

ДИАБЕТ И ЖИЗНЬ



«Диабет и жизнь» – победитель
межрегионального творческого
конкурса «Признание-2003»

Печатный орган Ростовского областного диабетического общества (РОДО)

ЖИТЬ, ПОБЕЖДАЯ ДИАБЕТ!

17.12.2015 ГОДА МИНИСТЕРСТВО ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПРИНЯЛО ПРИКАЗ N 1024Н «О КЛАССИФИКАЦИЯХ И КРИТЕРИЯХ, ИСПОЛЪЗУЕМЫХ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ МЕДИКО- СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ГРАЖДАН ФЕДЕРАЛЬНЫМИ ГОСУДАРСТВЕННЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ МЕДИКО- СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ»

Он отменяет действие ранее принятого приказа Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 29 сентября 2014 г. N 664н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 ноября 2014 г., регистрационный N 34792).

Предлагаем ознакомиться с его положениями:

МИНИСТЕРСТВО ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

от 17 декабря 2015 г. N 1024н
Зарегистрировано в Минюсте
России 20 января 2016 г. N 40650

О КЛАССИФИКАЦИЯХ И КРИТЕРИЯХ, ИСПОЛЪЗУЕМЫХ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ МЕДИКО- СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ГРАЖДАН ФЕДЕРАЛЬНЫМИ ГОСУДАРСТВЕННЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ МЕДИКО- СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

В соответствии с подпунктом 5.2.105 Положения о Министерстве труда и социальной защиты Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. N 610 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, N 26, ст. 3528; 2013, N 22, ст.

2809; N 36, ст. 4578; N 37, ст. 4703; N 45, ст. 5822; N 46, ст. 5952; 2014, N 21, ст. 2710; N 26, ст. 3577; N 29, ст. 4160; N 32, ст. 4499; N 36, ст. 4868; 2015, N 2, ст. 491; N 6, ст. 963; N 16, ст. 2384), приказываю:

1. Утвердить прилагаемые классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы.

2. Признать утратившим силу приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 29 сентября 2014 г. N 664н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 ноября 2014 г., регистрационный N 34792).

Министр М.А.ТОПИЛИН

Утверждены
приказом Министерства труда
и социальной защиты Российской
Федерации
от 17 декабря 2015 г. N 1024н

КЛАССИФИКАЦИИ И КРИТЕРИИ, ИСПОЛЪЗУЕМЫЕ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ГРАЖДАН ФЕДЕРАЛЬНЫМИ ГОСУДАРСТВЕННЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

1. Общие положения

1. Классификации, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, определяют основные виды стойких расстройств функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами, и степени их выраженности, а также основные категории жизнедеятельности человека и степени выраженности ограничений этих категорий.

2. Критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями

В НОМЕРЕ:

ЛЫСЕНКО: НУЖНО ВВЕСТИ
ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ
ВРАЧЕЙ ЗА ОШИБКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

стр. 2

ПИСЬМО ОБЩЕСТВЕННОЙ ПАЛАТЫ РФ
ЗАМЕСТИТЕЛЮ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ
ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ О.Ю. ГОЛОДЕЦ

стр. 9

К ВОПРОСУ УСТАНОВЛЕНИЯ
ИНВАЛИДНОСТИ ПРИ САХАРНОМ
ДИАБЕТЕ ПО НОВЫМ КРИТЕРИЯМ

стр. 10

медико-социальной экспертизы, определяют основания установления групп инвалидности (категории «ребенок-инвалид»).

II. Классификации основных видов стойких расстройств функций организма человека и степени их выраженности

3. К основным видам стойких расстройств функций организма человека относятся:

нарушения психических функций (сознания, ориентации, интеллекта, личностных особенностей, волевых и побудительных функций, внимания, памяти, психомоторных функций, эмоций, восприятия, мышления, познавательных функций высокого уровня, умственных функций речи, последовательных сложных движений);

нарушения языковых и речевых функций (устной (ринолалия, дизартрия, заикание, алалия, афазия); письменной (дисграфия, дислексия), вербальной и невербальной речи; нарушение голосообразования);

нарушения сенсорных функций (зрения; слуха; обоняния; осязания; тактильной, болевой, температурной, вибрационной и других видов чувствительности; вестибулярной функции; боль);

нарушения нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций (движения головы, туловища, конечностей, в том числе костей, суставов, мышц; статики, координации движений);

нарушения функций сердечно-сосудистой системы, дыхательной системы, пищеварительной, эндокринной систем и метаболизма, системы крови и иммунной системы, мочевыдели-

тельной функции, функции кожи и связанных с ней систем;

нарушения, обусловленные физическим внешним уродством (деформации лица, головы, туловища, конечностей, приводящие к внешнему уродству; аномальные отверстия пищеварительного, мочевыделительного, дыхательного трактов; нарушение размеров тела).

4. Степень выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами, оценивается в процентах и устанавливается в диапазоне от 10 до 100, с шагом в 10 процентов.

Выделяются 4 степени выраженности стойких нарушений функций организма человека:

I степень – стойкие незначительные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в диапазоне от 10 до 30 процентов;

II степень – стойкие умеренные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в диапазоне от 40 до 60 процентов;

III степень – стойкие выраженные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в диапазоне от 70 до 80 процентов;

IV степень – стойкие значительно выраженные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в диапазоне от 90 до 100 процентов.

Степень выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами, устанавливается в соответствии с количественной системой оценки, предусмотренной приложением к настоящим классификациям и критериям.

Если приложением к настоящим классификациям и критериям не предусмотрена количественная оценка степени выраженности стойких нарушений той или иной функции организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами, имеющимися у освидетельствуемого лица, то степень выраженности стойких нарушений

функций организма человека в процентном выражении устанавливается федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы в соответствии с абзацами третьим – шестым настоящего пункта исходя из клинико-функциональной характеристики заболеваний, последствий травм или дефектов, обусловивших вышеуказанные нарушения, характера и тяжести осложнений, стадии, течения и прогноза патологического процесса.

При наличии нескольких стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами, отдельно оценивается и устанавливается степень выраженности каждого из таких нарушений в процентах. Сначала устанавливается максимально выраженное в процентах нарушение той или иной функции организма человека, после чего определяется наличие (отсутствие) влияния всех других имеющихся стойких нарушений функций организма человека на максимально выраженное нарушение функции организма человека. При наличии указанного влияния суммарная оценка степени нарушения функции организма человека в процентном выражении может быть выше максимально выраженного нарушения функций организма человека, но не более чем на 10 процентов.

III. Классификации основных категорий жизнедеятельности человека и степени выраженности ограничений этих категорий

5. К основным категориям жизнедеятельности человека относятся:

- а) способность к самообслуживанию;
- б) способность к самостоятельному передвижению;
- в) способность к ориентации;
- г) способность к общению;
- д) способность контролировать свое поведение;
- е) способность к обучению;
- ж) способность к трудовой деятельности.

