

# ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ДЕТЕЙ

Руководитель экспертного бюро  
для освидетельствования лиц до 18 лет  
ФГБУ ФБ МСЭ  
к.м.н. Малова Н.Е.



## **ОСНОВНЫЕ НОРМАТИВНЫЕ ПРАВОВЫЕ АКТЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ГРАЖДАН, ПРЕТЕНДУЮЩИХ НА ИНВАЛИДНОСТЬ**

**1. 181-ФЗ, 1995 (с изм., внесенными ФЗ от 01.12.2014 №419-ФЗ);**

**2. Постановление Правительства Российской Федерации от 20.02.2006г № 95 «Правила признания лица инвалидом» (в редакции от 06.08.2015 №805), изменения утв. Постановлением Правительства от 29.03.2018 №339;**

**3. Приказ Минтруда России от 17.12.2015 N 1024н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы», вступил в силу 02.02.2016г.**



- п. 2 Правил: «Признание гражданина инвалидом осуществляется при проведении медико-социальной экспертизы **исходя из комплексной оценки состояния организма гражданина на основе анализа его клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых и психологических данных с использованием классификаций и критериев, утверждаемых Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации**»;
- п. 3. Правил: «Медико-социальная экспертиза проводится для **установления структуры и степени ограничения жизнедеятельности гражданина и его реабилитационного потенциала**»



# ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ МСЭ У ДЕТЕЙ

**Информационный  
блок**



**Диагноз основного и  
сопутствующего  
заболевания  
(тяжесть,  
прогноз)**

**Экспертно-диагностический  
блок**



**Определение:**  
1) клинической формы основного  
заболевания;  
-Клинической формы  
сопутствующего заболевания;  
-Стадии процесса;  
-Вида нарушений функций  
организма;  
-Степени функциональных  
нарушений;  
-Клинического прогноза  
(фармакозависимость,  
фармакорезистентность)  
2) Психологическая экспертная  
диагностика (оценка когнитивных  
функций, эмоциональной сферы,  
особенности поведения)

**Реабилитационный  
блок**



**Реабилитацион-  
ный, потенциал,  
прогноз**



**Приказ Минтруда России от 17.12.2015 N 1024н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы», вступил в силу 02.02.2016г.**

#### **IV. КРИТЕРИИ для установления категории «ребенок-инвалид»**

- Нарушение здоровья со II и более выраженной степенью выраженности стойких нарушений функций организма человека (в диапазоне 40-100%), обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами,
- Приводящее к ограничению 2 или 3 степени выраженности **одной** из основных категорий жизнедеятельности человека (**стойкие выраженные\значительно выраженные нарушения функций организма**)
- Или 1 степени (**стойкие умеренные нарушения функций организма, диапазон 40-60%**) выраженности двух и более категорий жизнедеятельности человека в их различных сочетаниях, определяющих необходимость его социальной защиты

# КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ МСЭ ДЕТЕЙ:

1. Количественная оценка (удельный вес выявленных дефектов, % отмененных решений);
2. Качественная характеристика:
  - соответствие действующим нормативным правовым документам;
  - Выполнение алгоритма освидетельствования (достоверность экспертного анализа представленных документов; качество проведения личного осмотра, правильность формирования клинико-функционального диагноза и соответствие его форме 088\у-06; наличие объективных доказательств в экспертном решении признаков инвалидности, либо их отсутствие в соответствии с нормативными правовыми действующими документами

# ПРИЛОЖЕНИЕ к ПРИКАЗУ Минтруда России от 17.12.2015 N 1024н

Клинико-функциональная характеристика учитывает  
показатели\параметры:

фаза, активность процесса, степень тяжести,  
особенности течения в разные возрастные периоды, наличие  
осложнений,

частота обострений (редкие обострения 1-2 раза в год;  
средней частоты от 2 до 4х раз в год; частые 4 и более);

показатели физического, психического, речевого развития  
ребенка (значимо отклонение более чем на 3,5-4  
сигмальных отклонений)

