

ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ



Инвалидность социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящая к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты.

Ограничение жизнедеятельности отклонение от нормы деятельности человека вследствие нарушения здоровья, которое характеризуется ограничением способности осуществлять самообслуживание, передвижение, ориентацию, общение, обучение, трудовую деятельность или контроль за своим поведением.

Признание лица инвалидом осуществляется федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы (ФГУ МСЭ) на основе анализа его клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых и психологических данных с использованием классификаций и критериев, утверждаемых Министерством здравоохранения и социального развития РФ.

В зависимости от степени ограничений жизнедеятельности, обусловленных стойким расстройством функций организма, гражданину, признанному инвалидом, устанавливается I, II или III группа инвалидности, а лицу в возрасте до 18 лет — дополнительная категория «ребёнок-инвалид» (на основании Постановления Правительства РФ № 95 от 20 февраля 2006 г. «О порядке и условиях признания лица инвалидом» и Приказа Минздравсоцразвития РФ № 535 от 22 августа 2005 г. «Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан ФГУ МСЭ»).

Определение наличия и степени тяжести инвалидности вследствие патологии органа зрения основано на общих положениях медико-социальной экспертизы, но имеет специфические особенности. Данное своеобразие обусловлено уникальностью зрения, имеющего первостепенное значение среди других сенсорных систем в осуществлении всего комплекса интегрированной деятельности человека.

- Многообразие зрительных расстройств обуславливает необходимость проводить разносторонний анализ их влияния на жизнедеятельность и оценивать социальные последствия нарушений зрения. Алгоритм подобного анализа при экспертно-реабилитационной диагностике включает рассмотрение и оценку совокупности общих и специальных клинико-функциональных характеристик органа зрения при его патологии, и том числе данных электрофизиологических и психофизических исследований.
- Важно оценивать степень адаптации к зрительному дефекту и возможности активизации иных анализаторных систем для его компенсации.
- Необходимы учёт сопутствующей патологии, оценка клинического прогноза, возможности и эффективности восстановительного лечения, коррекции зрения, определение психологических особенностей индивида, анализ социально-бытовых, социально-средовых, профессионально-трудовых факторов, реабилитационный прогноз и возможность его реализации в конкретных социальных условиях.

- нарушение зрения оказывает неблагоприятное влияние на полноценность почти всех категорий жизнедеятельности, однако степень этого влияния различна.
- **Способность человека к передвижению, самообслуживанию, ориентации, общению** главным образом зависит от состояния основных зрительных функций - остроты и поля зрения. В процессе медико-социальной экспертизы зрительные функции определяют при моно- и бинокулярном предъявлении испытательных тестов, однако степень их нарушений, влияющих на установление наличия и тяжести инвалидности, оценивают преимущественно по состоянию функций лучше видящего или единственного глаза в условиях переносимой (оптимальной) коррекции.
 - **Возможности зрительного анализатора** применительно к специфическим задачам трудовой деятельности и обучения охарактеризовать сложнее: помимо анализа остроты и поля зрения, необходимо оценивать другие функции органа зрения значимые для выполнения различных видов труда (в том числе работ зрительного профиля) или профессионального обучения. К этим функциям относят световую чувствительность (темновую адаптацию), цветоощущение, состояние бинокулярного зрения, остроту зрения вблизи и аккомодацию.
 - При **аметропии, анизометропии, заболеваниях центральной нервной системы (ЦНС) и патологии зрительно-нервного аппарата** определяют зрительное утомление, зрительную продуктивность и другие офтальмоэргономические характеристики, так как иногда даже при относительно хороших показателях остроты и поля зрения наличие патологического зрительного утомления или низкой зрительной продуктивности снижает возможность трудовой деятельности в работах зрительного профиля.

Степени слабовидения

Согласно МКБ-10, тяжесть **нарушения функций зрительного анализатора подразделяют на 4 степени:**

I степень (малая степень слабовидения) - незначительные нарушения функций;

II степень (средняя степень слабовидения) — умеренные нарушения функций:

III степень (высокая степень слабовидения) выраженные нарушения функций;

IV степень (практическая или абсолютная слепота) значительно выраженные нарушения функций.

Критерии оценки нарушения основных зрительных функций при определении инвалидности приведены в табл. 1.

