



**МИНИСТЕРСТВО  
ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(МИНТРУД РОССИИ)**

**ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА**

улица Ильинка, 21, Москва, ГСП-4, 127994  
тел.: 8 (495) 870-67-00, факс: 8 (495) 870-68-71  
E-mail: mintrud@mintrud.gov.ru

10.04.2026 № 13-4/10/В-5841

Руководителям главных бюро медико-  
социальной экспертизы по субъектам  
Российской Федерации

Руководителю ФГБУ «Федеральное  
бюро медико-социальной экспертизы»  
Минтруда России  
М.А. Дымочке

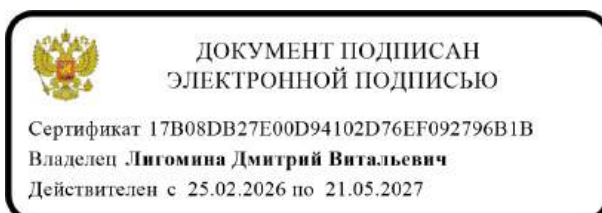
На № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации направляет для использования в работе подготовленные совместно с ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Минтруда России методические рекомендации по порядку определения в индивидуальной программе реабилитации и абилитации инвалида (ребенка-инвалида) нуждаемости в обеспечении отдельными видами технических средств реабилитации с учетом их технических характеристик, конструктивных особенностей, предусмотренных новой редакцией Перечня медицинских и социальных показаний, медицинских противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации, технических решений, в том числе специальных, конструктивных особенностей и параметров технических средств реабилитации, используемых в целях устранения или возможно более полной компенсации стойких ограничений жизнедеятельности инвалидов, утвержденного приказом Минтруда России от 10 декабря 2024 г. № 687н, с учетом изменений, внесенных приказами Минтруда России от 10 апреля 2025 г. № 199н и от 16 января 2026 г. № 10н.

Одновременно просим ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Минтруда России обеспечить методологическое сопровождение и консультирование главных бюро медико-социальной экспертизы при назначении инвалидам и детям-инвалидам технических средств реабилитации, в том числе с учетом настоящих методических рекомендаций.

Приложение: на 27 л.

Д.В. Лигомина



УТВЕРЖДАЮ  
заместитель Министра труда и социальной  
защиты Российской Федерации  
Д.В. Лигомина  
10 апреля 2026 г.

[SIGNERSTAMP1]

**Методические рекомендации по порядку определения в индивидуальной программе реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов) нуждаемости в обеспечении отдельными видами технических средств реабилитации с учетом их технических характеристик, конструктивных особенностей, предусмотренных новой редакцией Перечня медицинских и социальных показаний, медицинских противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации, технических решений, в том числе специальных, конструктивных особенностей и параметров технических средств реабилитации, используемых в целях устранения или возможно более полной компенсации стойких ограничений жизнедеятельности инвалидов, утвержденного приказом Минтруда России от 10 декабря 2024 г. № 687н, с учетом изменений, внесенных приказами Минтруда России от 10 апреля 2025 г. № 199н и от 16 января 2026 г. № 10н**

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (далее - Закон) реабилитация инвалидов - система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности.

Абилитация инвалидов - система и процесс формирования отсутствовавших у инвалидов способностей к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности.

Комплексная реабилитация и абилитация инвалида - оптимальное для каждого инвалида сочетание мероприятий и услуг по основным направлениям комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, которые направлены на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности инвалида в целях его социальной адаптации, в том числе достижения им материальной независимости, и интеграции в общество.

В достижении наиболее полной компенсации основных категорий ограничений жизнедеятельности немаловажное значение для инвалида (ребенка – инвалида), имеющего ограничения жизнедеятельности вследствие наличия стойких нарушений

функций организма, приобретает процесс рационального подбора технических средств реабилитации, с помощью которых возможна наиболее эффективная интеграция (реинтеграция) в социум.

В соответствии со статьей 11.1 Закона решение об обеспечении инвалида техническими средствами реабилитации принимается при осуществлении медико-социальной экспертизы по медицинским и социальным показаниям с учетом медицинских противопоказаний в целях устранения или возможно более полной компенсации стойких ограничений жизнедеятельности инвалида, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами, исходя из необходимости уменьшения степени их выраженности.

В настоящее время действующим является Перечень медицинских и социальных показаний, медицинских противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации, технических решений, в том числе специальных, конструктивных особенностей и параметров технических средств реабилитации, используемых в целях устранения или возможно более полной компенсации стойких ограничений жизнедеятельности инвалидов, утвержденный приказом Минтруда России от 10 декабря 2024 г. № 687н (далее – Перечень медицинских и социальных показаний) в редакции приказов Минтруда России от 10 апреля 2025 г. № 199н и от 16 января 2026 № 10н (далее – приказ № 199н, приказ № 10н).

Положениями Приказа № 199н был внесен в Перечень медицинских и социальных показаний новый вид абсорбирующего белья: урологические прокладки для мужчин и для женщин.

Положениями Приказа № 10н были внесены изменения в Перечень медицинских и социальных показаний, в соответствии с которыми в том числе детализированы параметры слуховых аппаратов, а также определена вариативность изготовления подгузников.

### **Абсорбирующее белье, подгузники**

Абсорбирующее белье, впитывающие простыни (пеленки), подгузники, прокладки урологические для мужчин и женщин относятся к техническим средствам реабилитации при недержании мочи с целью компенсации имеющихся у инвалида ограничений жизнедеятельности к самообслуживанию.

В соответствии с положениями вступивших в силу с 1 января 2025 года Клинических рекомендаций «Недержание мочи» (Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: N39.3, R32. 2024 г. утверждения) недержание мочи (НМ) – это патологическое состояние, характеризующееся любым непроизвольным выделением мочи из уретры.

Выделяют четыре вида недержания мочи: ургентное (от англ. urge — повелительное), стрессовое (от англ. stress-напряжение) (недержание мочи при напряжении), вследствие переполнения мочевого пузыря и функциональное.

Недержание мочи (НМ) при напряжении или стрессовое недержание мочи (СНМ), может быть двух основных видов: заболевание, связанное с дислокацией и

ослаблением связочного аппарата неизмененного мочеиспускательного канала и уретровезикального сегмента, что относится к анатомическому недержанию мочи, и заболевание, связанное с изменениями в самом мочеиспускательном канале и сфинктерном аппарате, приводящими к нарушению функции замыкательного аппарата.

Ургентное недержание мочи (УНМ) связано с произвольными сокращениями мочевого пузыря. Это состояние может быть связано с нейрогенными проблемами, такими как снижение ингибирующего контроля со стороны центральной нервной системы или же нарушениями функции уротелия, что может приводить к активации афферентных рефлексов мочевого пузыря.

Недержание мочи у мужчин возникает, как правило, после ранее перенесенных операций на предстательной железе, в ходе которых может быть повреждение сфинктера уретры. Наиболее частыми причинами недержания мочи у мужчин являются радикальная простатэктомия и трансуретральные операции на простате. У мужчин в такой ситуации чаще имеет место стрессовая форма недержания мочи. Ургентное недержание мочи у мужчин может иметь место независимо от ранее проводимых операций и встречается чаще с увеличением возраста больных.

К недержанию мочи при переполнении мочевого пузыря приводят снижение или отсутствие сократительной активности детрузора и длительно существующая инфравезикальная обструкция. Снижение или отсутствие сократительной способности детрузора - результат нарушения иннервации мочевого пузыря (травмы и заболевания на уровне сакрального отдела спинного мозга, диабетическая полинейропатия, повреждение нервных волокон при операциях на органах малого таза и др.).

Наличие остаточной мочи отражает плохую эффективность мочеиспускания. К появлению остаточной мочи приводят инфравезикальная обструкция (чаще у мужчин с заболеваниями предстательной железы), а также снижение или отсутствие сократительной способности детрузора идиопатического или нейрогенного характера. Остаточная моча может являться причиной ИМП, приводить к расширению ВМП и почечной недостаточности. Для измерения объема остаточной мочи используют катетеризацию мочевого пузыря или ультразвуковое исследование (предпочтительно).

Инфравезикальная обструкция чаще встречается у мужчин. Ее вызывают доброкачественная гиперплазия и рак предстательной железы, стриктура уретры и др.