6. Выделяются 3 степени выраженности ограничений каждой из основных категорий жизнедеятельности человека:

- а) способность к самообслуживанию – способность человека самостоятельно осуществлять основные

физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе использовать навыки личной гигиены:

1 степень – способность к самообслуживанию при более длительном затрачивании времени, подробности его выполнения, сокращении объема с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

2 степень – способность к самообслуживанию с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

3 степень – неспособность к самообслуживанию, нуждаемость в постоянной посторонней помощи и уходе, полная зависимость от других лиц;

б) способность к самостоятельному передвижению – способность самостоятельно перемещаться в пространстве, сохранять равновесие тела при передвижении, в покое и при перемене положения тела, пользоваться общественным транспортом:

1 степень – способность к самостоятельному передвижению при более длительном затрачивании времени, подробности выполнения и сокращении расстояния с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

2 степень – способность к самостоятельному передвижению с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

3 степень – неспособность к самостоятельному передвижению и нуждаемость в постоянной помощи других лиц;

в) способность к ориентации – способность к адекватному восприятию личности и окружающей обстановки, оценке ситуации, к определению времени и места нахождения:

1 степень – способность к ориентации только в привычной ситуации самостоятельно и (или) с помощью вспомогательных технических средств;

2 степень – способность к ориентации с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

3 степень – неспособность к ориентации (дезориентация) и нуждае-

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

А.А. АФОНИН – заместитель директора по научной работе Ростовского НИИ акушерства и педиатрии, главный детский эндокринолог Ростовской области и Южного федерального округа, доктор медицинских наук, профессор.

Е.В. БОВА – главный эндокринолог Ростовской области, кандидат медицинских наук, заслуженный врач Российской Федерации.

Ю.А. ИВАНИШКО – генеральный директор офтальмологического центра «ИНТЕРЮНА», доктор медицинских наук.

М.П. ГАЛИЧАЕВ – главный редактор, президент Ростовского областного диабетического общества, профессор Ростовской государственной консерватории им.С.В. Рахманинова.

мость в постоянной помощи и (или) надзоре других лиц;

г) способность к общению – способность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки, хранения, воспроизведения и передачи информации:

1 степень – способность к общению со снижением темпа и объема получения и передачи информации, использование при необходимости вспомогательных технических средств помощи, при изолированном поражении органа слуха – способность к общению с использованием невербальных способов общения и услуг по сурдопереводу;

2 степень – способность к общению при регулярной частичной помощи других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

3 степень – неспособность к общению и нуждаемость в постоянной помощи других лиц;

д) способность контролировать свое поведение – способность к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально-правовых и морально-этических норм:

1 степень – периодически возникающее ограничение способности контролировать свое поведение в сложных жизненных ситуациях и (или) постоянное затруднение выполнения ролевых функций, затрагивающих отдельные сферы жизни, с возможностью частичной самокоррекции;

2 степень – постоянное снижение критики к своему поведению и окружающей обстановке с возможностью частичной коррекции только при регулярной помощи других лиц;

3 степень – неспособность контролировать свое поведение, невозможность его коррекции, нуждаемость в постоянной помощи (надзоре) других лиц;

е) способность к обучению – способность к целенаправленному процессу организации деятельности по овладению знаниями, умениями, навыками и компетенцией, приобретению опыта деятельности (в том числе профессионального, социального, культурного, бытового характера), развитию способностей, приобретению опыта применения знаний в повседневной жизни и формированию мотивации получения

образования в течение всей жизни:

1 степень – способность к обучению и получению образования в рамках федеральных государственных образовательных стандартов в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, с созданием специальных условий

(при необходимости) для получения образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья, в том числе обучение с применением (при необходимости) специальных технических средств обучения, определяемая с учетом заключения психолого-медико-педагогической комиссии;

2 степень – способность к обучению и получению образования в рамках федеральных государственных образовательных стандартов в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, с созданием специальных условий для получения образования только по адаптированным образовательным программам при необходимости обучение на дому и/или с использованием дистанционных образовательных технологий с применением (при необходимости) специальных технических средств обучения, определяемая с учетом заключения психолого-медико-педагогической комиссии;

3 степень – способность к обучению только элементарным навыкам и умениям (профессиональным, социальным, культурным, бытовым), в том числе правилам выполнения только элементарных целенаправленных действий в привычной бытовой сфере или ограниченные возможности способности к такому обучению в связи с имеющимися нарушениями функций организма, определяемые с учетом заключения психолого-медико-педагогической комиссии;

ж) способность к трудовой деятельности – способность осуществлять трудовую деятельность в соответствии с требованиями к содержанию, объему, качеству и условиям выполнения работы:

1 степень – способность к выполнению трудовой деятельности в обычных условиях труда при снижении квалификации, тяжести, напряженности и (или) уменьшении объема работы, неспособность продолжать работу по основной профессии (должности, специальности) при сохранении возможности в обычных условиях труда выполнять трудовую деятельность более низкой квалификации;

2 степень – способность к выполнению трудовой деятельности в специально созданных условиях с использованием вспомогательных технических средств;

3 степень – способность к выполнению элементарной трудовой деятельности со значительной помощью других лиц или невозможность (противопоказанность) ее осуществления в связи с имеющимися значительно

выраженными нарушениями функций организма.

7. Степень ограничения основных категорий жизнедеятельности человека определяется исходя из оценки их отклонения от нормы, соответствующей определенному периоду (возрасту) биологического развития человека.

V. Критерий для установления инвалидности

8. Критерием для установления инвалидности является нарушение здоровья со II и более выраженной степенью выраженности стойких нарушений функций организма человека (в диапазоне от 40 до 100 процентов), обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению 2 или 3 степени выраженности одной из основных категорий жизнедеятельности человека или 1 степени выраженности двух и более категорий жизнедеятельности человека в их различных сочетаниях, определяющих необходимость его социальной защиты.

V. Критерии для установления групп инвалидности

9. Критерии для установления групп инвалидности применяются после установления гражданину инвалидности в соответствии с критерием установления инвалидности, предусмотренным пунктом 8 настоящих классификаций и критериев.

10. Критерием для установления первой группы инвалидности является нарушение здоровья человека с IV степенью выраженности стойких нарушений функций организма человека (в диапазоне от 90 до 100 процентов), обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами.

11. Критерием для установления второй группы инвалидности является нарушение здоровья человека с III степенью выраженности стойких нарушений функций организма (в диапазоне от 70 до 80 процентов), обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами.

12. Критерием для установления третьей группы инвалидности является нарушение здоровья человека со II степенью выраженности стойких нарушений функций организма (в диапазоне от 40 до 60 процентов), обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами.

13. Категория «ребенок-инвалид» устанавливается при наличии у ребенка II, III либо IV степени выраженности стойких нарушений функций организма (в диапазоне от 40 до 100 процентов), обусловленных заболеваниями, последствиями травм и дефектами.