ТАБЛИЦА 1. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЙ ОСНОВНЫХ ЗРИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ

Функции единственного или лучше видящего глаза	Степень тяжести нарушений функции			
	I незначительные	II умеренные	III выраженные	IV значительно выраженные
Острота зрения с коррекцией	0,4—0,7	0,1—0,3	0,1—0,05	0,04—0
Поле зрения: периферические границы по меридиану от точки фиксации	Сужено до 40°	Меньше 40°, но больше 20°	Меньше 20°, но больше 10°	10°—0°
скотомы в центральном поле зрения	Нет	Единичные относительные скотомы	а. Единичные абсолютные скотомы. б. Множественные абсолютные несливные скотомы	а. Центральные абсолютные скотомы 10° и больше. б. Парacentральные абсолютные сливные скотомы



Оценки ограничения жизнедеятельности имеет свои особенности для каждой категории жизнедеятельности, однако есть и основные (свойственные большинству категорий) характеристики. Все ограничения жизнедеятельности **в зависимости от тяжести подразделяют на три степени.**

- *Ограничения первой степени* имеют место при способности больного самостоятельно осуществлять тот или иной вид жизнедеятельности, но с определёнными трудностями (более длительной затратой времени, сокращением объёма, дробностью выполнения и др.) и, при необходимости, с использованием вспомогательных средств в связи с умеренными стойкими нарушениями функций.
- *Ограничения второй степени* возникают при необходимости не только использования вспомогательных средств, но и регулярной частичной помощи другого лица или специально созданных условий (для обучения или трудовой деятельности), что обусловлено стойкими выраженными нарушениями функций.
- *Ограничения третьей степени* определяют при полной неспособности больного самостоятельно осуществлять основные категории жизнедеятельности, его нуждаемости в постоянной посторонней помощи и полной зависимости от других лиц ввиду значительно выраженных стойких нарушений функций

Устанавливают **одну из трёх групп инвалидности** исходя из тяжести нарушений здоровья, степени стойких функциональных расстройств и ограничения жизнедеятельности, а также из потребности в мерах социальной защиты и помощи.

• **Инвалидность первой группы** определяют при нарушении здоровья со стойким значительно выраженным расстройством функций организма, приводящим к ограничению основных категорий жизнедеятельности III степени. У лиц со зрительными расстройствами устанавливают первую группу инвалидности при наличии практической или абсолютной слепоты на оба глаза (IV степени нарушения зрительных функций), что в сочетании с другими медико-социальными факторами обуславливает ограничение основных категорий жизнедеятельности III степени.

• **Инвалидность второй группы** устанавливают при нарушении здоровья со стойким выраженным расстройством функций организма, приводящим к ограничению основных категорий жизнедеятельности II степени и(или) способности к обучению и трудовой деятельности II или III степени. При нарушении зрения показанием к определению второй группы инвалидности служит наличие высокой степени слабовидения на единственном или лучше видящем глазу либо на обоих глазах (III степени нарушения зрительных функций), что с учётом социальных факторов приводит к II степени ограничений способности осуществлять указанные выше виды жизнедеятельности.

• **Инвалидность третьей группы** определяют при нарушении здоровья с умеренно выраженным расстройством функций, приводящим к ограничению способности к трудовой деятельности I степени или ограничению других категорий жизнедеятельности I степени. У лиц с нарушением зрения инвалидность третьей группы устанавливают при ограничении способности к трудовой профессиональной деятельности I степени, обусловленной слабовидением средней степени (II степени нарушения зрительных функций) или, в особых случаях, малой степени (I степени нарушения зрительных функций), что в сочетании с социальными характеристиками обуславливает ограничение нескольких других категорий жизнедеятельности I степени.

Структура инвалидности по зрению

Основные причины инвалидизирующих зрительных расстройств на протяжении последнего пятилетия:

* *среди взрослого населения* - глаукома (28%), последствия травм органа зрения (16%), дегенеративная миопия (19%), заболевания сосудистого тракта, сетчатки и зрительного нерва (15%), патология хрусталика (12%);

* *среди детей аномалии рефракции* (26.4%), врождённая катаракта (17,3%), ретинопатия недоношенных и другая патология сетчатки (16.6%), заболевания зрительного нерва (12,0%), травмы глаза (10.5%), пороки развития (5,3%) и глаукома (3.8).