клинический прогноз

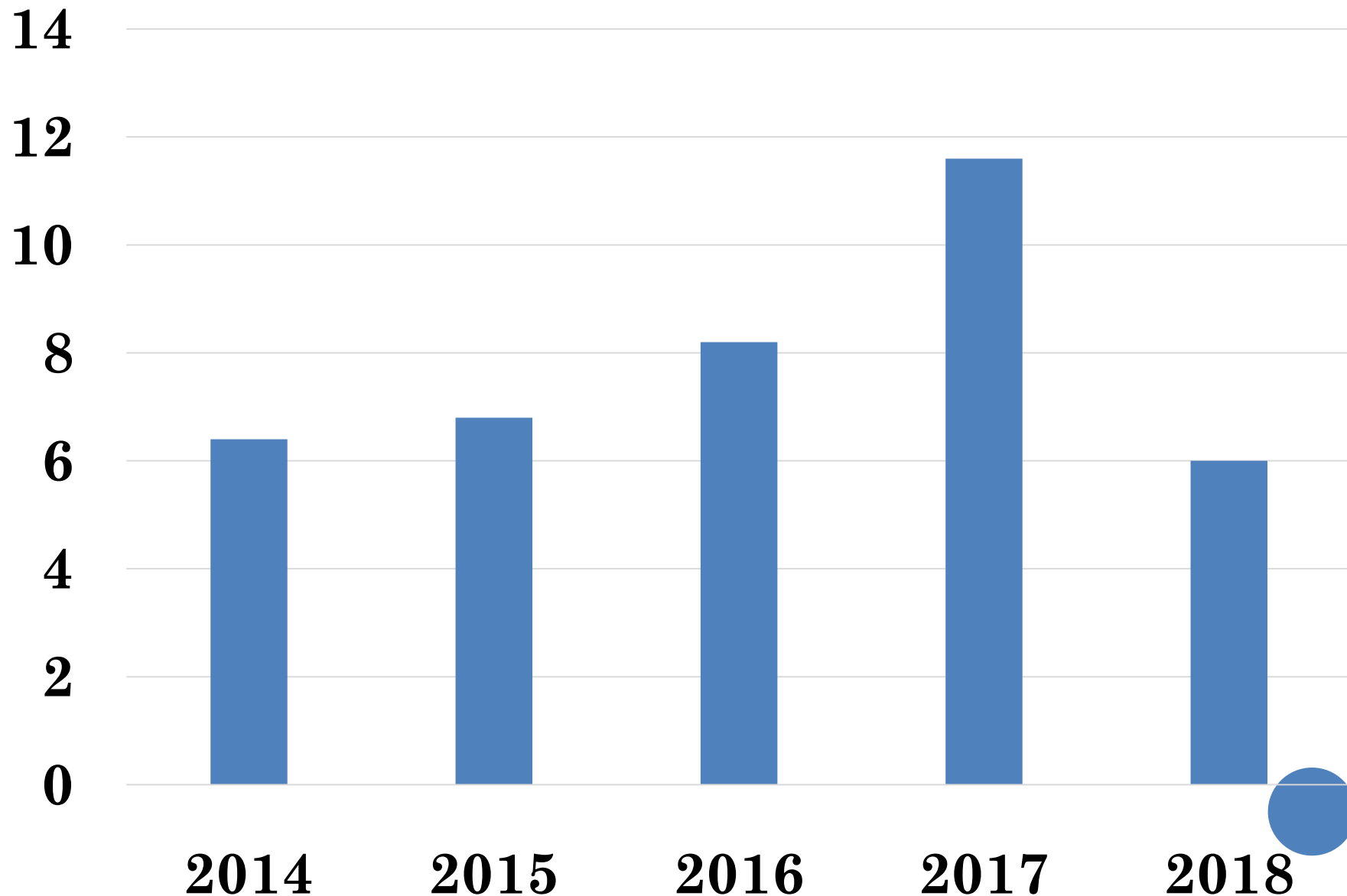
реабилитационный потенциал

эффективность реабилитационных мероприятий

навыки самоконтроля за течением заболевания

Обученность ребенка\родителей осуществлять контроль за  
течением заболевания

# ДИНАМИКА ОТМЕНЕННЫХ РЕШЕНИЙ С 2013 - 2014-2017 Г.Г., 4 МЕС 2018, %





# **ПРИЧИНЫ ОТМЕНЕННЫХ РЕШЕНИЙ (01-04.2018)**

- Не проведен анализ медицинского информационного блока (**динамика заболевания**, обращаемость, эффективность проводимого лечения);
- Неверная оценка степени нарушенных функций организма, неверно указана нарушенная функция/не принята во внимание;
- Отсутствие комплексного подхода к оценке развития ребенка – не подвергнута анализу сопутствующая патология со значимым нарушением функции;
- Неверно сформулирован клинико-функциональный диагноз
- Неверная трактовка нормативных правовых действующих документов, неумение их применить;
- Неверно указан пункт ПРИЛОЖЕНИЯ к приказу 1024н;