Приложение
к классификациям и критериям, используемым при осуществлении
медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными
учреждениями медико-социальной экспертизы, утвержденным приказом
Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации
от 17 декабря 2015 г. N 1024н

**КОЛИЧЕСТВЕННАЯ СИСТЕМА ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ СТОЙКИХ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ
ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ПОСЛЕДСТВИЯМИ ТРАВМ ИЛИ ДЕФЕКТАМИ
(В ПРОЦЕНТАХ, ПРИМЕНИТЕЛЬНО К КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ СТОЙКИХ НАРУШЕНИЙ
ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА)**

(ВЫБОРОЧНО ДЛЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА)

| 11.2 | Сахарный диабет | E10 - E14 | | % |
|--|--|--------------|--|----------|
| Примечание к подпункту 11.2. Количественная оценка степени выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных сахарным диабетом, основывается преимущественно на оценке степени выраженности стойких хронических осложнений, вызванных сахарным диабетом. К стойким осложнениям сахарного диабета относят диабетические микро- и макроангиопатии, которые характеризуются высокими показателями коморбидности и др. | | | | |
| 11.2.1 | Инсулинзависимый сахарный диабет. | E10 | | |
| | Инсулиннезависимый сахарный диабет. | E11 | | |
| | Сахарный диабет, связанный с недостаточностью питания. | E12 | | |
| | Другие уточненные формы сахарного диабета. | E13 | | |
| | Сахарный диабет неуточненный | E14 | | |
| 11.2.1.1 | | | Сахарный диабет с легкими гипогликемическими состояниями любой частоты с симптомами (предвестниками) | 10 - 20 |
| 11.2.1.2 | | | Сахарный диабет с редкими бессимптомными гипогликемическими состояниями (1 - 2 эпизода в течение 72-х часового постоянного подкожного мониторинга глюкозы) в сочетании с КАН \geq 4 баллов | 30 |
| 11.2.1.3 | | | Сахарный диабет с частыми бессимптомными гипогликемическими состояниями (3 и более раз в течение 72-х часового постоянного подкожного мониторинга глюкозы) в сочетании с КАН \geq 4 баллов и сахарный диабет с тяжелыми гипогликемическими состояниями (симптомными) частыми (1 - 2 раза в месяц), сопровождающиеся интеллектуально-мнестическими нарушениями умеренной степени выраженности | 40 - 50 |
| 11.2.2 | Сахарный диабет с поражением почек (диабетическая нефропатия) | E10.2 | | |
| 11.2.2.1 | | | Диабетическая нефропатия, стадия микроальбуминурии, ХБП 1, стадии, ХПН 0 или 1 стадии | 10 - 20 |
| 11.2.2.2 | | | Диабетическая нефропатия, стадия микроальбуминурии или протеинурии, ХБП 2, 3а стадии, ХПН 0 или 1 стадии | 30 |
| 11.2.2.3 | | | Диабетическая нефропатия, стадия протеинурии, ХБП 3Б, 4 стадии, ХПН 2 стадии | 40 - 60 |
| 11.2.2.4 | | | Диабетическая нефропатия, ХБП 5 стадии, ХПН 3 стадии при проведении адекватной эффективной заместительной почечной терапии (гемодиализ, перитонеальный диализ, трансплантация почки) при отсутствии других тяжелых осложнений диабета и проводимой терапии | 70 - 80 |
| 11.2.2.5 | | | Диабетическая нефропатия, ХБП 5 стадии, ХПН 3 стадии при отсутствии (невозможности проведения) или неэффективности проводимой терапии, а также при наличии множественных тяжелых осложнений диабета и/или проводимой терапии | 90 - 100 |
| 11.2.3 | Сахарный диабет с поражением глаз (диабетическая ретинопатия, катаракта) | E10.3 | | |

| | | | | |
|----------|---|-------|---|----------|
| 11.2.3.1 | | | Диабетическая ретинопатия непролиферативная (микроаневризмы, мелкие интратетинальные кровоизлияния, отек сетчатки, твердые и мягкие экссудативные очаги, макулопатия (экссудативная, ишемическая, отечная) с остротой зрения (монокулярно, лучше видящим глазом с коррекцией) > 0,3 и/или сужение полей зрения периферически по радиусу от точки фиксации до 40° | 10 - 30 |
| 11.2.3.2 | | | Диабетическая ретинопатия непролиферативная или препролиферативная (присоединение венозных аномалий - четкообразность, извитость, колебание калибра, множество мягких и твердых экссудатов, интратетинальные микрососудистые аномалии, более крупные ретинальные геморрагии) или пролиферативная (неоваскуляризация диска зрительного нерва и/или других отделов сетчатки, ретинальные, преретинальные и интравитреальные кровоизлияния/гемофтальм, образование фиброзной ткани в области кровоизлияний и по ходу неоваскуляризации) и/или макулопатия с остротой зрения (монокулярно, лучше видящим глазом с коррекцией) более 0,1 до 0,3 и/или сужение полей зрения периферически по радиусу от точки фиксации менее 40°, но шире 20° | 40 - 60 |
| 11.2.3.3 | | | Диабетическая ретинопатия непролиферативная или пре/пролиферативная или терминальная (неоваскуляризация угла передней камеры глаза, ведущая к возникновению вторичной рубцовой глаукомы; образование витреоретинальных шварт с тракционным синдромом, приводящим к отслойке сетчатки) и/или макулопатия с остротой зрения (монокулярно, лучше видящим глазом с коррекцией) 0,1 - 0,05 и/или сужение полей зрения периферически по радиусу от точки фиксации равно или менее 20°, но шире 10° | 70 - 80 |
| 11.2.3.4 | | | Диабетическая ретинопатия пролиферативная и/или терминальная и/или макулопатия с остротой зрения (монокулярно, лучше видящим глазом с коррекцией) 0 - 0,04 и/или сужение полей зрения периферически по радиусу от точки фиксации 10° - 0° | 90 - 100 |
| 11.2.4 | Сахарный диабет с неврологическими осложнениями (диабетическая типичная дистальная сенсомоторная и автономная невропатия) | E10.4 | | |
| 11.2.4.1 | | | Незначительно/умеренно выраженная дистальная сенсорная и сенсомоторная полиневропатия | 10 - 20 |
| 11.2.4.2 | | | Незначительно/умеренно выраженная дистальная сенсорная и сенсомоторная полиневропатия с умеренно выраженным хроническим болевым синдромом | 30 |
| 11.2.4.3 | | | Выраженная сенсомоторная невропатия с наличием пареза стоп и/или с нарушением равновесия, и/или с формированием высокого риска развития рецидива язвы стопы и/или с выраженным хроническим болевым синдромом | 40 - 60 |
| 11.2.4.4 | | | Кардиальная автономная нейропатия ≥ 4 балла | 10 - 30 |
| 11.2.4.5 | | | Кардиальная автономная нейропатия ≥ 7 балла при наличии удлиненного интервала QT ≥ 440 мсек | 30 |
| 11.2.5 | Сахарный диабет с нарушениями периферического кровообращения (диабетическая ангиопатия, гангрена) | E10.5 | | |
| 11.2.5.1 | | | Диабетическая макроангиопатия с ХАН 0, I стадии обеих нижних конечностей | 10 - 20 |
| 11.2.5.2 | | | Диабетическая макроангиопатия с ХАН II стадии обеих нижних конечностей | 40 |
| 11.2.5.3 | | | Диабетическая макроангиопатия с ХАН III стадии обеих нижних конечностей | 70 - 80 |
| 11.2.5.4 | | | Диабетическая макроангиопатия с ХАН IV стадии на обеих нижних конечностях с развитием гангрены при необходимости высокой ампутации обеих конечностей и невозможности восстановления кровотока и проведения протезирования | 90 - 100 |
| 11.2.6 | Сахарный диабет с другими уточненными осложнениями (диабетическая нейро-остеоартропатия (Шарко)) | E10.6 | | |
| 11.2.6.1 | | | Незначительно выраженная деформация одной или обеих стоп вследствие диабетической нейроостеоартропатии с незначительными статодинамическими нарушениями | 30 |
| 11.2.6.2 | | | Умеренно выраженная деформация одной или обеих стоп вследствие диабетической нейроостеоартропатии с умеренными статодинамическими нарушениями | 40 - 60 |
| 11.2.6.3 | | | Значительно выраженная деформация одной стопы вследствие диабетической нейроостеоартропатии в сочетании с ампутацией другой конечности | 70 - 80 |
| 11.2.7 | Сахарный диабет с множественными осложнениями | E10.7 | | |
| 11.2.7.1 | | | С незначительно выраженным множественным нарушением функций органов и систем организма | 10 - 30 |