Функциональное недержание мочи возникает при наличии внешних функциональных препятствий для мочеиспускания на фоне нормального функционирования мочевыводящих путей. Может быть связано со снижением когнитивных функций, мобильности, действием психологических факторов (например, снижение мотивации) или факторов окружающей среды (ограничение доступности туалета).

Ситуационное НМ, как правило, вызвано произвольным сокращением мочевого пузыря, вызванным определенными провоцирующими факторами. Патогенез этого состояния чаще всего схож с таковым при ургентном недержании.

Недержание мочи, особенно у пожилых людей, связано с различными сопутствующими заболеваниями, включая сердечную недостаточность, хроническую почечную недостаточность, сахарный диабет, хроническую обструктивную болезнь легких, неврологические заболевания, включая инсульт и рассеянный склероз, общее когнитивное нарушение, расстройства сна, например, апноэ во сне, депрессию и метаболический синдром.

Эпидемиологические данные показывают, что НМ при напряжении (НМПН) - широко распространено в Северной Америке и странах Европы, где от 34 до 38% женщин страдают этим заболеванием, распространенность ургентного недержания мочи согласно тому же эпидемиологическому исследованию, составляет до 14%. Распространенность недержания мочи у пациентов в возрасте старше 60 лет составляет 10,4% среди мужчин и 19,3% среди женщин и увеличивается с возрастом.

Несмотря на то, что НМ достаточно широко распространено, обращаемость за помощью в нашей стране низкая. В развитых странах число обращающихся к специалисту пациенток составляет около 30%, а в России - не более 10%. Данный факт обусловлен многими причинами, в частности неосведомленностью пациентов и врачей амбулаторного звена, отсутствием информации, интимностью проблемы и отношением больных к данной проблеме как к естественному процессу старения.

Недержание мочи не представляет угрозу для жизни, но значительно нарушает ее качество, функциональную активность, приводит к развитию социальной изоляции и депрессии, повышает риск развития падений и пролежней. Кроме того, недержание мочи является одной из причин институализации пожилых людей и приводит к большим экономическим затратам.

Одной из наиболее полных, охватывающих все виды патологий, считается классификация, разработанная International Continence Society – Комитетом Стандартов Международного Общества по удержанию мочи.

На данный момент именно она является самой популярной среди врачей.

Согласно данной классификации (ICS) выделяют следующие виды недержания мочи:

- стрессовое недержание мочи (СНМ) или недержание мочи при напряжении - непроизвольное выделение мочи при внезапном повышении внутрибрюшного давления и недостаточности сфинктерного аппарата уретры, а также при дислокации и ослаблении связочного аппарата неизмененного мочеиспускательного канала и уретровезикального сегмента, которые возникают при кашле, чихании, физических нагрузках и так далее;

- ургентное (императивное) недержание - непроизвольное выделение мочи при внезапном нестерпимом повелительном позыве к мочеиспусканию, обусловленном непроизвольными сокращениями детрузора; служит проявлением ГАМП;

- смешанное (комбинированное) недержание мочи сопровождается проявлением и стрессового, и ургентного недержания.

Описанные типы недержания мочи встречаются наиболее часто, однако существует еще несколько редко встречающихся типов:

- энурез или ночное недержание мочи, - возникает во время сна;

- ситуационное недержание - непроизвольное выделение мочи при различных обстоятельствах, например, при половом акте, оргазме, смехе и так далее;
- парадоксальная ишурия - жалоба на недержание мочи при одновременной хронической задержке мочи;
- недержание мочи при переполнении мочевого пузыря (парадоксальная ишурия) - сочетание недержания мочи с хронической задержкой мочи.

В клинической практике широко применяют более простую и приемлемую для практического здравоохранения классификацию Д.В. Кана (1978 г.), определяющую степень тяжести недержания мочи при напряжении. По Д.В. Кану различают 3 степени недержания мочи: легкую, среднюю и тяжелую.

При легкой степени непроизвольное выделение мочи отмечают только во время резкого и внезапного повышения внутрибрюшного давления: сильного кашля, быстрой ходьбы. При этом потеря мочи исчисляется всего несколькими каплями.

При средней тяжести клинические признаки появляются во время спокойной ходьбы, при легкой физической нагрузке и так далее.

При тяжелой степени - пациенты полностью или почти полностью теряют мочу даже при изменении положения тела.

Императивное (ургентное) недержание мочи (так называемое недержание мочи) представляет собой непроизвольное выделение мочи сразу после внезапно возникшего резкого позыва на мочеиспускание. Позывы на мочеиспускание возникают через короткие промежутки времени, пациент не может удержать мочу, имеет место частое ночное мочеиспускание. Причиной такого вида недержания мочи является гиперактивность мочевого пузыря, которая (по данным Международного общества по удержанию мочи) подразделяется на нейрогенную гиперактивность мочевого пузыря (причиной является неврологическая патология) и идиопатическую (не связанную с неврологической патологией).



Рис. 1.1. Императивное (ургентное) недержание мочи

При данном виде недержания чувство сильного позыва к мочеиспусканию сопровождается или непосредственно предшествует неконтролируемому вытеканию мочи; возможно вытекание незначительного количества или полное опорожнение мочевого пузыря.

Причинами могут являться: гиперактивность (неконтролируемое сокращение) мочевого пузыря. Такое состояние может быть следствием какой-либо неврологической патологии (инсульт, болезнь Паркинсона, травмы спинного мозга и т.д.), инфекций мочевых путей, опухоли мочевого пузыря и др.

Стрессовое недержание мочи возникает при кашле, подъеме тяжести, смехе, когда повышается внутрибрюшное давление. Стрессовое недержание мочи является

следствием недостаточности тазового дна, что, в свою очередь, приводит к патологической подвижности и недостаточности сфинктеров мочевого пузыря и уретры.

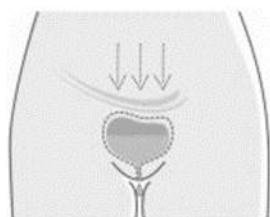


Рис. 1.2. Стрессовое недержание мочи

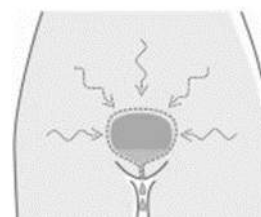


Рис. 1.3. Постоянное недержание мочи

Этот тип недержания связан с ослаблением мышц тазового дна и проявляется неконтролируемым выделением мочи во время физического усилия (подъем тяжестей), во время чихания, кашля; чаще этот вид недержания встречается у женщин, у мужчин он появляется иногда после операции удаления простаты.

Причинами могут являться: слабость сфинктера, растяжение и повреждение мышц и нервов тазового дна после беременности и тяжелых родов, травм и хирургических операций на органах малого таза, а также наследственные факторы, ожирение и многое другое.

Смешанное недержание мочи характеризуется произвольным выделением мочи в сочетании с внезапным резким позывом на мочеиспускание, а также недержанием мочи при усилии, чихании, кашле.

Постоянное недержание мочи – это постоянное подтекание мочи.

Постоянное неконтролируемое вытекание мочи.

Причины: данный тип недержания образуется при пузырно-влагалищном свище или врожденных аномалиях развития мочеполовой системы. В обоих случаях моча не накапливается в мочевом пузыре, а попадает сразу во влагалище и постоянно вытекает наружу.

Ночной энурез – это недержание мочи во сне.

Также встречаются следующие виды недержания:

Недержание мочи от переполнения:



Рис. 1.4. Недержание мочи от переполнения

Неконтролируемое вытекание мочи, вызванное переполнением мочевого пузыря, в результате чего-либо мышцы мочевого пузыря могут утратить способность сокращаться, мочи накапливается больше, чем может вместить мочевой пузырь, и она начинает подтекать.

Причины: при некоторых заболеваниях (например, при диабете или болезнях, передающихся половым путем) или при приеме отдельных лекарств мышцы мочевого пузыря могут утратить способность сокращаться. В результате, когда накапливается больше мочи, чем может удержать мочевой пузырь, она начинает подтекать маленькими струйками.

Недержание мочи подразделяется на: истинное – непроизвольное выделение мочи естественным путем; ложное – выделение мочи из противоестественных отверстий в мочевых путях; полное – непроизвольное выделение всей мочи (поступление в мочевой пузырь) в отсутствии акта мочеиспускания, частичное – непроизвольное выделение части мочи при сокращенном акте мочеиспускания; постоянное и временное (периодическое).