## **НЕОБОСНОВАННОЕ НАПРАВЛЕНИЕ НА МСЭ:**

- Необоснованные рекомендации «оформить инвалидность»**
- Неисполнение п. 16; на незавершенном этапе медицинской реабилитации, без оценки эффективности конечного результата (лечение)**
- Наличие заместительной терапии – как основание для направления на МСЭ**
- ВМП – как основание для установления категории ребенок-инвалид**
- Группа здоровья 3**

# I Неверно указана нарушенная функция организма, применения

## п.16: В Главном бюро

Юноша , 2001 г.р. ПЕРВИЧНО  
Диагноз основной: Рассеянный  
склероз, церебро-спинальная  
форма, ремиттирующее  
течение, легкий мозжечковый  
синдром, пирамидная  
симптоматика, легкий  
астенический синдром, ЧАЗН с  
незначительным сужением полей  
зрения с темпоральных сторон.  
Шкала EDSS 2,5 балла

Решение: а) категория «ребенок-  
инвалид» не  
установлена, обоснование п.16  
Правил

## В Федеральном Бюро

Диагноз основной: (G35) Рассеянный  
склероз, цереброспинальная  
форма, прогрессивное-хроническое течение.  
Синдром пирамидной  
недостаточности, мозжечковый синдром.  
**Стойкие умеренные нарушения функции  
иммунной системы.** Стойкие незначительные  
нарушения статодинамической функции.

Решение: а) категория «ребенок-инвалид» на 1  
год.



Жалобы из протокола: снижение зрения, двоение в глаза при взгляде в стороны, вверх, общую слабость, быструю утомляемость, чувство пошатывания при ходьбе, особенно при быстрой;

трудности осуществления акта мочеиспускания - только в положении сидя, требуется время для начала акта (со слов около 3 минут).

Из анамнеза:

Болен с конца **2013** года, когда однократно отмечалось обморочное состояние. С этого времени стало беспокоить головокружение, шаткость походки, вялость, осмотрен неврологом, диагноз: ВСД. Синкопальный синдром. Синдром мозжечковой недостаточности.

В январе 2014г –при стационарном обследовании, диагнозом: Демиелинизирующее заболевание ЦНС. Рассеянный склероз?

МРТ головного мозга, где выявлены признаки очаговых изменений вещества головного мозга, вероятно демиелинизирующего характера (зоны глиоза **в обеих лобных долях, височной, теменной справа, в проекции средней ножки мозжечка слева**).

Лечение - пульс -терапия Метипредом, сосудистые препараты с положительным эффектом - нормализовался мышечный тонус, сухожильные и периостальные рефлексy в норме, уменьшилась атаксия в позе Ромберга, нормализовалась чувствительность.

- На МРТ головного мозга от 09.11.15 года картина, демиелинизирующего заболевания головного мозга с признаками активности процесса. При сравнении с исследованием от 07.11.14 уменьшились размеры очага в левой теменной доле, **появилось два новых очага с признаками активности**. Назначен Генфаксон. Выписан в стабильном состоянии.
- Обострение заболевания в **декабре 2015г.**, госпитализирован в неврологическое отделение ОДКБ, пульс терапия Метипредом. С иммуномодулирующей целью постоянно назначен Генфаксон
- Ухудшение состояния с в **феврале 2016 года** - появилась резкая головная боль, выросла атаксия, слабость. Стационарное лечение, Основной диагноз: Рассеянный склероз, цереброспинальная форма, ремиттирующее течение, период обострения. Правосторонний гемипарез. Левосторонняя пирамидная недостаточность. Мозжечковый синдром. Нарушение функции тазовых органов, задержка мочи.
- Осложнения: Атрофия зрительного нерва, нистагм горизонтальный с вертикальным компонентом, концентрическое сужение полей зрения.
- Получил пульс терапию Солумедролом.
- Очередная госпитализация в неврологическое отделение ОДКБ с 23.04.2017 по 04.05.2017 года с диагнозом: Рассеянный склероз, цереброспинальная форма, ремиттирующее течение. Синдром пирамидной недостаточности, мозжечковый синдром
- На МРТ головы и шейного отдела спинного мозга выявлены **множественные очаговые изменения демиелинизирующего характера**, контраст не накапливают.
- В **августе 2017 года** появилось двоение в глазах, нистагм, нарушение зрения. Стационарное лечение в неврологическом отделении ОДКБ с 11.08.2017 по 25.08.2017 с диагнозом: Рассеянный склероз, цереброспинальная форма, **прогредиентно-хроническое течение, фаза обострения**: Левосторонний гемипарез, мозжечковый синдром. Осложнения: Отёк ДЗН переходящий в атрофию. Диплопия. Нистагм. Сужение ПЗ. Сложный миопический астигматизм.
- 15.08.2017 года выполнена МРТ головы и шеи: **появление новых очагов демиелинизации в головном мозге и шейном отделе спинного мозга, единичные очаги накапливают контраст**.
- В терапии Ребиф, пульс терапия Метипредом