| | | | | |
|--|--|-----|---|----------|
| 11.2.7.2 | | | С умеренно выраженным множественным нарушением функций органов и систем организма | 40 - 60 |
| 11.2.7.3 | | | С выраженным множественным нарушением функций органов и систем организма | 70 - 80 |
| 11.2.7.4 | | | С значительно выраженным множественным нарушением функций органов и систем организма | 90 - 100 |
| 11.2.8 | Различные формы синдрома диабетической стопы на фоне диабетической периферической невропатии и/или макроангиопатии | | | |
| 11.2.8.1 | | | Хронический язвенный дефект после заживления или ампутации на уровне стопы с деформацией и формированием зоны высокого риска рецидива язвы стопы | 40 |
| 11.2.8.2 | | | Хронический рецидивирующий язвенный дефект одной или обеих стоп | 50 |
| 11.2.8.3 | | | Состояние после ампутации на уровне одной или обеих стоп (уровень метатарзальный, Лисфранка, Шопара или другие атипичные формы), ампутаций пальцев стоп, сопровождающиеся формированием зон высокого риска формирования язвенных дефектов и/или наличия хронических рецидивирующих язвенных дефектов с умеренным нарушением статодинамических функций | 60 |
| 11.2.9 | Ампутационная культя конечности, протезированная | | | |
| 11.2.9.1 | | | Стопы | 40 |
| 11.2.9.2 | | | Голени | 50 |
| 11.2.9.3 | | | Бедрa (низкая ампутация бедра) | 60 |
| 11.2.9.4 | | | Бедрa (высокая ампутация бедра) | 70 |
| 11.2.9.5 | | | Ампутационные культя бедра/голеней одной конечности и ХАН II стадии или диабетическая нейроостеартропатия другой конечности; | 80 |
| 11.2.9.6 | | | Ампутационные культя голени/бедра/стоп обеих конечностей, протезированные; | 80 |
| 11.2.9.7 | | | Ампутационные культя голени/бедра обеих конечностей при невозможности их протезирования | 90 - 100 |
| 11.2.10 | Инсулинзависимый сахарный диабет (протекающий в детском возрасте) | E10 | | |
| Примечание к подпункту 11.2.10. | | | | |
| <p>Количественная оценка степени выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных сахарным диабетом 1 типа (инсулинзависимый) в детском возрасте, учитывает характер течения заболевания в различные возрастные периоды, степень тяжести, частоту зафиксированных жизнеугрожающих состояний, а также особенности, обусловленные техникой и режимом инсулинотерапии, способностью осуществлять самостоятельно контроль за течением заболевания (производить подсчет хлебных единиц, оценивать адекватность количества вводимого инсулина на определенное количество пищи, содержащей углеводы, технику введения инсулина, потребность в инсулине короткого действия на 1 хлебную единицу в различное время суток с возможностью коррекции его дозы в зависимости от исходного уровня гликемии). Обученность ребенка и его умение не только проводить измерения уровня глюкозы, но и анализировать их, выработать определенную тактику в каждой конкретной ситуации может быть произведена при изучении дневника самоконтроля и глюкометра (с функцией памяти) с последующим анализом зарегистрированных там показателей (формируется у ребенка к 14 годам).</p> | | | | |
| 11.2.10.1 | | | При достижении полной или частичной эффективности комплексных лечебных мероприятий и самоконтроля за течением заболевания (адекватность проводимой инсулинотерапии, отсутствие необходимости в ее коррекции, сформированности обучения методам контроля над заболеванием) при отсутствии осложнений со стороны органов мишеней или с начальными осложнениями. | 10 - 20 |

| | | | | |
|-----------|---|-----------|--|---------|
| 11.2.10.2 | | | При достижении полной или частичной эффективности комплексных лечебных мероприятий (адекватность проводимой инсулинотерапии, отсутствие нуждаемости в ее коррекции) при отсутствии осложнений со стороны органов-мишеней или с начальными осложнениями в возрастной период, в который невозможен самостоятельный контроль за течением заболевания, осуществление самостоятельно инсулинотерапии. В возрасте 14 лет и старше при сахарном диабете с длительной (более 6 месяцев) декомпенсацией с наклонностью к кетозу, при неэффективности комплексных лечебных мероприятий (в т.ч. коррекции инсулинотерапии, обучения), лабильностью течения, подтвержденной лабораторно-инструментальными методами (в том числе подкожным мониторингом глюкозы), в том числе при наличии множественных липодистрофий, прогрессирующей верифицированных хронических микрососудистых осложнений, с зафиксированными тяжелыми гипогликемическими состояниями, требующими стационарного лечения, в том числе по экстренным показаниям. | 40 - 50 |
| 11.2.10.3 | | | При наличии быстро прогрессирующих выраженных верифицированных осложнений со стороны органов мишеней (синдром диабетической стопы, ХБП 3 стадии и др.) | 70 - 80 |
| 11.3 | Другие нарушения регуляции глюкозы и внутренней секреции поджелудочной железы | E15 - E16 | | |
| 11.3.1 | Недиабетические гипогликемические комы | E15 | | |
| 11.3.1.1 | | | Редкие легкие гипогликемии с незначительным нарушением психических функций | 20 |
| 11.3.1.2 | | | Гипогликемии средней частоты (1 - 2 раза в месяц) и/или умеренные нарушения психических функций | 40 |
| 11.3.1.3 | | | Частые тяжелые гипогликемии (более 2 раз в месяц) и/или выраженные нарушения психических функций | 70 |

Р. В. Надель,
руководитель экспертного состава №1
ФГУ (Главное бюро МСЭ)
по Ростовской области

ДИАСПОР

По итогам форума «Эффективная социальная политика: новые решения» премьер-министр Дмитрий Медведев поручил Минтруду и Минздраву

До 12 мая проработать вопрос о целесообразности проведения независимой медико-социальной экспертизы (МСЭ). Таким образом, глава правительства поддержал инициативу активистов Общероссийского народного фронта, которые неоднократно заявляли, что именно независимая МСЭ позволит справедливо разрешать споры и разногласия в сфере установления инвалидности.

О необходимости создания института независимой МСЭ активисты ОНФ заявляли еще полгода назад, когда новый приказ Минтруда, уточняющий клас-

сификации и критерии установления инвалидности, был еще в разработке. Поводом к такому предложению стали многочисленные обращения родители детей-инвалидов с просьбами о помощи при установлении инвалидности у детей. Зачастую проблемы с получением инвалидности возникали у детей с фенилкетонурией и муковисцидозом.