Периодическое недержание мочи: произвольная регуляция акта мочеиспускания отсутствует, устанавливается автоматический, рефлекторный тип опорожнения пузыря за счет самостоятельной деятельности спинномозговых центров, как это наблюдается у ребенка до определенного возраста. По мере растяжения пузыря от накапливающейся мочи возникают соответствующие раздражения, которые, достигая известной степени, вызывают рефлекторное расслабление сфинктеров и напряжение детрузора: моча выделяется непроизвольно, до следующего накопления и нового рефлекторного опорожнения. В этих случаях наблюдается, следовательно, периодическое недержание мочи при постоянно имеющейся остаточной моче в пузыре. Легкая степень периодического недерхания мочи выражается так называемыми императивными позывами на мочеиспускание. В таких случаях при наличии позыва больной не может на длительный срок задержать опорожнение пузыря.

Причины недерхания мочи можно разделить на 5 групп:

- к первой группе относятся заболевания, при которых сфинктер мочевого пузыря не способен к полному замыканию вследствие его повреждения, нарушения иннервации, склерозирования стенки мочевого пузыря, нарушения анатомических взаимоотношений органов малого таза, уретроцистоцеле, повреждения сфинктера в родах или при операциях на промежности, предстательной железе и др. Недержание мочи при этом является истинным (полным или частичным);

- вторую группу составляют заболевания, приводящие к повышению тонуса детрузора, сфинктер при этом остается нормальным. Повышенное внутрипузырное давление ведет к непроизвольному опорожнению пузыря. Подобное состояние возникает при нейрогенном мочевом пузыре, сморщенном мочевом пузыре;

- к третьей группе причин, обуславливающих недержание мочи, относятся факторы, вызывающие вялость детрузора при нормальной функции сфинктера или его гипертонус при нормальной функции детрузора. Подобное несоответствие обуславливает так называемое недержание мочи от «переливания», именуемое чаще парадоксальной ишурией. В сущности, это хроническая задержка мочеиспускания, обусловленная значительным сужением уретры, заболеваниями центральной и периферической нервной системы;

- к четвертой группе недерхания мочи относятся заболевания, приводящие к недостаточности сфинктера мочевого пузыря и ослаблению тонуса детрузора. Эта

форма недержания чаще встречается при рассеянном склерозе, менингомиелоцеле. Эти причины иногда вызывают недержание мочи у многорожавших женщин;

– пятую группу составляют врожденные и приобретенные заболевания, вызывающие ложное недержание мочи; моча при этом выделяется через дефект, образовавшийся в результате эктопии мочевого пузыря, незаращения урахуса, эктопии устья мочеточника во влагалище или уретру ниже сфинктера, врожденного пузырно-влагалищного свища. Перечисленные заболевания в большинстве своем ведут к полному недержанию мочи.

Недержание мочи характеризуется следующими клиническими понятиями (в зависимости от причины, вызывающей недержание мочи):

– недержание мочи при напряжении (патологическая подвижность шейки мочевого пузыря и уретры вследствие слабости мышц тазового дна);

– недержание мочи (нестабильность детрузора при нормальной функции сфинктера мочевого пузыря и мочеиспускательного канала; при отсутствии патологической подвижности шейки мочевого пузыря и уретры, а также неврологической патологии);

– активное нейрогенное недержание мочи (нейрогенная дисфункция мочевого пузыря, когда сфинктер уретры не подчиняется произвольному контролю);

– пассивное нейрогенное недержание мочи (недостаточность сфинктера мочевого пузыря и уретры) при поражении спинального центра мочеиспускания и нижележащих нервных путей;

– врожденное ложное недержание мочи (при пороках развития мочевых путей);

– приобретенное ложное недержание мочи;

– парадоксальная ишурия (задержка мочи и переполнение мочевого пузыря);

– посттравматическое недержание мочи (при последствиях травм таза, повреждении сфинктеров мочевого пузыря и уретры).

Основными видами болезней, приводящих к недержанию мочи, являются: цереброваскулярные болезни с нарушением кровообращения головного и спинного мозга (в бассейне обеих внутренних сонных артерий, обеих передних мозговых артерий, обеих позвоночных артерий); последствия нарушения венозного кровообращения головного мозга; последствия нарушения артериального и венозного кровообращения спинного мозга; энцефалиты, опухоли головного мозга; энцефаломиелиты, полиомиелит, сирингомиелия, рассеянный склероз; детский церебральный паралич; последствия внутричерепной травмы; последствия травмы спинного мозга; опухоли спинного мозга; токсическая энцефалопатия, миелопатия; наследственные, дегенеративные нервно-мышечные заболевания; пороки развития, травмы, воспалительные заболевания и новообразования нижних мочевых путей и предстательной железы; пузырно-влагалищные, влагалищно-мочеточниковые, пузырно-простато-промежностные свищи травматического происхождения либо образовавшиеся вследствие прорыва гнойников или прорастания опухолей из других органов в стенку мочевого пузыря, сочетающиеся со стриктурой уретры; гиперрефлекторный нейрогенный мочевой пузырь и др.

Нейрогенный мочевой пузырь – синдром, объединяющий расстройства мочеиспускания, возникающие при поражении нервных путей и центров, иннервирующих мочевой пузырь и обеспечивающих функцию произвольного мочеиспускания. Основным в патогенезе является денервация и функциональное разобщение мочевого пузыря с корковыми и спинальными центрами, нарушение его резервуарной и опорожняющей функций. При преимущественном поражении центров и путей симпатической иннервации страдает резервуарная функция, что проявляется расстройством адаптации и недержанием мочи. При поражении парасимпатической части иннервации нарушается опорожняющая функция, что выражается задержкой мочи. Поперечное поражение спинного мозга выше поясничных сегментов оставляет интактными спинальные центры. Связь с корковыми центрами при этом отсутствует, однако рефлекторная функция опорожнения сохраняется. Повреждение корковых центров приводит к нарушению их тормозных влияний на подкорковые, спинальные и периферические центры, адаптационная и эвакуационная функции осуществляются в условиях ослабленного контроля корковых центров. Вследствие ослабления тормозящих влияний коры позывы на мочеиспускание носят императивный неудержимый характер, и развивается недержание мочи. При поражении обеих частей иннервации мочевого пузыря (парасимпатической и симпатической) нарушаются обе функции пузыря: имеется как задержка мочи (остаточная моча), так и недержание ее. Нарушения мочеиспускания при нейрогенном мочевом пузыре различны по форме и интенсивности в зависимости от локализации, тяжести и продолжительности повреждений нервной системы.

Нейрогенный мочевой пузырь развивается при различных уровнях поражения нервной системы: супраспинальном (церебральном), супрасакральном (спинальном или медуллярном), инфрасакральном (периферическом экстрамедуллярном). Супраспинальное поражение нервной системы возникает при: опухоли головного мозга, цереброваскулярных заболеваниях, гидроцефалии, деменции, болезни Паркинсона, синдроме Шай-Драгера, болезни Шарко, энцефалите, менингите, церебральном параличе, рассеянном склерозе. Супрасакральное поражение нервной системы возникает при: позвоночно-спинномозговой травме, остром нарушении спинального кровообращения, ишемии спинного мозга, воспалительных и иммунных заболеваниях, опухоли спинного мозга и его оболочек, костно-деструктивных изменениях позвоночника.

Инфрасакральное поражение нервной системы имеет место при: позвоночно-спинномозговой травме, остром нарушении спинального кровообращения, ишемии спинного мозга, дискогенной миелопатии, люмбосакральной сирингомиелии, миелодисплазии и др. К периферическим экстрамедуллярным заболеваниям, приводящим к недержанию мочи, относятся: каудопатии, травмы таза, осложнения после хирургического вмешательства на кишечнике и матке, ретроперитонеально распространяющиеся опухоли, полирадикулоневропатии, полиневропатии, демиелинизирующий синдром Джулиана-Барре и др. При нейрогенном мочевом пузыре существует как гипертонический мочевой пузырь, так и гипотонический

(когда отсутствует нормальное мочеиспускание при полном и даже переполненном мочевом пузыре).