- ОДКБ , где находился на лечении с 23.01. по 02.02.2018 года, диагноз: Рассеянный склероз, хроническое прогрессирующее течение, **фаза обострения**. Левосторонний гемипарез легкой степени, мозжечковый синдром, нистагм, тугоухость.
- В жалобах: скрежет в левом ухе, снижение слуха, нарастание двигательных нарушений в левой руке и ноге, нарушение зрения в виде нечеткости контуров, «вижу как через пелену». Проведено нейротрофное лечение, пульс-терапия Метипредом. Выписан с улучшением.
- **На МРТ шейного отдела позвоночника от 01.02.2018 года:** от С5 до Th1 определяется веретенообразный участок с жидкостными сигнальными характеристиками, изменяющая сигнал после введения контраста **0,5x0,4x8,1** см, вещество спинного мозга на данном уровне истончено
- **МРТ головного мозга от 01.02.2018** года множественные очаги: в белом веществе лобных, височных, теменных долей, левой мозжечковой ножке, мозолистом теле, базальных структурах, перивентрикулярно, неправильной формы 0,3- 0,3- 0,3 см до 1,9-1,6-1,2 см , гиперинтенсивные с признаками цитотоксического отека; в правой височной доле 1,1-0,5-0,6см диффузное накопление ..**Заключение: демиелинизирующее заболевание головного мозга с МР признаками активности процесса**



**В данных личного осмотра специалистов ГБ:** Сознание ясное. Контактен. Ориентирован верно. Одет опрятно. Речь внятная, понятная, фразовая. Передвигается самостоятельно, свободно в обычном темпе. Раздевается, одевается самостоятельно, используя одновременно обе руки, темп достаточный. Активные движения в конечностях, позвоночнике в достаточном объеме. Гипотрофий нет. ЧН: На приеме в очках, положение глаз правильное, зрачки равной величины, движения глаз в полном объеме, страбизма нет, нистагм при взгляде влево горизонтальный, при взгляде прямо, вправо, вверх, вниз нистагма нет, предъявляет диплопию при взгляде во все стороны, кроме взгляда прямо - диплопии нет, поля зрения ориентировочным методом не нарушены. Лицо симметрично, пареза мимической мускулатуры нет. Слух сохранен (со слов после пульс-терапии Метипредом восстановился). Пальпация точек выхода тройничного нерва безболезненна. Глотание сохранено. Дисфонии, дисфагии нет. Язык по средней линии, атрофических изменений нет. Мышечная сила в конечностях 5 баллов. Парезов, параличей не выявлено. Верхняя, нижняя пробы Барре отрицательные. Мелкая моторика удовлетворительная. Мышечный тонус в руках справа незначительно повышен по пирамидному типу в дистальном отделе, слева незначительно снижен. Сухожильные рефлексy D=>S, средней живости. Патологические рефлексy не вызываются как с верхних, так и нижних конечностей. **Брюшные рефлексy снижены**, но вызываются без убедительной разницы сторон. **В позе Ромберга легкое покачивание. В усложненной позе Ромберга устоять не может, как с открытыми, так и с закрытыми глазами.** Координаторные пробы руками выполняет уверенно, без мимопопадания, легкая интенция при пяточно-коленной пробе как справа, так и слева. Проба на адиадохокинез отрицательная, диссенергии Бабинского не выявлено. Расстройств поверхностной и глубокой чувствительности не выявлено. Функция тазовых органов: Со слов **позыв на мочеиспускание сохранен. Для мочеиспускания надо принять сидячее положение, подождать прохождения мочи до 2-3 минут, прохождения мочи чувствует...**