В феврале этого года данный приказ Минтруда вступил в силу. В документе конкретизируются подходы, некоторые формулировки, особенно в части установления инвалидности детям при таких заболеваниях, как инсулинозависимый сахарный диабет, бронхиальная астма, пороки развития, фенилкетонурия и т.д. Однако, по словам эксперта ОНФ по делам инвалидов, члена рабочей группы «Социальная справедливость» Александра Лысенко, новые критерии лишь незначительно снижают риски вынесения субъективных экспертных решений. Он подчеркнул, что решить эту проблему сможет создание института независимой медико-социальной экспертизы. Ранее, когда новый приказ ведомства был еще в разработке, активисты ОНФ указывали, что Минтруд должен не только скорректировать положения своего приказа, но и пересмотреть принятые в прошлом году экспертные решения,

которые привели к многочисленным случаям снятия инвалидности у детей.

Отметим также, что именно по рекомендации ОНФ Минтруд с 1 января приступил к аудиту принятых решений по откату инвалидности. Проверка проводится на всех трех уровнях МСЭ (филиалы, главное бюро, федеральное бюро). Планируется, что работа должна быть закончена к 1 июля.

«ОНФ предлагал создать институт независимой медико-социальной экспертизы еще полгода назад. За этот период возникла острая ситуация в связи со снятием или неустановлением инвалидности детям с редкими заболеваниями и сахарным диабетом. Неужели для того, чтобы совершенствовать и развивать МСЭ, нужны социальные взрывы? Такие высокопрофессиональные вопросы, как создание независимой медико-социальной экспертизы, установление порядка ее деятельности, формы госрегулирования, должны решаться в плановом порядке. Люди должны чувствовать, что государство заботится о них. Ликвидация монополизма в системе МСЭ давно назрела», – сказал Александр Лысенко.

**Рабочая группа: Социальная
справедливость**

Лысенко: Нужно ввести профессиональную ответственность врачей за ошибки при проведении медико-социальной экспертизы

Назрела необходимость в введении профессиональной ответственности врачей за ошибки в диагностике и назначениях при проведении медико-социальной экспертизы (МСЭ), заявил член рабочей группы ОНФ «Социальная справедливость», эксперт Народного фронта по делам инвалидов Александр Лысенко на встрече главных экспертов МСЭ, состоявшейся на площадке Минтруда РФ. Собравшиеся обсудили деятельность подведомственных Минтруду учреждений медико-социальной экспертизы, ситуацию с установлением инвалидности на основе новых классификаций и критериев, а также пути налаживания диалога учреждений МСЭ с гражданским обществом, властью и СМИ. Лысенко в своем выступлении подчеркнул, что число граждан, недовольных результатами диагностики и назначений в МСЭ, постоянно растет: «В последнее время участились обращения граждан по вопросам отказов в установлении инвалидности. Особенно это касается детей с фенилкетонурией, муковисцидозом, инсулинозависимым сахарным диабетом. Граждане высказывают

претензии к качеству заполнения индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалида (ребенка-инвалида), необоснованным отказам в назначении необходимых технических средств реабилитации. Все это означает, что в медико-социальной экспертизе необходимо навести порядок». Эксперт также напомнил, что в результате рейдов, проведенных ОНФ в 2015 г., было установлено, что полностью доступны для инвалидов только 15% учреждений МСЭ. Треть опрошенных граждан имеют претензии к организации работы учреждений МСЭ и столько же – к процедуре освидетельствования. Министр труда Максим Топилин призвал руководителей главных бюро медико-социальной экспертизы персонально заняться исправлением ошибок. Предложено ввести независимую оценку качества оказания услуг в учреждениях МСЭ, создать общественные советы при главных бюро МСЭ регионов, усилить борьбу с коррупцией, ликвидировать барьеры общения главных экспертов с гражданами, усилить взаимодействие с органами власти, средствами массовой информации, сделать работу учреждений МСЭ более открытой, прозрачной и понятной. «В МСЭ должны произойти серьезные перемены. Необходимо повысить профессиональную ответственность врачей в системе здравоохранения, которые обследуют и направляют граждан на медико-социальную экспертизу, и специалистов МСЭ, которые проводят освидетельствование, устанавливают инвалидность и заполняют индивидуальные программы реабилитации. Следует связать ответственность врачей с наличием диагностических ошибок, ошибок в назначении технических средств реабилитации и реабилитационных услуг, ме-

тодических и организационных ошибок, с нарушениями требований врачебной этики и деонтологии», – сказал Лысенко. Он подчеркнул, что назрела необходимость в введении профессиональной ответственности применительно к конкретным специалистам, врачебным или экспертным комиссиям, медучреждениям или учреждениям медико-социальной экспертизы. «В настоящее время ответственности врачей за ошибки, допущенные при осуществлении МСЭ, не установлено. Необходимо определить четко очерченные зоны такой ответственности. Она должна быть закреплена нормативно. Требования к уровню профподготовки специалистов МСЭ должны быть повышены. Требуется расширить контрольные функции вышестоящих организаций МСЭ и Минтруда России к подведомственным учреждениям и филиалам главных бюро медико-социальной экспертизы. Аудит принятых решений в тех случаях, когда возникает несогласие освидетельствуемых граждан, необходимо сделать обязательным. Проверки и аудит должны распространяться не только на принимаемые решения, но и на организации МСЭ, в которых наиболее часто возникают конфликтные ситуации и на которые поступают жалобы граждан», – отметил эксперт ОНФ по делам инвалидов. Напомнив, что по рекомендации ОНФ Минтруд с 1 января приступил к аудиту принятых решений по отказу в установлении инвалидности. Проверка проводится на всех трех уровнях МСЭ (филиалы, главное бюро, федеральное бюро). Планируется, что работа должна быть закончена к 1 июля.

<http://open.gov.ru/events/5515048/>
12.04.2016

Письмо Руководителям
общественных палат субъектов
Российской Федерации
от «11» марта 2016г.

ОБЩЕСТВЕННАЯ ПАЛАТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ КОМИССИЯ ПО СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКЕ, ТРУДОВЫМ ОТНОШЕНИЯМ И КАЧЕСТВУ ЖИЗНИ ГРАЖДАН

«11» марта 2016г. No 50ПК-13/494

Уважаемые коллеги!

Комиссией Общественной палаты
Российской Федерации по социальной
политике, трудовым отношениям и каче-

ству жизни граждан (далее — Комиссия) на постоянной основе осуществляется мониторинг соблюдения установленных Конституцией Российской Федерации социальных прав граждан, в том числе вопросов социальной защиты инвалидов. Следует отметить, что в Общественную палату Российской Федерации поступает большое количество обращений граждан Российской Федерации, свидетельствующих о недостаточной эффективности деятельности учреждений медико-социальной экспертизы при принятии в соответствии с Федеральным законом от 24 ноября 1995 г. No 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» и постановлением Правительства Российской Федерации от 20 февраля 2006 г.

No 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом» решения о признании лица инвалидом (необоснованные отказы), в том числе превышении полномочий их должностными лицами при установлении групп инвалидности (намеренное занижение группы) и пересвидетельствовании инвалида, создании дополнительных бюрократических барьеров при оформлении гражданами с ограниченными возможностями необходимых документов в целях реализации установленного законодательством Российской Федерации права на меры социальной поддержки, а также многочисленных фактах коррупции.