У детей в целом чаще встречается истинное частичное приобретенное недержание мочи вследствие нарушения нейрогуморальной регуляции мочевого пузыря. При этом страдает, главным образом, резервуарная функция мочевого пузыря вследствие частичной утраты способности детрузора к активной адаптации, повышения порога рефлекса мочеиспускания и сопутствующей недостаточности мышц тазового дна. Чаще всего у детей причинами полного недержания мочи являются дефекты, образовавшиеся в результате эктопии мочевого пузыря, незаращения урахуса, эктопии устья мочеточника во влагалище или уретру ниже сфинктера.

Классификация недержания мочи по степени тяжести (в зависимости от количества мочи (в мл), выделяемой в течение 8 часов) включает: легкую степень (до 400 мл); среднюю степень (400 – 600 мл); тяжелую степень недержания мочи (600 мл и более).

Также в соответствии с «ГОСТ Р 55082-2012. Национальный стандарт Российской Федерации. Изделия бумажные медицинского назначения. Подгузники для взрослых. Общие технические условия»: средняя степень недержания определяется произвольным выделением мочи в количестве от 400 до 600 мл за 8 ч; тяжелая степень недержания – произвольным выделением мочи и(или) жидкого кала в количестве более 600 мл за 8 ч.

#### **Типы и виды абсорбирующего белья, подгузников**

К абсорбирующему белью относятся впитывающие простыни (пеленки), подгузники, прокладки урологические для мужчин, прокладки урологические для женщин.

Абсорбирующее белье используется как техническое средство реабилитации для инвалидов (детей-инвалидов) с различными формами недержания мочи и кала с целью профилактики повреждений кожных покровов для обеспечения физического комфорта. Применение абсорбирующего белья как технического средства реабилитации используется с целью частичной компенсации выявленных у инвалидов (детей-инвалидов) по результатам экспертно-реабилитационной диагностики ограничений способности к самообслуживанию.

За счет средств федерального бюджета инвалиды обеспечиваются абсорбирующим бельем (пеленками), подгузниками, а также урологическими прокладками.

В соответствии с ГОСТ Р ИСО 9999-2019 «Вспомогательные средства для людей с ограничениями жизнедеятельности. Классификация и терминология» группа абсорбирующее белье, подгузники позиционирована под кодом 09 30 «Вспомогательные средства для впитывания мочи и/или фекалий».

ГОСТ Р 57889-2021 «Национальный стандарт Российской Федерации. Средства для впитывания мочи для ношения на теле человека. Общие технические условия» (утвержден и введен в действие приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 27 мая 2021 г. № 470-ст распространяется на средства для впитывания мочи, распространяется на средства для впитывания мочи,

предназначенные для ношения на теле человека, страдающего недержанием, и устанавливает требования к их качеству, не распространяется на детские подгузники.

В соответствии с ГОСТ Р ИСО 9999-2019 «Вспомогательные средства для людей с ограничениями жизнедеятельности. Классификация и терминология»:

1. Впитывающие простыни (пеленки) позиционированы под кодом 09 30 42: ненательные средства для защиты белья и других поверхностей от просачивания мочи и/или фекалий одноразового использования. К ним относятся, например, одноразовые гигиенические пеленки.

2. Подгузники для взрослых позиционированы под кодами:

– 09 30 21. Одноразовые подгузники для взрослых. Вспомогательные средства, которые являются разновидностью детских подгузников, но предназначенные для взрослых; они обычно имеют эластичный материал в области талии, манжеты вокруг ног и фиксирующие элементы в виде застежек-липучек; также известны как изделия «все в одном», памперсы или впитывающие трусы;

– 09 30 24. Защитное нижнее белье одноразового использования для взрослых. Вспомогательные изделия, похожие на трусики для детей, также называемые подгузниками в форме трусов или впитывающими трусами.

3. Подгузники и абсорбирующие прокладки для детей позиционированы под кодом 09 30 12: впитывающие средства при недержании одноразового использования для детей. Абсорбирующие прокладки, созданные специально для детей, которые удерживаются на месте, плотно прилегая к нижнему белью или растягивающимся сетчатым коротким трусикам; также известные как прокладки или защитные средства. К ним относятся, например, одноразовые подгузники.

Подгузники, будучи составной частью биотехнической системы «человек – изделие», служат решающим фактором, позволяющим ряду категорий инвалидов реализовать свой реабилитационный потенциал. Подгузники позволяют инвалидам осуществлять самостоятельную активную жизнедеятельность (несмотря на наличие патологических изменений в организме), т.е. являются техническими средствами, обеспечивающими их реабилитацию (от создания возможности исполнять семейно-бытовые обязанности до осуществления профессионально-производственной деятельности).

Абсорбирующее белье, подгузники должны соответствовать требованиям стандартов серии ГОСТ ISO 10993-1-2021 «Изделия медицинские. Оценка биологического действия медицинских изделий. Часть 1. Оценка и исследования в процессе менеджмента риска».

Абсорбирующее белье – впитывающие простыни (пеленки) предназначено для: соблюдения правил личной гигиены; избавления от психологического напряжения и чувства дискомфорта лежащих больных; защиты постельного белья и мебели.

Впитывающие простыни (пеленки) представляет собой изделие, впитывающим слоем которого является многослойная прессованная целлюлоза; нижним слоем – не пропускающая влагу, не скользящая пеленка; верхним слоем служит мягкий нетканый материал (рис. 1.5).

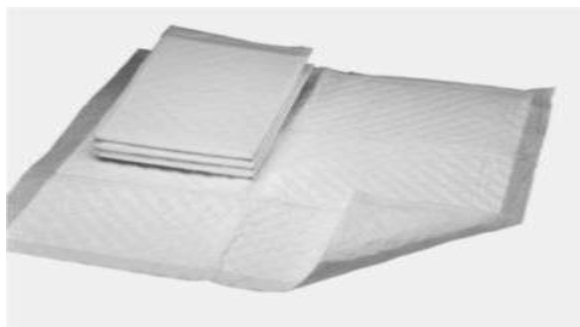


Рис. 1.5. Впитывающие простыни (пеленки)

Технические характеристики:

- размеры – 40х60 см; 60х60 см; 60х90 см;
- впитывающая способность: от 400 до 500 мл (впитывающие простыни (пеленки) размером не менее 40х60 см); от 800 до 1200 мл (впитывающие простыни (пеленки) размером не менее 60х60 см); от 1200 до 1900 мл (впитывающие простыни (пеленки) размером не менее 60х90 см).

Пример модели: впитывающие простыни (рис 1.6). Регистрационный номер медицинского изделия – ФСР 2008/03477. Дата государственной регистрации медицинского изделия – 24.10.2008. Срок действия регистрационного удостоверения – бессрочно. Наименование медицинского изделия – пеленки впитывающие одноразовые.



Рис. 1.6. «Пеленки впитывающие одноразовые»

Подгузники применяются для: соблюдения правил личной гигиены, профилактики пролежней у больных с недержанием мочи и кала (в том числе обездвиженных, малоподвижных больных и лиц с частичной потерей активности). Форма подгузника должна соответствовать развертке части торса человека с дополнительным увеличением площади на запах боковых частей. Впитывающий слой подгузника имеет форму, которая позволяет его использовать как мужчинам, так и женщинам.

Подгузник является многослойным изделием. Внешний слой подгузника выполнен из влагонепроницаемого материала – специального полиэтилена, который препятствует проникновению влаги наружу, но пропускает влагу внутрь. Впитывающий слой состоит из распушенной целлюлозы с суперабсорбирующим

полимером, который впитывает и удерживает очень большие объемы жидкости; не подвергается разложению микроорганизмами, нейтрализует запахи. За счет высокой впитывающей способности суперабсорбента изделия являются тонкими и легкими, что крайне важно при длительном применении у тяжелых больных. Внутренний слой состоит из нетканого материала на основе натурального хлопчатобумажного сырья. Подгузник имеет систему крепления на теле человека: застежки-липучки многократного использования позволяют идеально подогнать подгузник под анатомические особенности любого пациента. Впитывающая способность подгузника обеспечивается также тщательно выверенным расположением впитывающей прокладки внутри подгузника.

Подгузник имеет влагонепроницаемые барьеры по бокам, что создает ощущение комфорта и надежности. Стягивающие резиночки, расположенные по бокам и состоящие из натуральной резины и спандекса, обеспечивают его анатомическую форму и наилучшее прилегание. Подгузник может иметь индикатор насыщения влагой, он меняет цвет или исчезает полностью при максимальном наполнении.