## ОБОСНОВАНИЕ ЭКСПЕРТНОГО РЕШЕНИЯ ФБ МСЭ:

- По представленным медицинским и медико-экспертным документам, у ребенка с рассеянным склерозом (дебют в 2014 году), хронически -прогредиентным течением заболевания, **частыми обострениями**, сопровождающимися **структурными изменениями в виде увеличения количества и размеров множественных очаговых изменений в веществе головного мозга и спинного мозга очагов демиелинизирующего характера** (анализ МРТ за период 2014-2018), с нарастанием неврологической симптоматики в виде нарушения координации, неловкости в левой ноге и руке, появление глазной симптоматики), несмотря на проводимую терапию с наращиванием дозы (ребиф), объективизированы стойкие умеренные нарушения иммунной системы; стойкие незначительные нарушения нейромышечной, скелетной и связанной с движением (статодинамической) функции.
- НИЗКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
- В количественной системе оценки степени выраженности нарушений функций организма соответствует 40% по Разделу 2 п. 4. Установлена инвалидность, сроком до достижения 18 лет в соответствии с п.13 ПРАВИЛ («Правила признания лица инвалидом», утвержденные постановлением Правительства Российской Федерации от 20.02.2006 № 95; «Классификациями и критериями, используемыми при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы», утвержденными приказом Минтруда России от 17.12.2015 № 1024н).



## II Неверно дана оценка степени нарушенных функций:

<b>В Главном бюро</b>	<b>В Федеральном Бюро</b>
<p>Ребенок , 2009 г.р., РИ 2012-01.01.2018</p> <p>Диагноз основной: Врожденная аномалия развития мочевой системы. Обструктивный мегауретер справа, оперированный (13.09.2012 – нефруретерэктомия справа). Вторичный хронический пиелонефрит, ремиссия. ХПН0. незначительное нарушение функции мочевыделительной системы</p>	<p>Диагноз основной:</p> <p>Врожденный уретерогидронефроз правой почки, терминальная стадия. Нефрэктомия справа (2012г.). <b>Уретерогидронефроз единственной функционирующей</b> левой почки. Вторичный хронический пиелонефрит единственной левой почки, неактивная фаза. ХБП 2. Стойкие умеренные нарушения функций мочевыделительной системы. Хроническая анемия</p>
<p>Решение: а) категория «ребенок-инвалид» не установлена</p>	<p>Решение: а) категория «ребенок-инвалид» на 1 год.</p>

## ОБОСНОВАНИЕ ЭКСПЕРТНОГО РЕШЕНИЯ:

У ребёнка, с врождённой аномалией развития мочевыделительной системы в 2012 году удалена правая почка по поводу терминального уретерогидронефроза. В единственной левой почке имеются **нарушение уродинамики** - увеличение ЧЛС с 14 мм в 2017г. до 38 мм в 2018г. (по данным ультразвуковой диагностики почки), **рецидивирующий микробно - воспалительный процесс в единственной почке** (2 обострения за календарный год со стационарным лечением, применением а\б терапии, инфузионной терапии)

- Т.о имеются стойкие умеренные нарушения функций мочевыделительной системы, ограничивающие жизнедеятельность ребенка в категории способность к самообслуживанию.
- В соответствии с требованиями нормативных документов, имеются основания для установления категории «ребёнок-инвалид», сроком на 1 год. («Правила признания лица инвалидом», утвержденные постановлением Правительства Российской Федерации от 20.02.2006 № 95; «Классификациями и критериями, используемыми при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы», утвержденными приказом Минтруда России от 17.12.2015 № 1024н).
- Решение принято коллегиально единогласно.
- ЗАМЕЧАНИЯ:
- При проведении МСЭ в протоколе главного бюро **не отражена динамика заболевания**; не учтены изменения размеров ЧЛС в динамике (за год); не проведено уронефрологическое обследование (экскреторная урография, сцинтиграфия и др. ). При очередным освидетельствовании следует учесть замечание, провести уронефрологическое обследование и по его результатам решить вопрос об установлении /неустановлении категории "ребенок-инвалид"

Ребенок , 2001 г.р. **РИ 2009-2017**  
Диагноз основной: ХБП 3 ст.  
Вторичный хронический пиелонефрит, клинико-лабораторная ремиссия.  
Рефлюкс-нефропатия. **Стойкие незначительные нарушения мочевыделительной функции.**  
Осложнения: ХПН 2 степени по Н.А. Лопаткину. **Анемия легкой степени ренального генеза.**  
Сопутствующее: Нервно-мышечная дисфункция мочевого пузыря. Двухсторонний пузырно-мочеточниковый рефлекс. Состояние после эндоскопической коррекции рефлюкса с обеих сторон (2005, 2007 год), уретероцистонеостомии с обеих сторон по Коэну (2007 год).