В ноябре 2015 года мной было направлено обращение в адрес Заместителя Председателя Правительства

Российской Федерации О.Ю. Голодец, в котором были отмечены серьезные нарушения в деятельности учреждений медико-социальной экспертизы, свидетельствующие об отсутствии должного контроля со стороны Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, в ведении которого они находятся (обращение прилагается).

В СМИ появилась информация о содержании публичного выступления Заместителя Председателя Правительства Российской Федерации Ольги Голодец, которая призвала Совет при Правительстве Российской Федерации по вопросам попечительства в социальной сфере организовать проверку в связи с увеличением жалоб инвалидов по вопросу деятельности учреждений медико-социальной экспертизы, в частности, со ссылкой на мое вышеуказанное обращение.

В то же время, учитывая специфику правоотношений, регулирующих деятельность учреждений медико-социальной экспертизы, и высокий уровень социальной ответственности решений, принимаемых должностными лицами указанных учреждений, а также характер правонарушений в рассматриваемой сфере, мной также было направлено обращение Генеральному прокурору Российской Федерации Ю.Я. Чайке о необходимости осуществления проверки с привлечением уполномоченных

государственных органов, наделенных контрольно-надзорными полномочиями, в частности, органами прокуратуры. В связи с вышеизложенным в целях повышения результативности общественной проверки деятельности учреждений медикосоциальной экспертизы в Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом от 21 июля 2014 г. № 212-ФЗ «Об основах общественного контроля в Российской Федерации» прошу Вас:

Принять участие в проведении указанной общественной проверки в субъекте Российской Федерации.

Во взаимодействии с общественными объединениями и общественными организациями инвалидов, общественными организациями и общественными объединениями, осуществляющими деятельность в сфере защиты прав пациентов, провести мониторинг деятельности учреждений медико-социальной экспертизы, а также обращений граждан в субъекте Российской Федерации, содержащих сведения о нарушениях прав граждан в субъекте Российской Федерации в связи с принятыми в их отношении решениями указанных учреждений.

О результатах проведенного мониторинга прошу в срок до 10 апреля 2016 года в произвольной форме сообщить в Комиссию с указанием в том числе информации о фактах необоснованных

отказов учреждениями медико-социальной экспертизы в субъекте Российской Федерации в признании гражданина инвалидом, намеренном занижении групп инвалидности при ее установлении и переосвидетельствовании, создании дополнительных бюрократических барьеров при оформлении гражданами документов при реализации права на меры социальной поддержки, установленные инвалидам в соответствии с действующим законодательством, коррупционных проявлениях.

Также просим направить в Комиссию положительные практики, реализуемые учреждениями медико-социальной экспертизы в субъекте Российской Федерации.

Уверен, что совместная работа по осуществлению общественной проверки за деятельностью учреждений медико-социальной экспертизы позволит сформировать целостную картину реального положения в рассматриваемой сфере, а также предоставить возможность формирования для определения дальнейшего формата работы по обеспечению соблюдения социальных прав граждан.

Приложение на 3 л., копия.

**С уважением,
председатель комиссии
В.А. Слепак**

Письмо заместителю Председателя Правительства — Российской Федерации О.Ю. ГОЛОДЕЦ

**ОБЩЕСТВЕННАЯ ПАЛАТА
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
КОМИССИЯ ПО СОЦИАЛЬНОЙ
ПОЛИТИКЕ, ТРУДОВЫМ
ОТНОШЕНИЯМ И КАЧЕСТВУ ЖИЗНИ
ГРАЖДАН
ОТ 18 НОЯБРЯ 2015 № 50ПК-13/232**

Уважаемая Ольга Юрьевна!

Комиссия по социальной политике, трудовым отношениям и качеству жизни граждан Общественной палаты Российской Федерации проводит постоянный мониторинг сообщений средств массовой информации касающихся деятельности организаций, осуществляющих проведение медико-социальной экспертизы (далее по тексту — МСЭ).

В результате проведенного анализа деятельности организаций МСЭ можно сделать вывод, что данная сфера характеризуется многочисленными фактами коррупции, бюрократии и грубейших нарушений социальных прав граждан.

Эксперты в области здравоохранения, а также защиты прав человека, граждан-

ские активисты приходят к единому мнению, что учреждения МСЭ — учреждения, которые устанавливают дополнительные барьеры людям с ограниченными возможностями в процессе оформления необходимых документов для получения льгот и пособий.

Большинство функций, возложенных на бюро МСЭ, дублируются функциями медицинских организаций. На сегодняшний день функции организаций МСЭ заключаются в выписке справок, подтверждающих факт наличия инвалидности, и составлении индивидуальных программ реабилитации, причем в большинстве случаев носящих формальный характер. Ни одна рекомендация не может быть сделана специалистами бюро без заключения врачебной комиссии медицинской организации.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014г. № 297 утверждена государственная программа Российской Федерации «Доступная среда» на 2011-2015 годы, которая распоряжением Правительства Российской Федерации от 27 октября 2014г. № 2136-р была продлена до 2020 года.

Одним из ключевых направлений указанной программы является совершенствование государственной системы

медико-социальной — экспертизы.

В рамках реализации программы «Доступная среда» Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации был разработан приказ от 29 сентября 2014 г. № 664н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы», устанавливающий характеристики степеней выраженного нарушения функций организма в виде клинико-функциональной характеристики стойких нарушений, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами и соответствующая их количественная оценка в процентах.

Практика применения указанного приказа показала, что людям, которым уже была установлена группа инвалидности, она снимается, а при первичном обращении в учреждения МСЭ инвалидность не назначается.

Более того, общественные организации вынуждены обращаться с петициями о защите своих прав после вступления в силу Приказа от 29 сентября 2014г. № 664н. Например, общественные организации пациентов-диабетиков в апреле 2015г. направили петицию с просьбой

принятия необходимых мер в связи с реализацией на практике Приказа от 29 сентября 2014 г. № 664н, а именно: детям, больным диабетом, отказывают в назначении инвалидности в связи с тем, что критические ограничения жизнедеятельности еще не наступили (ампутации в силу синдрома диабетической стопы, нефропатии в силу почечной недостаточности и гемодиализа, слепота в силу диабетической ретинопатии, критическая ишемия сердца и сосудов). В связи с этим дети не могут получать необходимые льготы.

Кроме того, деятельность, связанная с проведением медикосоциальной экспертизы стала областью беспрецедентной коррупции, о чем свидетельствуют многочисленные уголовные дела, возбужденные против сотрудников органов МСЭ. Только на одного экс-главу

бюро МСЭ в Ставропольском крае было возбуждено более 50 уголовных дел за превышение должностных полномочий.

Президент Российской Федерации на совещании 22 сентября 2015 г. указал: «И, конечно, необходимо продолжить работу над повышением эффективности бюджетных расходов на социальную сферу. В этой связи прошу ускорить переход на адресную социальную поддержку наиболее уязвимых категорий наших граждан. Мы об этом говорим на протяжении многих-многих лет. Нужно поддерживать, прежде всего, тех, кто действительно нуждается в такой помощи в первую очередь». Очевидно, что деятельность Федерального бюро медико-социальной экспертизы не соответствует указаниям Президента Российской Федерации по совершенствованию социальной сфе-

ры и создает избыточную социальную напряженность в обществе.