### **Особенности подбора различных видов подгузников для взрослых и детей**

Перечень медицинских и социальных показаний содержит параметры подгузников, отражающие вариативность их исполнения в виде раскроя с фиксирующими элементами и в виде трусов.



Рис. 1.7. Подгузник открытого типа

Подгузник в виде раскроя с фиксирующими элементами (открытого типа) не закрывает боковые поверхности бедер, крепится на перфорированном поясе из нетканого материала (рис. 1.7). Поясной дышащий подгузник предназначен как для лежачих, так и активных пациентов со средней и тяжелой степенью недержания мочи/кала. Для лежачих больных и больных с частичной потерей двигательной активности очень важно сохранить возможность самостоятельно осуществлять физиологические отправления.

Современные дышащие подгузники на поясе позволяют пациенту, не снимая подгузник, самостоятельно посещать туалет. Впитывающая часть подгузника легко открепляется и вновь фиксируется на теле пациента. «Дышащий» пояс, изготовленный из специального материала, помогает без усилий быстро производить

замену изделия и закрепляется на теле с помощью специальной многоразовой застежки – липучки на поясе, которая при фиксации не прилипает ни к рукам, ни к перчаткам. Это позволяет идеально подогнать подгузник с учетом индивидуальных анатомических особенностей пациента, неоднократно застегнуть и расстегнуть, подтянуть подгузник, если в этом есть необходимость. Поясной дышащий подгузник является экономичным, так как содержит мало материала для закрытых участков кожи. Это свойство изделия помогает снизить риск возникновения осложнений со стороны кожи, а также идеально подходит для людей, у которых уже возникли проблемы: покраснение кожи, раздражение, мацерация кожи, развитие пролежней.



Рис. 1.8. Подгузник закрытого типа

Использование подгузников на поясе экономит силы и время при их эксплуатации. Подгузник в виде раскроя с фиксирующими элементами (закрытого типа) закрывает боковые поверхности бедер, крепится по бокам на четыре многоразовые застежки-липучки (рис. 1.8). Для правильного подбора и удобства использования закрытых подгузников необходимо учитывать:

- многоразовую систему крепления застежек-липучек;
  - удобную анатомическую форму и правильно выверенные размеры; это позволяет адаптировать подгузник к любым особенностям фигуры, избежать протекания на постель и одежду, оставить открытой большую часть тела и снизить риск возникновения осложнений;
  - ряды стягивающих резинок по бокам, эластичную гофрированную стяжку в области поясницы, усиленную рабочую зону для максимального впитывания, которая сконцентрирована в области промежности. Это позволяет снизить проникновение излишков влаги в область паха и поясницы;
  - индикатор наполнения жидкостью для контроля наполнения подгузника.
- При максимальном наполнении индикатор меняет цвет или исчезает, что указывает на точное время замены изделия.

Для наиболее рационального использования подгузников необходимо максимально точно подобрать их размер, овладеть навыками правильного использования, что обеспечит плотное прилегание всего изделия по контрольным линиям промежности и оптимизирует расход.

Подбор подгузников детям должен основываться на аналогичных принципах и обязательно учитывать массу тела ребенка и его состояние.

Для подвижных больных, со средней степенью недержания мочи, которые могут самостоятельно передвигаться и за собой ухаживать, рекомендуется

использование впитывающих подгузников в виде трусов. Они позволяют сохранить максимальную подвижность и свободу активной жизни пациентов благодаря максимальной простоте в использовании. Подгузники в виде трусов надевают и носят как обычное белье, они незаметны под одеждой, обеспечивают комфорт и свободу движения благодаря анатомической форме, плотно и комфортно прилегают к телу, быстро впитывают и надежно удерживают влагу. Вертикальные барьеры обеспечивают защиту от протеканий. Кроме того, способствуют предотвращению распространения запаха благодаря суперабсорбенту, который препятствует росту бактерий.



Рис. 1.9. Подгузник-трусы

Выбор подгузника является строго индивидуальным; он зависит от тяжести состояния пациента и степени недержания мочи, возраста, массы тела, телосложения, степени его активности, способности к самостоятельной бытовой, общественной, профессиональной деятельности.

По своим конструктивно-техническим характеристикам подгузники разделяются на «дышащие» (т.е. пропускающие воздух и водяные пары) и «не дышащие» (т.е. не обладающие такими свойствами). Указанное достоинство «дышащих» подгузников обеспечивается применением специального ламината, пропускающего воздух и не пропускающего влагу в конструкции внешнего слоя. В отличие от «дышащих» изделий «не дышащие» подгузники не содержат ламината, а их внешний слой состоит из водонепроницаемой пленки.

Подбор подгузников детям должен обязательно учитывать массу тела ребенка и его состояние.

Подгузники имеют различные размеры для взрослых и для детей. Подгузники со сроком использования не более 8 ч предлагаются в 5 размерах.

Подгузники для взрослых имеют следующие типоразмеры и степень впитывающей способности:

- сверхмалый размер «XS», рассчитанный на объем талии/бедер до 60 см; может иметь полное влагопоглощение не менее 1000 г или не менее 1200 г;
- малый размер (S, small), рассчитанный на объем талии/бедер до 90 см; может иметь полное влагопоглощение не менее 1000г или не менее 1400 г;
- средний размер (M, medium), рассчитанный на объем талии/бедер до 120 см; может иметь полное влагопоглощение не менее 1300г или не менее 1800 г;
- большой размер (L, large), рассчитанный на объем талии/бедер до 150 см; может иметь полное влагопоглощение не менее 1450 г, не менее 2000г;

– сверхбольшой размер (XL, extra large), рассчитанный на объем талии/бедер до 175 см; может иметь полное влагопоглощение не менее 1450 г или не менее 2800 г.



Рис. 1.10. Детский подгузник

Подгузники для детей имеют различные типоразмеры в зависимости от массы тела ребенка:

- масса тела ребенка до 5 кг,
- масса тела ребенка до 6 кг,
- масса тела ребенка до 9 кг,
- масса тела ребенка до 20 кг,
- масса тела ребенка свыше 20 кг и до 30 кг включительно.

Урологические прокладки как технические средства реабилитации при недержании подразделяются на женские и мужские.

Прокладки урологические для мужчин используются при недержании мочи только у мужчин, ведущих, преимущественно, активный образ жизни. Прокладки с различной впитывающей способностью изготавливаются с учетом анатомических особенностей мужского тела. Прокладка для мужчин может иметь два размера: один – для пениса, а другой – для пениса и мошонки. Клеящая полоска позволяет закрепить прокладку на обычных трусах. Прокладку можно также использовать с сетчатыми трусами. Рядом производителей выпускаются абсорбирующие прокладки для пениса, которые впитывают 80 мл, впитывающие прокладки для пениса и мошонки – 100 мл мочи; другие производители выпускают прокладки для мужчин (нормаль, экстрa и икс-плюс) с впитываемостью 150, 300 и 600 мл.

Прокладки урологические для женщин используются при недержании мочи только у женщин, ведущих, преимущественно, активный образ жизни. Прокладки с различной впитывающей способностью изготавливаются с учетом анатомических особенностей женского тела.



1



2

Рис. 1.11. Примеры прокладок урологических для мужчин (1) и женщин (2)

В соответствии с «ГОСТ Р 59451-2021. Национальный стандарт Российской Федерации. Прокладки (вкладыши) урологические для женщин и мужчин. Общие технические условия» показатели, обеспечивающие функциональное назначение прокладок (вкладышей) урологических для женщин и мужчин, должны соответствовать следующим требованиям:

Наименование показателя	Значение показателя для классов прокладок (вкладышей)						Метод испытаний
	0	1	2	3	4	5	
1. Абсорбционная способность, г, не менее	60	180	300	350	450	700	ГОСТ Р ИСО 11948-1
2. Сорбционная способность после центрифугирования (влагоудерживающая способность), г, не менее	25	50	80	120	170	220	ГОСТ Р 57889
3. Обратная сорбция (повторное увлажнение), г, не более	5,0						7.5
4. Время впитывания, с, не более	9,0						7.5

### **Клинико-диагностические и реабилитационно-экспертные аспекты обеспечения инвалидов абсорбирующими изделиями**

Обеспечение инвалидов абсорбирующим бельем, подгузниками осуществляется в соответствии с индивидуальной программой реабилитации и абилитации инвалида (ребенка-инвалида), разрабатываемой специалистами федеральных учреждений медико-социальной экспертизы.

