом для систематизации этой информации, что позволяет при определении показаний к обеспечению техническими средствами реабилитации ориентироваться не только на клинический, но и на «социальный» диагноз.

МКФ имеет две части, каждая из которых, в свою очередь, имеет две составляющие:

Часть 1. Функционирование и ограничения жизнедеятельности

- (а) функции и структуры организма;
- (б) активность и участие.

Часть 2. Факторы контекста

- (а) факторы окружающей среды;
- (б) личностные факторы.

Составляющие функционирования и ограничений жизнедеятельности могут быть выражены двумя способами: с одной стороны, они могут отражать проблемы (например: нарушения, ограничения активности или ограничения возможности

участия, обозначенные общим термином «ограничения жизнедеятельности»); с другой — отражать непроблемные (то есть нейтральные) аспекты здоровья и связанных со здоровьем состояний, обозначенные общим термином «функционирование». Эти составляющие функционирования и ограничений жизнедеятельности раскрываются посредством четырех отдельных, но взаимосвязанных параметров. Уровень параметров устанавливается с использованием определителей. Функции и структуры организма могут быть представлены как изменения физиологических систем или анатомических структур. Для составляющей *активность и участие* предложены два параметра — потенциальная способность (капацитет) и реализация.

МКФ классифицирует различные показатели здоровья и показатели, связанные со здоровьем. Поэтому единицей классификации считается категория внутри каждого из доменов здоровья и доменов, связанных со здоровьем. Важно отметить, что в МКФ индивиды не являются единицами классификации, то есть МКФ не классифицирует людей, а только с помощью набора доменов здоровья и доменов, связанных со здоровьем, описывает ситуацию индивида [6]. Более того, описание всегда дается в контексте окружающих и личностных факторов.

МКФ использует буквенно-цифровую систему, в которой буквы b, s, d, e применяются для обозначения функций (b) и структур (s) организма, активности и участия (d) и факторов окружающей среды (e). За этими буквами следует числовой код, начинающийся с номера раздела (одна цифра), за которым следуют обозначения второго уровня (две последующие цифры), третьего и четвертого уровня (по одной цифре каждый).

Любой человек может иметь ряд кодов на каждом уровне, они могут быть независимыми или взаимосвязанными. Коды МКФ приобретают законченный вид только тогда, когда присутствует определитель, который отмечает величину уровня здоровья (например, выраженность проблемы). Определители кодируются одной, двумя или большим количеством цифр после разделительной точки. Использование любого кода должно сопровождаться применением хотя бы одного определителя. Коды теряют смысл, если они используются без определителей.

Все 3 составляющие, классифицируемые в МКФ (функции и структуры организма, активность и участие и факторы окружающей среды), измеряются с помощью единой шкалы. В зависимости от составляющей наличие проблемы может означать нарушение, ограничение функции или ограничение возможности, препятствие. К соответствующему домену классификации должны подбирать-

ся подходящие определяющие слова, указанные ниже в скобках (знак xxx стоит вместо кода домена второго уровня):

**xxx.0** НЕТ проблем (никаких, отсутствуют, ничтожные...) — 0–4%;

**xxx.1** ЛЕГКИЕ проблемы (незначительные, слабые...) — 5–24%;

**xxx.2** УМЕРЕННЫЕ проблемы (средние, значимые...) — 25–49%;

**xxx.3** ТЯЖЕЛЫЕ проблемы (высокие, интенсивные...) — 50–95%;

**xxx.4** АБСОЛЮТНЫЕ проблемы (полные...) — 96–100%;

**xxx.8** не определено;

**xxx.9** не применимо.

В случае с факторами окружающей среды первый определитель может быть использован для обозначения или меры позитивных влияний окружающих факторов, то есть облегчающих факторов, или меры негативных влияний, то есть барьеров. Для того и другого может быть использована одна шкала 0–4, но при обозначении облегчающих факторов точка десятичной дроби заменяется знаком плюс (+): например, e110 + 2.

Описания доменов здоровья и доменов, связанных со здоровьем, относятся к конкретному моменту обследования. Однако их многократное использование во времени дает возможность характеризовать траекторию процесса во времени и по существу.

В качестве примера приведем описание в терминах МКФ состояния пациента с кишечной стомой, медицинский диагноз которого звучит как неспецифический язвенный колит (K51), наличие колостомы (Z93.3). Выраженность нарушений структуры и функций организма, а также затруднений активности и участия в соответствии с МКФ:

b525.3 (тяжелые нарушения функции дефекации);

s540.3.5 (тяжелые нарушения структуры кишечника в виде частичного отсутствия);

d530.3 (умеренные затруднения при осуществлении физиологических отправлений);

(d710–d799).3 (умеренные затруднения в доменах, связанных с межличностными взаимодействиями и отношениями);

(d910–920).3 (умеренные затруднения в доменах, связанных с жизнью в сообществах, отдыхом и досугом);

d850.3 (умеренные затруднения в домене *оплачиваемая работа*).

Описанные нарушения и затруднения требуют соответствующей коррекции, в том числе и с применением технических средств реабилитации (специальные средства по уходу за стомой), мероприятий по рациональному трудоустройству, психологического консультирования и т. д. Снижение выра-

женности имеющих затруднений позволит говорить об эффективности или неэффективности проведенных реабилитационных мероприятий.

Таким образом, применение обеих классификаций позволяет повысить объем и качество информации о здоровье в контексте его «биосоциального» определения, данного ВОЗ, то есть получить

не только информацию об имеющихся у индивида заболеваниях, но и о других факторах, определяющих состояние его физического, душевного и социального благополучия, что позволит более полно оценить потребность инвалида в предоставлении ассистивных технологий и технических средств реабилитации.

## Литература

1. *Конвенция о правах инвалидов* (Принята в г. Нью-Йорке 13.12.2006 Резолюцией 61/106 на 76-м пленарном заседании 61-й сессии Генеральной Ассамблеи ООН) // КонсультантПлюс.
2. *Федеральный закон от 03.05.2012 № 46-ФЗ «О ратификации Конвенции о правах инвалидов»* // Собрание законодательства РФ. — 2012. — № 19. — С. 2280.
3. *Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ (ред. от 20.07.2012) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»* // Собрание законодательства РФ. — 1995. — № 48. — С. 4563.
4. *Распоряжение Правительства Российской Федерации «Об утверждении Федерального перечня реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду»* от 30.12.2005 № 2347-р.
5. *Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации «Об утверждении классификации технических средств реабилитации (изделий) в рамках Федерального перечня реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, в целях определения размера компенсации за технические средства реабилитации (изделия), приобретенные инвалидами (ветеранами) за собственный счет и (или) оплаченные за счет собственных средств услуги по их ремонту»* от 28.07.2011 № 823н.
6. *Постановление Правительства Российской Федерации «Об утверждении Правил обеспечения за счет средств федерального бюджета инвалидов техническими средствами реабилитации и отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями»* от 07.04.2008 № 240 // «Собрание законодательства РФ». — 2008. — № 15. — С. 1550.
7. *Коробов М. В. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья: основные положения: Учебно-методическое пособие.* — СПб.: СПбИУВЭЖ, 2011. — 35 с.

### Авторы:

**Божков Игорь Александрович** — д. м. н., профессор кафедры общей врачебной практики ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени акад. И. П. Павлова» Минздрава России

**Севастьянов Михаил Александрович** — к. м. н., заместитель директора АНО «Центр программ и проектов в сфере развития здравоохранения «Кристина»»