Решение: а) категория «ребенок-инвалид» не установлена

Диагноз основной: ФБ  
Врожденный порока развития мочевыделительной системы: рецидивирующий двусторонний пузырно-мочеточниковый рефлюкс, после неоднократного оперативного лечения (эндоскопическая пластика в 2005 и 2007; уретероцистонеостомии с обеих сторон по Коэну в 2007). Рефлюкс -нефропатия. Вторичное сморщивание обеих почек. Хронический вторичный пиелонефрит, неактивная фаза. ХБП 3 ст. ХПН 2 ст. Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря. Стойкие умеренные нарушения мочевыделительной функции.

Решение: а) категория «ребенок-инвалид» на 1 год.



- В жалобах: Периодически боль в поясничной области ноющего характера в течение дня, головные боли при смене погоды в височной области проходящие самостоятельно, повышение АД до 140/70 мм рт. ст.
- При обследовании ОКДБ с 21.02-28.02.2017 с целью уточнения дальнейшей тактики ведения. Диагноз: Хроническая болезнь почек 3 стадии. Вторичный хронический пиелонефрит, клинико-лабораторная ремиссия. Рефлюкс-нефропатия. Осложнение основного: Хроническая почечная недостаточность 2 по Н. А. Лопаткину. Сопутствующий: Нервно-мышечная дисфункция мочевого пузыря. Двухсторонний пузырно-мочеточниковый рефлекс.
- Операция: эндоскопическая коррекция рефлюкса с двух сторон от 2005 г., и 2007 г., уретероцистостомия с двух сторон по Коэну от 01.11.2007г. Лабораторно в моче без воспаления, снижение концентрационной (уд вес 1005-1010) и фильтрационной (мочевина 8,35 ммоль/л, креатинин 112 мкмоль/л, СКФ по Шварцу = 67,22 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>) функции почек. Инструментально по УЗИ почек и мочевого пузыря: Диффузно-неоднородные изменения структуры обеих почек, вторично сморщенная левая почка? (правая почка 84\*41мм, ТП 11мм; левая почка 61\*36мм, ТП 11мм), взвесь в мочевом пузыре, объём мочевого пузыря 235 мл, остаточной мочи нет; по УЗДГ сосудов почек: затруднение кровотока на уровне почечных, дуговых артерий с обеих сторон в виде снижения **кровотока и повышения индексов резистентности**.
- ОАМ от 20.09.2017г.: без воспаления. ОАК от 18.09.2017г. анемия лёгкой степени (гемоглобин 101 г/л, эр 3,45, Б/Х крови от 18.09.2017г.: **креатинин 130,2 мкмоль/л, мочевины 10,55 ммоль/л, СКФ по Шварцу = 58,25 мл/мин/ 1,73м<sup>2</sup>; Са — 2,3 ммоль/л, Моча по Зимницкому от 25.09.2017 г.: уд. вес 1003-1012).**
- Постоянно принимает: Кетостерил 11 таб./сут., Эналаприл 2,5 мг.



- Обоснование экспертного решения:

У ребёнка с врожденным пороком развития мочевыделительной системы - рецидивирующим двусторонним пузырно-мочеточниковым рефлюксом после неоднократного оперативного лечения (эндоскопическая пластика в 2005 и 2007гг.; уретероцистостомии с обеих сторон по Коэну в 2007г.) с рефлюкс-нефропатией с исходом во вторичное сморщивание обеих почек, хроническим вторичным пиелонефритом, НДМП, ХБП 3 ст. ХПН 2 ст., имеются стойкие умеренные нарушения мочевыделительной функции (раздел 2 п.4 - 40%). **За период длительного наблюдения! в системе МСЭ (2009-2018) не отмечено положительной динамики в состоянии здоровья ребенка.** Заболевание характеризуется прогрессирующим течением (ХБП 3), что объективизировано данными инструментально-лабораторными методами обследования (2009-2017), неблагоприятным клиническим прогнозом, неэффективностью реабилитационных мероприятий, **низким реабилитационным потенциалом.**

С учетом вышеизложенного, имеются основания для установления категории «ребёнок-инвалид», **сроком до достижения 18 лет**, в соответствии с требованиями, действующих нормативных правовых документов («Правила признания лица инвалидом», утвержденные постановлением Правительства Российской Федерации от 20.02.2006 № 95; «Классификациями и критериями, используемыми при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы», утвержденными приказом Минтруда России от 17.12.2015 № 1024н).