Принятие решения по обеспечению инвалидов абсорбирующим бельем, подгузниками может осуществляться как по результатам очного освидетельствования, так и данным анализа представленной документации (заочное освидетельствование), в случае вынесения решения о признании гражданина инвалидом. И в том и в другом случае специалистам по медико-социальной экспертизе необходимо:

- объективизировать наличие выраженных или значительно выраженных нарушений мочевыделительной функции вследствие инвалидизирующего заболевания;
- определить форму и уровень социальной активности пациента;
- определить (с учетом результатов решения вышеуказанных задач) показанные виды абсорбирующих изделий и нормативы индивидуальной потребности в них.

Решение первой задачи предполагает наличие информации об имеющейся у инвалида болезни, потенциально приводящей к нарушению функций тазовых органов. Однако сама по себе болезнь не означает в обязательном порядке выявления

нарушений функций тазовых органов. Подтверждением последнего является наличие соответствующего синдрома.

Термин «соответствующий синдром» означает патогенетическую взаимосвязь между нозологией и видом функциональных нарушений. Например, при опухолях головного мозга возникает нарушение функции тазовых органов только по центральному типу (периодическое недержание мочи). Следующим уровнем объективизации патологии является выявление патогенетических симптомов. Например, автоматическое рефлекторное опорожнение мочевого пузыря при синдроме «недержание мочи» вследствие только двустороннего поражения головного мозга.

Вышеизложенная логическая цепь умозаключения: «нозология» – «синдром» – «симптомы» требует дальнейшего объективного подтверждения в виде клинических (осмотр, пальпация, перкуссия) и параклинических (электрофизиологических, биохимических, клинико-лабораторных исследований, катетеризации, контрастных методов исследований и др.) данных.

Специалисты федеральных учреждений медико-социальной экспертизы для правильного вынесения решения о потребности инвалида в абсорбирующем белье и подгузниках должны знать показатели, по которым определяется степень выраженности нарушений функции выделения.

Степени нарушения функции выделения

Незначительное нарушение функции выделения – легкая степень недержания мочи (до 400 мл в течение 8 часов), в том числе стрессовое, усиливающееся при вертикализации тела, небольшой нагрузке; слабая выраженность чувства позыва к мочеиспусканию, при цистометрии емкость мочевого пузыря 200-250 мл, остаточная моча – до 50 мл.

Умеренное нарушение функции выделения – средняя степень недержания мочи (от 400 до 600 мл в течение 8 часов), отсутствие ощущения наполнения мочевого пузыря; при цистометрии емкость мочевого пузыря при гипотонии детрузора 500-400 мл; остаточной мочи – более 100 мл; при гипертонии детрузора емкость – 20-125 мл.

Выраженное нарушение функции выделения – тяжелая степень недержания мочи (600 мл и более в течение 8 часов), отсутствие позыва к мочеиспусканию и чувства прохождения мочи по мочеиспускательному каналу; при цистометрии емкость мочевого пузыря при гипотонии детрузора 500-600 мл, остаточной мочи – до 400 мл, при гипертонии детрузора емкость – 20-30 мл.

Значительно выраженное нарушение функции выделения – тяжелая степень недержания мочи (более 600 мл в течение 8 часов) при затруднении (невозможности) использования гигиенических средств.

Выраженные и значительно выраженные нарушения функций пищеварительной системы (кишечника) характеризуются недержанием кала (оформленного и неоформленного), зиянием заднего прохода, гиперпигментированностью и мацерацией кожи вокруг заднего прохода, наличием частиц кала на белье. При пальцевом исследовании отмечается отсутствие анального рефлекса, тонус сфинктера отсутствует. Давление в анальном канале наружного сфинктера 0,5 мм рт. ст., внутреннего сфинктера – 0-10 мм рт. ст.

В соответствии с Перечнем медицинских и социальных показаний абсорбирующее белье, подгузники подбираются индивидуально, исходя из комплексной оценки имеющихся у инвалида, ребенка-инвалида ограничений жизнедеятельности (состояния организма), вызванных стойким расстройством функций организма, реабилитационного потенциала на основе анализа его клинико-функциональных, социально-бытовых, социально-средовых, профессионально-трудовых и психологических данных в целях компенсации ограничений жизнедеятельности в способности к самообслуживанию, принимая во внимание необходимость проведения санитарно-гигиенических процедур.

Абсорбирующее белье, подгузники подбираются инвалиду и ребенку-инвалиду с учетом условий использования в целях компенсации имеющихся у инвалида и ребенка-инвалида стойких ограничений жизнедеятельности.

При назначении подгузников для детей весом от 30 кг и выше назначаются подгузники для взрослых под номерами с 22-01-04 по 22-01-13 с учетом объема талии, бедер, а также прокладки урологические.

При назначении абсорбирующего белья, подгузников для детей под номерами 22-01-01, 22-01-02, 22-01-03, 22-01-14, 22-01-15, 22-01-16, 22-01-17, 22-01-18, с учетом наличия медицинских показаний и отсутствия медицинских противопоказаний, количество впитывающих простыней (пеленок) и (или) подгузников определяется в зависимости от возраста ребенка: от 0 до 3 лет - не более 8 часов (не более 3 изделий в сутки), от 4 до 7 лет - не более 6 часов (не более 4 изделий в сутки), от 8 до 18 лет - не более 5 часов (не более 5 изделий в сутки).

Назначение абсорбирующего белья (впитывающие простыни (пеленки), подгузников для детей и прокладок урологических возможно в сочетании (например, впитывающая простынь (пеленка), подгузник и прокладка урологическая), либо только одно наименование (например, либо впитывающие простыни (пеленки), либо подгузники, либо прокладки урологические).

При назначении абсорбирующего белья, подгузников для детей весом свыше 30 кг под номерами с 22-01-01 по 22-01-13, с 22-01-19 по 22-01-22 суммарное суточное количество впитывающих простыней (пеленок), подгузников и урологических прокладок определяется в зависимости от возраста.

С учетом заключения медицинской организации, при необходимости, возможно назначать инвалидам подгузники для детей.

При назначении абсорбирующего белья, подгузников для взрослых под номерами с 22-01-01 по 22-01-13, с 22-01-19 по 22-01-22 с учетом наличия медицинских показаний и отсутствия медицинских противопоказаний, количество абсорбирующего белья, подгузников и прокладок урологических определяется в зависимости от степени выраженности нарушений пищеварительной системы и (или) мочевыделительной функции: не более 8 часов (не более 3 изделий в сутки) при выраженных нарушениях пищеварительной системы и (или) мочевыделительной функции, не более 6 часов (не более 4 изделий в сутки) при значительно выраженных нарушениях мочевыделительной функции, при синдроме полиурии - не более 5 часов (не более 5 изделий в сутки).

При определении нуждаемости в прокладках урологических под номерами с 22-01-19 по 22-01-22 инвалидам (детям-инвалидам) с выраженными нарушениями мочевыделительной функции при недержании мочи не менее 600 мл в течение 8 часов прокладки урологические назначаются в количестве не более 3 изделий в сутки, принимая во внимание предпочтения инвалида (ребенка-инвалида), ведение активной повседневной деятельности в учебе, работе, быту для достижения максимально возможной самостоятельности и самореализации.