Таким образом, изложенные проблемы в деятельности организации МСЭ ставят под вопрос необходимость их дальнейшего существования..

На основании изложенного прошу Вас дать поручение по внесению изменений в действующее законодательство, связанных с необходимостью реорганизации федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации с целью оказания реальной и эффективной помощи людям с ограниченными возможностями.

**Председатель Комиссии
В.А. Слепак**

К вопросу установления инвалидности при сахарном диабете по новым критериям

Вопросы установления инвалидности при сахарном диабете не перестают быть актуальными. После вступления в силу приказов 664н, а затем 1024н «о классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» участились случаи снятия группы инвалидности с пациентов длительно болеющих сахарным диабетом, в том числе с детства.

Известно, что сам факт наличия сахарного диабета - хронического неизлечимого на сегодняшний день заболевания, требующих множественных ежедневных инъекций инсулина, а в некоторых случаях использования дорогостоящих аппаратов для введения инсулина не является основанием для установления инвалидности. Хотя, безусловно, нельзя отрицать, что сахарный диабет значительно ограничивает жизнедеятельность, ухудшает качество жизни в сравнении со здоровыми людьми.

Для установления группы инвалидности, согласно приказу Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 17 декабря 2015 г. № 1024н, оцениваются степень способности больного к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, общению и обучению, трудовой деятельности, а также способность контролировать

свое поведение, степень функциональных нарушений организма в процентах. Среди основных критериев состояния здоровья пациента оценивают по наличию и степени выраженности таких осложнений сахарного диабета как: наличие гипогликемических состояний (легкие симптомные, редкие и частые бессимптомные гипогликемии); Сахарный диабет с поражением почек (диабетическая нефропатия); Сахарный диабет с поражением глаз (диабетическая ретинопатия, катаракта); Сахарный диабет с неврологическими осложнениями (диабетическая типичная дистальная сенсорная и автономная невропатия); Сахарный диабет с неврологическими осложнениями (диабетическая типичная дистальная сенсорная и автономная невропатия) и др.

В зависимости от наличия тех или иных осложнений, степени их выраженности комиссия на местах должна принимать решение о группе инвалидности. При этом, как и прежде при прохождении медико-социальной экспертизы специалистами анализируется тот пакет документов, который предоставляется амбулаторно-поликлиническим учреждением, где пациент находился на амбулаторном лечении, а также выписка из стационара после госпитализации.

Хотелось бы остановиться подробнее на первом пункте оценки состояния здоровья, а именно на наличии симптомных и бессимптомных гипогликемий у пациента. Согласно критериям приказа 1024н степень компенсации, лабильности течения сахарного диабета, а также наличие бессимптомных гипогликемий должны выявляться при помощи проведения непрерывного 72-часового суточного мониторирования глюкозы крови. Учитывая лабильное течение диабета в подростковом, молодом воз-

расте, а также влияние учебных нагрузок, эмоционального перенапряжения на организм, состояния гипогликемии возникают достаточно часто. С увеличением стажа диабета чувствительность к гипогликемическим состояниям снижается, а значит, внезапно возникающая гипогликемия может привести к серьезным последствиям. Для выявления таких скрытых гипогликемий необходимо проведение непрерывного 72-часового суточного мониторирования глюкозы (это отражено и в приказе).

В 2015 году выявлены неоднократные случаи, когда непрерывное 72-часовое суточное мониторирование глюкозы не проводилось вовсе, либо результаты исследования никак не отражались в медицинской документации (несмотря на то, что человек готовился к прохождению повторного переосвидетельствования на группу инвалидности), а значит и не могли быть оценены экспертами на комиссии. При этом именно результат этого исследования играл решающую роль при подсчете процентов на комиссии. В связи с этим зафиксированы неоднократные случаи отказа в установлении группы инвалидности при отсутствии заключения врача о наличии гипогликемических состояний при проведении суточного мониторирования глюкозы.

Таким образом, необходимо обратить внимание специалистов эндокринологических отделений на обязательное исследование вариабельности глюкозы крови и выявления скрытых гликемий путем проведения непрерывного суточного 72-часового мониторирования уровня глюкозы, с обязательным письменным заключением врача о результатах исследования.

**Молодой диабетик 23 года,
стаж заболевания 11лет**

Агентство «Диабет» — добро пожаловать всегда!

В агентстве «ДИАБЕТ» вы ПОЛУЧИТЕ исчерпывающую информацию обо всех медицинских новинках, так или иначе связанных с сахарным диабетом. В агентстве «ДИАБЕТ» вам ОБЪЯСНЯТ, как правильно делать анализ на сахар в крови и моче, ПОМОГУТ подобрать глюкометр или пенлет для безболезненного прокалывания пальца. В агентстве «ДИАБЕТ» вам ПРЕДЛОЖАТ все необходимое для активного противостояния коварному заболеванию.

В агентстве «ДИАБЕТ» вы НАЙДЕТЕ друзей — люди, работающие здесь, не только знают о сахарном диабете много, но и имеют большой практический опыт по профилактике и контролю над своей болезнью или своих близких.

Здесь можно приобрести глюкометры отечественных и зарубежных производителей, тест-полоски к ним,

визуальные тест-полоски, шприц-ручки и иглы к ним, современную обучающую литературу, тонометры и т. д. Внимание!



В агентстве «Диабет» открыт сервисный центр глюкометров «Сателлит» ООО «Компания Элта». Гарантийный обмен, сервисное обслуживание, проверка работоспособности прибора.

В Агентстве производится сервисное обслуживание всех современных глюкометров, находящихся в пользовании у больных сахарным диабетом.

Кроме того, у нас Вы можете приобрести — натуральный сахарозаменитель «Стевиозид» — экстракт стевии. Здесь можно получить газету «Диабет и Жизнь», написать заявление о вступлении в Ростовское областное диабетическое общество, Ростовскую городскую диабетическую организацию инвалидов «Диадон», уплатить членские взносы, оставить свои контрольные записи о том, как вы обеспечены лекарственными препаратами.

**В АГЕНТСТВЕ «ДИАБЕТ»
ВАМ ВСЕГДА РАДЫ!
ЗВОНИТЕ И ЗАХОДИТЕ!**

НАШ АДРЕС: г.Ростов-на-Дону, ул. Московская, 54, 2 этаж, оф. 16
(возле Центрального рынка),

т. 262-04-79. Время работы: с 10.00 до 17.00, в субботу с 10.00 до 14.00.

Правильный шаг навстречу полноценной жизни!

Возможно, Вам уже не в первый раз говорят, что поставленный диагноз «диабет» — это вовсе не разочарование, а, наоборот, новое направление, которое откроет для Вас совершенно иные возможности, покажет, насколько интересной и полноценной может стать Ваша жизнь.

При правильном следовании в этом направлении Вы сможете жить полноценно и в полную силу, наслаждаясь удовольствиями, о которых раньше даже не догадывались.