**Решение Главного бюро изменено**



**КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:** Q71.2 ВАР левой верхней конечности по типу культуры предплечья в верхней трети со стойкими умеренными нарушениями статодинамической функции. Сколиоз грудно-поясничного отдела позвоночника 1 ст. (п.13.2.3.5 -50%).

Девочка , 2002 г.р. РИ до 18 лет. Протезирование с 2х лет.

В 04.2017 рекомендован протез предплечья с внешним источником, внесен в ИПРА  
По контролю в ФБ МСЭ

Ученица 8 класса СОШ общеобразовательного государственного стандарта;  
протезируется с 2007г.

Заключение МТК:

Измерения биоэлектрической активности управляющих мышц 58 мкв-55 мкв, электрическая активность управляющей мышцы – антагониста 22 мкв;



- В соответствии с п. «8-09» Перечня (998н) при внесении в индивидуальную программу реабилитации инвалида рекомендаций о нуждаемости в протезе предплечья с внешним источником энергии, специалистами учреждений медико-социальной экспертизы учитываются медицинские показания: **Стойкие умеренные или выраженные нарушения статодинамических функций верхней конечности вследствие культи после вычленения в ЛЗС, культи предплечья на уровне нижней, средней, верхней трети; культи предплечья короткая (5 см от локтевого сгиба) при невозможности протезирования тяговым или рабочим**



ЛОКАЛЬНО: отсутствует левая кисть и предплечье до уровня в\3. Короткая культя 5,0 см. Трофических изменений нет. Гипотрофия мышц левого плеча. Движения в ЛС левом в полном объеме.





ФБ, ИЗУЧЕНЫ ПРЕДСТАВЛЕННЫЕ РЕНТГЕНОГРАММЫ ПРАВОЙ В\К В 2Х ПРОЕКЦИЯХ: ВАР ПРАВОЙ В\КОНЕЧНОСТИ ПО ТИПУ АМНИОТИЧЕСКОЙ АМПУТАЦИИ ПРЕДПЛЕЧЬЯ НА УРОВНЕ В\3 ЛУЧЕВОЙ И ЛОКТЕВОЙ КОСТЕЙ. РАДИОУЛЬНАРНЫЙ СИНОСТОЗ. ПРОКСИМАЛЬНЫЙ МЕТАЭПИФИЗ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ ДЕФОРМИРОВАН ПОД УГЛОМ 85 ГР., ОТКРЫТ КНАРУЖИ. ЛС ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ. ФРАГМЕНТ ЛОКТЕВОЙ КОСТИ ДО 5, 0СМ. , КОНУСОБРАЗНЫЙ С ОСТРЫМ КРАЕМ.





- С учетом положений нормативных правовых документов, анализа фото документов, данных рентгенологического обследования - **несостоятельность левого локтевого сустава на фоне аномалии развития костей предплечья, недостаточных размеров культи предплечья,** считаем, что в настоящее время у ребенка, 2002 г.р., имеются **абсолютные медицинские противопоказания** в обеспечении протезом предплечья с внешним источником энергии в соответствии с действующими нормативными правовыми документами (Перечень показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации», утвержденный приказом Минтруда России от 09.12.2014 № 998н).



# **ВЫВОДЫ:**

**Снизить риск вынесения неверного экспертного решения позволят:**

- **Соблюдение алгоритма проведения МСЭ позволит выявить признаки инвалидности, либо их не усмотреть;**
- **Знание классификаций, современных методов диагностики, лечения; умение интерпретировать полученные клинико-функциональные данные;**
- **Обучение специалистов по МСЭ, расширение практической части с участием в проведении освидетельствований граждан, разбор сложных экспертных случаев**
- **Учет требований пунктов нормативных правовых документов**

***БЛАГОДАРЮ ЗА  
ВНИМАНИЕ!***