При назначении абсорбирующего белья, подгузников с учетом индивидуального подбора применяются технические решения, в том числе специальные, конструктивные особенности и параметры технического средства реабилитации в соответствии с разделом II Перечня медицинских и социальных показаний, которые представлены в таблице с учетом изменений, внесенных приказом Минтруда России № 10н, дополняющих перечень параметров подгузников вариативностью исполнения:

Для позиций с 22-01-01 "Впитывающие простыни (пеленки) размером не менее 40 x 60 см (впитываемостью от 400 до 500 мл)" по 22-01-03 "Впитывающие простыни (пеленки) размером не менее 60 x 90 см (впитываемостью от 1200 до 1900 мл)" раздела I настоящего Перечня				
1	Впитываемость, мл	1.1	400 - 500	Применяется для позиции 22-01-01
		1.2	800 - 1200	Применяется для позиции 22-01-02
		1.3	1200 - 1900	Применяется для позиции 22-01-03
2	Длина, см	2.1	40	Применяется для позиции 22-01-01
		2.2	60	Применяется для позиций 22-01-02, 22-01-03
3	Ширина, см	3.1	60	Применяется для позиций 22-01-01, 22-01-02
		3.2	90	Применяется для позиции 22-01-03
Для позиции позиций с 22-01-04 "Подгузники для взрослых, размер "XS" (объем талии, бедер до 60 см), с полным влагопоглощением не менее 1000 г" по 22-01-13 "Подгузники для взрослых, размер "XL" (объем талии, бедер до 175 см), с полным влагопоглощением не менее 2800 г" раздела I настоящего Перечня				
1	Размер	1.1	XS	Применяется для позиций 22-01-04, 22-01-05
		1.2	S	Применяется для позиций 22-01-06, 22-01-07
		1.3	M	Применяется для позиций 22-01-08, 22-01-09
		1.4	L	Применяется для позиций 22-01-10, 22-01-11
		1.5	XL	Применяется для позиций 22-01-12, 22-01-13

2	Объем талии, см	2.1	До 60	Применяется для позиций 22-01-04, 22-01-05
		2.2	До 90	Применяется для позиций 22-01-06, 22-01-07
		2.3	До 120	Применяется для позиций 22-01-08, 22-01-09
		2.4	До 150	Применяется для позиций 22-01-10, 22-01-11
		2.5	До 175	Применяется для позиций 22-01-12, 22-01-13
3	Влагопоглощение, г	3.1	Не менее 1000	Применяется для позиций 22-01-04, 22-01-06
		3.2	Не менее 1200	Применяется для позиции 22-01-05
		3.3	Не менее 1300	Применяется для позиции 22-01-08
		3.4	Не менее 1400	Применяется для позиции 22-01-07
		3.5	Не менее 1450	Применяется для позиций 22-01-10, 22-01-12
		3.6	Не менее 1800	Применяется для позиции 22-01-09
		3.7	Не менее 2000	Применяется для позиции 22-01-11
		3.8	Не менее 2800	Применяется для позиции 22-01-13
4	Сорбционная способность после центрифугирования, г	4.1	Не менее 120	Применяется для позиций с 22-01-04, 22-01-06
		4.2	Не менее 220	Применяется для позиции 22-01-08
		4.3	Не менее 240	Применяется для позиции 22-01-05
		4.4	Не менее 300	Применяется для позиции 22-01-07
		4.5	Не менее 330	Применяется для позиций 22-01-10, 22-01-12
		4.6	Не менее 440	Применяется для позиции 22-01-09
		4.7	Не менее 500	Применяется для позиции 22-01-11
		4.8	Не менее 560	Применяется для позиции 22-01-12
5	Обратная сорбция, г	5.1	Не более 4,4	Применяется для позиций с 22-01-04 по 22-01-13
6	Скорость впитывания, см/с	6.1	Не менее 2,3	Применяется для позиций с 22-01-04 по 22-01-13

7	<b>Вариативность исполнения</b>	7.1	<b>Раскрой трусов с фиксирующими элементами</b>	Применяется для позиций с 22-01-04 по 22-01-13
		7.2	<b>Трусы</b>	
Для позиций с 22-01-14 "Подгузники для детей весом до 5 кг" по 22-01-18 "Подгузники для детей весом свыше 20 кг и до 30 кг включительно" раздела I настоящего Перечня				
1	Размер, кг	1.1	До 5	Применяется для позиции 22-01-14
		1.2	До 6	Применяется для позиции 22-01-15
		1.3	До 9	Применяется для позиции 22-01-16
		1.4	До 20	Применяется для позиции 22-01-17
		1.5	От 20 до 30 включительно	Применяется для позиции 22-01-18
2	Обратная сорбция, г	2.1	Не более 0,4	Применяется для позиции 22-01-14
		2.2	Не более 1	Применяется для позиции 22-01-15
		2.3	Не более 6	Применяется для позиции 22-01-16
		2.4	Не более 14	Применяется для позиции 22-01-17
		2.5	Не более 16	Применяется для позиции 22-01-18
3	Время впитывания, с	3.1	Не более 3,0	Применяется для позиций с 22-01-14 по 22-01-18
4	Полное влагопоглощение, г	4.1	Не менее 120	Применяется для позиции 22-01-14
		4.2	Не менее 160	Применяется для позиции 22-01-15
		4.3	Не менее 240	Применяется для позиции 22-01-16
		4.4	Не менее 270	Применяется для позиции 22-01-17
		4.5	Не менее 290	Применяется для позиции 22-01-18
5	<b>Вариативность исполнения</b>	5.1	<b>Раскрой трусов с фиксирующими элементами</b>	Применяется для позиций с 22-01-14 по 22-01-18
		5.2	<b>Трусы</b>	

В рамках Перечня медицинских и социальных показаний медицинскими показаниями для обеспечения инвалидов и детей-инвалидов абсорбирующим бельем, подгузниками являются: стойкие выраженные или значительно выраженные нарушения функции пищеварительной системы и (или) мочевыделительной функции вследствие заболеваний, последствий травм, пороков развития центральной, периферической нервной системы; заболеваний, последствий травм, пороков развития мочеполовой и пищеварительной систем.

Медицинскими показаниями для обеспечения инвалидов прокладками урологическими являются: стойкие выраженные нарушения мочевыделительной функции вследствие заболеваний, последствий травм, пороков развития центральной, периферической нервной системы; заболеваний, последствий травм, пороков развития мочеполовой системы; при недержании мочи не менее 600 мл в течение 8 часов

Абсолютным медицинским противопоказанием для обеспечения инвалидов абсорбирующим бельем, подгузниками и прокладками урологическими являются аллергическая реакция на материал, из которого изготовлены изделия.

В соответствии со сроками пользования техническими средствами реабилитации, протезами и протезно-ортопедическими изделиями, утвержденными приказ Минтруда России от 14 июля 2025 г. № 438н, сроки пользования абсорбирующим бельем, подгузниками для инвалидов старше 18 лет с выраженными нарушениями пищеварительной системы и/или мочевыделительной функции, составляют не более 8 часов, не более 6 часов при значительно выраженных нарушениях мочевыделительной функции, в том числе при синдроме полиурии - не более 5 часов. Сроки пользования прокладками урологическими составляют не более 8 часов при выраженных нарушениях мочевыделительной функции.

Для детей сроки пользования абсорбирующим бельем, подгузниками составляют: не более 8 часов при выраженных нарушениях пищеварительной системы и/или мочевыделительной функции, не более 6 часов при значительно выраженных нарушениях мочевыделительной функции, в том числе при синдроме полиурии - не более 5 часов. Для детей в возрасте от 0 до 3 лет - не более 8 часов, от 4 до 7 лет - не более 6 часов, от 8 до 18 лет - не более 5 часов.

### **Организационно-методические аспекты обеспечения инвалидов абсорбирующими изделиями**

Решение о наличии объективных медицинских показаний для обеспечения инвалида абсорбирующим бельем, подгузниками принимается на основе анализа медицинских документов (выписки из истории болезни, амбулаторной карты, направления на медико-социальную экспертизу и др.), а также данных освидетельствования гражданина специалистами федеральных учреждений медико-социальной экспертизы. В указанных медицинских документах должна быть представлена следующая информация:

– анамнестические данные о длительности заболевания, типе течения (регрессирующее, ремитирующее, стационарное, прогрессирующее), степени тяжести, прогнозе исхода заболевания. В случае регрессирующего, ремитирующего, прогрессирующего течения необходима информация о календарных сроках динамики течения заболевания (хронологические периоды изменения состояния);

– данные о признаках наличия патологического процесса, выявленных при осмотре пациента в медицинской организации (стационаре, поликлинике), на дому: визуально видимое отхождение мочи, следы мочи на нижнем или постельном белье, запах мочи, реактивные или органические изменения кожных покровов

промежности, перкуторное определение остаточной мочи или переполненного мочевого пузыря, видимые противоестественные отверстия для истечения мочи и др.;

– клинико-функциональный диагноз с указанием: топики поражения; синдрома (нейрогенный мочевой пузырь, недержание мочи, недержание мочи); симптома (императивные позывы, периодическое недержание мочи, постоянное недержание мочи, парадоксальная задержка мочи), степени недержания мочи (легкая, средняя, тяжелая); степени выраженности нарушения мочевыделительной функции;

– данные лабораторных и инструментальных методов обследования (с обязательным указанием календарных сроков осуществления соответствующих процедур), подтверждающих наличие патологического процесса.