Нет причин относиться скептически к подобным высказываниям, просто постарайтесь взглянуть на новое положение вещей под другим углом. В первую очередь, Вам предстоит пересмотреть свой образ жизни, перестраивая жизненные ориентиры в соответствии с давно известной истиной: «В здоровом теле — здоровый дух». Измените устоявшийся распорядок дня, подстраивайте его под новые нюансы, такие, как регулярные изменения содержания глюкозы в крови и составление графиков изменений, фиксируйте показания в дневнике самоконтроля — это поможет Вам и вашему наблюдающему врачу наглядно представить перед глазами картину влияния перемен на состояние организма.

Выберите подходящую диету. Вы удивитесь, но ведь даже строгое питание ограничивающее количество потребляемых жиров и углеводов может оказаться на удивление разнообразным и крайне вкусным!

Вечерним посиделкам у телевизора или за компьютером предпочтите прогулки с близкими или друзьями: приятная компания порадует Вас, а свежий воздух улучшит самочувствие и станет залогом крепкого сна, так что на утро Вы будете чувствовать себя просто прекрасно.

Уделяйте себе больше внимания, ведь Ваше тело теперь тоже нуждается в тщательном внимании и уходе.

Подыщите себе хобби, которое будет поддерживать в Вас тонусе, например, попробуйте освоить катание на велосипеде или же по выходным просто прогуливайтесь в парке или сквере и подкармливайте голубей. Не останавливайтесь на чем-то одном, открывайте для себя новые горизонты, путешествуйте. Кроме хорошей компании, Вашим верным спутником в любой дороге станет удобный и компактный, простой в эксплуатации вне зависимости от окружающей обстановки глюкометр iCheck (АйЧек), который позволит даже в отлучении от дома соблюдать постоянную бдительность и контролировать те процессы, что происходят в организме.

Наслаждайтесь новыми возможностями, которые откроются, как только Вы примете правильное решение и выберете себе цель — полноценную, красочную, обильную эмоциями и впечатлениями жизнь! И помните: не болезнь контролирует Вас — Вы контролируете ее.

**Сделайте подарок себе
и своим близким!**



Система контроля уровня глюкозы в крови
Перед использованием проконсультируйтесь с врачом

- Скорость анализа 9 секунд
- Капля крови 1,2 мкл
- Диапазон измерений от 1,7 до 41,7 ммоль/л
- Память на 180 измерений
- Средний результат на 7, 14, 21, 28 дней
- Часы, календарь
- Вес прибора всего 50 г
- Тест-полоски упакованы по 25 шт. в тубусе
- Гарантия на все время пользования прибором

Горячая линия 8-800-555-49-00

**Адрес сервисного центра iCheck (АйЧек): г. Ростов-на-Дону, Агентство «Диабет»,
ул. Московская, 54, тел: (863) 262-34-33**

НОВИНКА - ГЛЮКОМЕТР "САТЕЛЛИТ ЭКСПРЕСС"

СИСТЕМА КОНТРОЛЯ УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ



- 1 МАКСИМАЛЬНАЯ ПРОСТОТА И УДОБСТВО ПРОВЕДЕНИЯ ИЗМЕРЕНИЙ
- 2 ВРЕМЯ ИЗМЕРЕНИЯ 7 СЕКУНД
- 3 МАЛЕНЬКАЯ КАПЛЯ КРОВИ ВСЕГО - 1 МКЛ
- 4 КАПИЛЛЯРНАЯ ПОЛОСКА САМА ЗАБИРАЕТ НЕОБХОДИМЫЙ ОБЪЕМ КРОВИ
- 5 ИНДИВИДУАЛЬНАЯ УПАКОВКА КАЖДОЙ ТЕСТ-ПОЛОСКИ
- 6 НИЗКАЯ СТОИМОСТЬ ТЕСТ-ПОЛОСОК
- 7 БЕССРОЧНАЯ ГАРАНТИЯ



Новые тест полоски

У аппарата Экспресс измерение происходит по электрохимическому принципу, анализируя 1 мкл крови при помощи тест полоски с капиллярным забором крови. Если полученные данные находятся в пределах 0,6 - 35 ммоль/л, они будут безошибочно выведены на экран. Для Сателлитов предыдущих моделей кровь нужно было наносить на полоску самому, в этой же модели тест полоска сама вытягивает кровь в себя.

Приятной новостью является доступность этих индивидуально запакованных тест полосок, которые по цене, на сегодняшний день, почти не отличаются от стоимости полосок к предыдущим моделям глюкометров линейки «Сателлит».

Да и сам новый аппарат стоит достаточно демократично. Что, опять же, сопоставимо с ценой на предшествующие модели. Правда, за эти деньги пользователь получает кроме глюкометра еще 25 тест полосок, ручку скарификатор (прокалыватель) и 25 ланцетов для ручки.

8-800-250-17-50 (звонок по РФ бесплатный)

Рег.уд. № ФСР 2009/06498 от 28 декабря 2009г., соответствует ГОСТ ИСО 15197.

Вся информация по новому глюкометру «Сателлит Экспресс» на сайте - www.satellite-express.ru

Johnson & Johnson LLC



Компания «ЛайфСкэн», ООО «Джонсон & Джонсон», свидетельствует вам свое почтение и информирует о локализации на территории Российской Федерации производства систем контроля уровня глюкозы в крови марки OneTouch.

Мы рады сообщить, что нами подписано соглашение с ОАО «Фармстандарт», ведущим российским производителем лекарственных средств и медицинских изделий, в рамках которого «ЛайфСкэн» обязуется обеспечить трансфер технологий производства тест-полосок для глюкометров OneTouch Ultra®, Select® и Verio®, а также процессов контроля качества выпускаемой продукции.

Производственная площадка компании «Фармстандарт» сейчас проходит процедуру валидации и в ближайшее время будет сертифицирована в соответствии с международными стандартами ISO 13485. Кроме того, предполагается ее интеграция в международную систему качества «Джонсон & Джонсон». Данный шаг является крайне важным, позволит нам обеспечивать высокие стандарты качества продукции OneTouch на территории Российской Федерации. Первые тест-полоски для глюкометров марки OneTouch будут произведены в России уже в 3-м квартале 2015 года.

Уверены, что благодаря нашему сотрудничеству с компанией «Фармстандарт», наша инновационная высококачественная продукция станет доступнее для российских пациентов.

Управляющий директор ЛайфСкэн, Россия и СНГ
ООО «Джонсон & Джонсон» Катаев А.Н.

© Газета «Диабет и жизнь», ежемесячное издание.
Регистрационное свидетельство ПИ № ТУ-61-00145 от 24.03.2009 г., выдано Управлением по Рост. обл. Федеральной службы по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций
Учредитель:
Ростовская региональная общественная организация инвалидов «Ростовское областное диабетическое общество»,
Адрес редакции и учредителя: 344038, г. Ростов-на-Дону, пр. Нагибина, 17/2,
e-mail: dia-don@mail.ru; http: www.dia-don.ru,

Главный редактор М.П. ГАЛИЧАЕВ
Газета распространяется бесплатно среди диабетиков и врачей-эндокринологов г.Ростова-на-Дону и Ростовской области.
Газета сверстана и отпечатана в типографии «Альтаир».
Адрес типографии: г. Ростов-на-Дону, пер. Ахтарский, 6. Тел.: (863) 234-19-67
Подписано в печать: 19.04.2016 г., 15-00 час.
Тираж 1000 экз. Заказ № 328.