Глаукома. Удельный вес глаукомы среди причин первичной инвалидности за РФ возрос за 5 лет (с 2000 по 2005 г.) с 20 до 28%, а распространённость - с 0,15 до 0,60 на 10 000 взрослого населения. Среди причин инвалидности по зрению лиц нет пенсионного возраста доля глаукомы достигает 40%. В 81,2% случаев лицам с глаукомой уже при первичном освидетельствовании устанавливается I или II группа инвалидности, что указывает на позднюю диагностику заболевания.

инвалидности взрослых лиц, превалирует дегенеративная близорукость высокой степени. Распространённость инвалидности вследствие близорукости составляет 4,5 (в том числе первичной инвалидности - 0,6) на 10 000 взрослого населения. Большинство (64,0%) лиц данного контингента — инвалиды III группы трудоспособного возраста

Заболевания сосудистого тракта, сетчатки и зрительного нерва. Значительной тяжестью инвалидизации отличаются больные с различными формами поражений глаз при сахарном диабете (СД) и тапеторетинальной ангиотрофией, а также инвалиды с возрастной макулярной дегенерацией. У 93-97% из них при первичном освидетельствовании устанавливают I или II группу инвалидности.

Последствия **травм органа зрения.** Доля данной патологии в нозологической структуре инвалидности по зрению снизилась с 16,3% в 2000 г. до 3,9% в 2005 г. Наибольшее значение имеет бытовая травма (70,5%, в том числе 21,7% - криминальная). В числе инвалидов вследствие травмы глаза 88% инвалидов III группы молодого возраста. Основные инвалидизирующие исходы глазных травм — рубцы роговицы (27,2%), анофтальм (26,3%), травматическая катаракта (5,4%), осложненная афакия или артифакия (1,6%), субатрофия глазного яблока (10,7%), травматическая отслойка и другие изменения сетчатки (12%), атрофия зрительного нерва (9%).

Патологии хрусталика. Удельный вес патологии хрусталика среди причин инвалидности по зрению составляет 12-18%. Основные клинические варианты, приводящие к инвалидности, — различные виды катаракт (26%), осложнённая афакия (17%) и осложнённая артифакия (57%). Патология хрусталика в 5% случаев приводит к инвалидности I группы, в 35% - к инвалидности II группы и в 60% к инвалидности III группы.

инвалидам разносторонняя деятельность по их медико-социальной реабилитации.

Реабилитация - процесс и система медицинских, психологических, педагогических и социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или, возможно, более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма.

Цель реабилитации восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация.

Индивидуальную программу реабилитации инвалида составляют в учреждениях медико-социальной экспертизы на основе всесторонней экспертно-реабилитационной диагностики и оценки реабилитационного потенциала инвалида. Программа состоит из трёх частей: медицинской, профессиональной и социальной реабилитации, исполнение которых обязательно для соответствующих органов государственной власти, органов местного самоуправления, организаций, учреждений и служб независимо от организационно-правовых форм и форм собственности.

В комплексе реабилитационных мер ведущую роль играет **восстановительное лечение**. Благодаря достижениям отечественной офтальмологии многим тысячам инвалидов и слепых возвращено зрение или предотвращена его утрата. Большое значение для профессиональной и социальной реабилитации инвалидов, слепых и слабовидящих, а также для расширения возможностей их социальной интеграции имеет наличие в РФ Всероссийского общества слепых, в учреждениях и предприятиях которого осуществляется первичная, элементарная, а также социально-трудовая, социально-средовая и социально-бытовая реабилитация.

Необходимое условие реализации реабилитационных мероприятий - **обеспечение инвалидов техническими средствами реабилитации**. Федеральный перечень которых утверждён распоряжением Правительства РФ от 30 декабря 2005 т. № 2347. Для инвалидов с патологией органа зрения, слепых и слабовидящих в Федеральном перечне предусмотрены тактильные трости, специальные устройства для чтения «говорящих книг», различные средства для оптической коррекции слабовидения, а также предоставление собак-проводников.

Эффективная разносторонняя реабилитация инвалидов со зрительными нарушениями создаёт необходимые предпосылки для ликвидации устранимой слепоты, профилактики и снижения инвалидности, активного участия инвалидов в современном производстве и общественной жизни, их полноценной социальной интеграции.