В направлении на медико-социальную экспертизу медицинской организацией обязательно должны быть заключения невролога, уролога (при необходимости, гинеколога (у женщин); должен быть представлен развернутый диагноз основного заболевания (при наличии осложнений – осложнение основного заболевания), подтвержденный данными клинического, лабораторного и инструментального методов обследования, с обязательным указанием степени тяжести недержания мочи (в мл) и суточным объемом физиологических отпавлений.

Экспертно-реабилитационная диагностика включает изучение представленных на освидетельствование медицинских данных о проведенных больному мероприятиях по его медицинской реабилитации по поводу недержания мочи и их эффективности, данные о которой должны быть отражены в направлении на медико-социальную экспертизу медицинской организации. Специалисты федеральных учреждений МСЭ должны знать, что видами медицинской реабилитации при недержании мочи являются: немедикаментозная терапия (тренировка мочевого пузыря и упражнения для тазовых мышц); медикаментозная терапия (М-холинолитики, антагонисты альфа-адренорецепторов, эстрогены, антидепрессанты, препараты на основе растительных веществ и др.); физиотерапия, лазерные методики, оперативное лечение (с использованием слинговых систем, искусственных мочевого сфинктеров у мужчин, операции TVT у женщин (свободной от натяжения влагалищной петли), реконструктивных операций на уретре и влагалище).

На основе анализа вышеперечисленной информации принимается решение о наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний для обеспечения инвалида абсорбирующими изделиями.

С целью определения реабилитационного прогноза необходимо также учитывать реабилитационный потенциал инвалида.

При определении медицинских показаний для обеспечения инвалидов абсорбирующим бельем или подгузниками следует помнить, что речь идет о технических средствах реабилитации, предназначением которых является компенсация или восстановление имеющихся у инвалида ограничений жизнедеятельности, которые послужили основанием для признания их инвалидами. То есть, недержание мочи должно быть синдромом (клиническим проявлением) болезни, приведшей к выраженному или значительно выраженному нарушению

мочевыделительной функций, и, соответственно, явится основанием для установления инвалидности.

Следующим шагом в процедуре освидетельствования инвалида и составления для него программы реабилитации и абилитации является определение адекватного вида абсорбирующих изделий, подгузников и их конструктивно – эксплуатационных характеристик (размер изделия и его впитывающая способность).

Например, показаниями к назначению подгузников для взрослых могут являться патологические состояния, сопровождающиеся стойкими выраженными или значительно выраженными нарушениями функции выделения вследствие:

- заболеваний, последствий травм, пороков развития центральной, периферической нервной системы, включая состояния в результате нарушения мозгового кровообращения;

- заболеваний, последствий травм, хронических инфекций и пороков развития мочеполовой системы

- злокачественных новообразований;

- психических расстройств с тяжелой или глубокой умственной отсталостью, деменцией

- других заболеваний, сопровождающихся выраженным или значительно выраженным нарушением мочевыделительной функции.

Показаниями к назначению впитывающих простыней (пеленок) являются те же заболевания и состояния, что для подгузников. Определение нуждаемости во впитывающих простынях (пеленках) определяется в случае невозможности применения подгузников, либо являясь элементом выбора, определяются в сочетании с подгузниками. Однако следует отметить, что впитывающие простыни (пеленки) не являются полноценной заменой подгузникам для взрослых, так как не задерживают внутри впитывающего слоя жидкость и неприятный запах.

Для подбора типа абсорбирующего белья учитываются, в том числе, следующие факторы: степень выраженности недержания мочи; подвижность инвалида и способность самостоятельно посещать туалет; степень сохранности когнитивной функции (таблица 1) и так далее.

Средняя степень недержания мочи (выделение до 400 – 600 мл мочи за 8 часов), соответствует умеренной степени нарушения мочевыделительной функции. Поэтому за счет федерального бюджета подгузниками и абсорбирующим бельем инвалиды при выявленном в ходе проведения медико-социальной экспертизы умеренном нарушении мочевыделительной функции не обеспечиваются.

При наличии медицинских показаний для определения нуждаемости в подгузниках критериями выбора вариативности исполнения подгузников (в виде трусов и раскроя трусов с фиксирующими элементами) является активность инвалида, в том числе возможность самостоятельного посещения санузла для осуществления санитарно-гигиенических процедур, его вовлеченность в трудовую или образовательную деятельность, а также тяжесть состояния инвалида.

### Примерный алгоритм подбора типа абсорбирующего белья в зависимости от тяжести состояния

<i>Степень подвижности</i>	<i>Тип абсорбирующего белья</i>
Подвижный (ходит) Может посещать туалет ОЖД к самообслуживанию и/или передвижению 1 степени	Урологические прокладки для мужчин
	Урологические прокладки для женщин
	Подгузники в виде трусов
Частичное ограничение подвижности Может посещать туалет ОЖД к самообслуживанию и/или передвижению 2 степени	Подгузники в виде трусов
	Подгузники в виде раскроя трусов с фиксирующими элементами
	Впитывающие простыни (пеленки)
Неподвижный (лежащий) Не может посещать туалет ОЖД к самообслуживанию и/или передвижению 3 степени	Подгузники в виде раскроя трусов с фиксирующими элементами
	Впитывающие простыни (пеленки)

### Примерный алгоритм подбора абсорбирующего белья в виде урологических прокладок и типов подгузников в зависимости от степени вовлеченности в трудовую деятельность

<i>Рекомендуемые условия труда</i>	<i>Тип абсорбирующего белья</i>
Доступны виды трудовой деятельности в обычных условиях труда, вместе с тем имеются выраженные нарушения мочевыделительной функции, обуславливающие ОЖД в самообслуживании 2 степени	Урологические прокладки для мужчин
	Урологические прокладки для женщин
	Подгузники в виде трусов
Доступны виды трудовой деятельности в специально созданных условиях труда при наличии выраженных нарушений мочевыделительной функции, обуславливающих ОЖД в самообслуживании 2 степени	Подгузники в виде трусов
	Подгузники в виде раскроя трусов с фиксирующими элементами
	Впитывающие простыни (пеленки)
Возможность выполнения трудовой деятельности при значительной помощи других лиц Противопоказаны все виды трудовой деятельности	Подгузники в виде раскроя трусов с фиксирующими элементами
	Впитывающие простыни (пеленки)

### Электронный каталог ТСР

В Электронном каталоге ТСР на 16.03.2026 представлен достаточно широкий ассортимент подгузников, которые можно посмотреть по электронному адресу <https://ktsr.sfr.gov.ru>.

**Рекомендации по определению в ИПРА инвалидов вариативности исполнения подгузников в соответствии с Перечнем медицинских и социальных показаний, медицинских противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации, технических решений, в том числе специальных, конструктивных особенностей и параметров технических средств реабилитации, используемых в целях устранения или возможно более полной компенсации стойких ограничений жизнедеятельности инвалидов, утвержденным приказом Минтруда России от 10.12.2024 № 687н**

Вариативность исполнения подгузников	1 группа инвалидности при наличии стойких выраженных или значительно выраженных нарушений мочевыделительной функции/пищеварительной системы					2 группа инвалидности при наличии стойких выраженных нарушений мочевыделительной функции/пищеварительной системы				3 группа инвалидности при наличии стойких незначительных или умеренных нарушений мочевыделительной функции/пищеварительной системы				
	в сочетании со стойкими значительно выраженными нарушениями нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций, приводящих к вынужденному длительному лежанию или обездвиженности. Противопоказаны все виды трудовой деятельности	в сочетании со стойкими значительно выраженными нарушениями нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций. Возможность выполнения трудовой деятельности при значительной помощи других лиц	в сочетании со стойкими выраженными нарушениями нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций. Доступны виды трудовой деятельности в специально созданных условиях труда	в сочетании со стойкими выраженными нарушениями нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций. Доступны виды трудовой деятельности в специально созданных условиях труда	в сочетании со стойкими умеренными нарушениями нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций. Доступны виды трудовой деятельности в обычных условиях труда	не работает	работает	не работает	работает			не работает	работает	не работает
В виде раскроя трусов с фиксирующими элементами	+	+	+	+	+	+	+	-	-	-	-			
В виде трусов	-	+	-	+	-	+	+	+	+	-	-			