

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

от 7 мая 2007 г. № 321

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ СРОКОВ ПОЛЬЗОВАНИЯ

ТЕХНИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ, ПРОТЕЗАМИ

И ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ ИЗДЕЛИЯМИ ДО ИХ ЗАМЕНЫ

В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2005 г. № 877 "О порядке обеспечения за счет средств федерального бюджета инвалидов техническими средствами реабилитации и отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, № 7, ст. 773) приказываю:

1. Утвердить прилагаемые Сроки пользования техническими средствами реабилитации, протезами и протезно-ортопедическими изделиями до их замены.
2. Признать утратившим силу Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 апреля 2006 г. № 282 "Об утверждении сроков пользования техническими средствами реабилитации, протезами и протезно-ортопедическими изделиями до их замены" <*>.

<*> Зарегистрированный Минюстом России 11.05.2006, регистрационный № 7803.

И.о. министра

В.И.СТАРОДУБОВ

Утверждены

Приказом

Министерства здравоохранения

и социального развития

Российской Федерации

от 7 мая 2007 г. № 321

СРОКИ ПОЛЬЗОВАНИЯ

ТЕХНИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ, ПРОТЕЗАМИ

И ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ ИЗДЕЛИЯМИ ДО ИХ ЗАМЕНЫ

СРОКИ ПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕХНИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ, ПРОТЕЗАМИ И ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ ИЗДЕЛИЯМИ ДО ИХ ЗАМЕНЫ

N Наименование технических средств реабилитации, протезов и протезно-ортопедических изделий * Срок пользования **

- 1 Трости опорные и тактильные, костыли, опоры - не менее 2 лет
2. Поручни - не менее 7 лет
3. Кресла-коляски с ручным приводом:
 - 3.1 комнатные не менее 6 лет
 - 3.2 прогулочные не менее 4 лет
4. Кресла-коляски активного типа не менее 4 лет
5. Кресла-коляски с электроприводом не менее 5 лет
6. Кресла-коляски малогабаритные не менее 1 года 6 месяцев
7. Протезы, в том числе эндопротезы, и ортезы:
 - 7.1 косметический протез пальцев и кисти верхних конечностей не менее 3 месяцев
 - 7.2 протезы верхних и нижних конечностей, ортезы верхних конечностей, корсеты не менее 2 лет (для детей - не менее 1 года). Для высокофункциональных протезов - не менее 3 лет (для детей - не менее 1 года)
 - 7.3 лечебно-тренировочные протезы не менее 1 года (по медицинским показаниям приемная гильза протеза может заменяться до трех раз в год)
 - 7.4 ортезы нижних конечностей не менее 1 года
 - 7.5 протезы нижних конечностей для купания не менее 3 лет
 - 7.6 бандажи на различные участки тела, вкладные башмачки не менее 1 года
 - 7.7 бандаж ортопедический на верхнюю конечность для улучшения лимфотоксического оттока, в том числе после ампутации молочной железы не менее 6 месяцев
 - 7.8 чехол шерстяной на культю нижней конечности не менее 3 месяцев
 - 7.9 чехол хлопчатобумажный на культю нижней конечности не менее 3 месяцев

- 7.10 чехол из полимерного материала на культю нижней конечности не менее 1 года
- 7.11 чехол на культю верхней конечности не менее 6 месяцев
- 7.12 запасная косметическая оболочка на протезы нижних конечностей не менее 1 года
- 7.13 запасная косметическая оболочка на протезы верхних конечностей не менее 3 месяцев
- 7.14 элементы опорные не менее 6 месяцев
- 7.15 элементы влагопоглощающие не менее 6 месяцев
- 7.16 корсет, бандаж, реклинатор из текстильных материалов не менее 6 месяцев
- 7.17 протезы зубные, глазные, ушные, носовые, комбинированные лицевые, неба, половых органов не менее 2 лет (для детей - не менее 1 года)
- 7.18 экзопротезы молочной железы не менее 1 года
- 7.19 лиф (бюстгальтер, грация или полуграция) для фиксации экзопротеза молочной железы не менее 6 месяцев
- 7.20 чехол к экзопротезу молочной железы не менее 6 месяцев
- 7.21 эндопротезы, в том числе эндопротезы суставов, сосудов, связок, клапанов сердца, кохлеарные имплантанты сроки пользования и замены определяются лечебно-профилактическими учреждениями и подтверждаются федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы
8. Ортопедическая обувь:
- 8.1 сложная ортопедическая обувь и обувь на ортопедические аппараты, в том числе 1 пара обуви на утепленной подкладке:
- для взрослых не менее 6 месяцев
 - для детей не менее 3 месяцев
- 8.2 малосложная ортопедическая обувь
- (на утепленной подкладке или без нее - по желанию инвалида):
- для взрослых не менее 1 года
 - для детей не менее 6 месяцев
- 8.3 вкладные корригирующие элементы для ортопедической обуви (в том числе стельки, полустельки) не менее 6 месяцев
- 8.4 обувь на протезы не менее 6 месяцев
- 8.5 ортопедическая обувь при односторонней ампутации по желанию инвалида, на утепленной подкладке не менее 1 года
9. Противопролежневые матрацы не менее 3 лет
10. Противопролежневые подушки (сидения для кресел-колясок) не менее 3 лет
11. Приспособления для одевания, раздевания и захвата предметов не менее 5 лет
12. Специальная одежда:

- 12.1 комплект функционально-эстетической одежды для инвалидов с парной ампутацией верхних конечностей не менее 6 месяцев
- 12.2 пара кожаных или трикотажных перчаток (на протез верхней конечности), кожаная перчатка на утепленной подкладке на кисть сохранившейся верхней конечности не менее 1 года
- 12.3 пара кожаных перчаток на деформированные верхние конечности не менее 2 лет
- 12.4 ортопедические брюки не менее 1 года
- 12.5 пара кожаных утепленных рукавиц (для инвалидов, пользующихся малогабаритными креслами-колясками) не менее 1 года
- 12.6 шерстяной чехол на культю бедра (для инвалидов, пользующихся малогабаритными креслами-колясками) не менее 4 месяцев
13. Специальные устройства для чтения "говорящих книг" не менее 7 лет
14. Специальные устройства для оптической коррекции слабовидения не менее 5 лет
15. Медицинские термометры с речевым выходом не менее 7 лет
16. Медицинские тонометры с речевым выходом не менее 7 лет
17. Сигнализаторы звука световые и вибрационные не менее 5 лет
18. Слуховые аппараты, в том числе с ушными вкладышами индивидуального изготовления Слуховые аппараты - не менее 4 лет ушные вкладыши индивидуального изготовления - не менее 1 года
19. Телевизоры с телетекстом для приема программ со скрытыми субтитрами не менее 7 лет
20. Телефонные устройства с текстовым выходом не менее 7 лет
21. Голосообразующие аппараты не менее 5 лет
22. Специальные средства при нарушениях функций выделения (моче- и калоприемники):
- 22.1 адгезивная пластина для двухкомпонентного калоприемника и мочеприемника при колостомах и илеостомах не менее 3 суток
- 22.2 дренируемый мешок для двухкомпонентных калоприемников при колостомах и илеостомах не менее 24 часов
- 22.3 недренируемый мешок для двухкомпонентных калоприемников при колостомах не менее 12 часов
- 22.4 адгезивная пластина для двухкомпонентного уростомника при уростомах не менее 3 суток
- 22.5 уростомный мешок двухкомпонентного уростомника при уростомах не менее 24 часов
- 22.6 дренируемый мешок для однокомпонентного калоприемника при колостомах и илеостомах не менее 24 часов
- 22.7 недренируемый мешок для однокомпонентного калоприемника при колостомах не менее 12 часов
- 22.8 уростомный мешок для однокомпонентного мочеприемника при уростомах не менее 24 часов
- 22.9 калоприемник из пластмассы на пояс в комплекте с мешками не менее 2 месяцев
- 22.10 катетер для стом, катетер для самокатетеризации не менее 6 часов

Пункт 23 признан недействующим со дня издания Решением Верховного Суда РФ от 19.09.2007 N ГКПИ07-852. Определением Верховного Суда РФ от 04.12.2007 N КАС07-604 указанное решение оставлено без изменения. 23. Абсорбирующее белье, памперсы (одно изделие, впитывающие характеристики которого соответствуют объемам суточного диуреза) не менее 24 часов

24. Кресла-стулья с санитарным оснащением не менее 4 лет

* Указанные в графе технические средства реабилитации, протезы и протезно-ортопедические изделия могут предоставляться в различных конструктивных исполнениях.

** Срок пользования техническим средством реабилитации, протезом и протезно-ортопедическим изделием исчисляется с даты предоставления его инвалиду, ветерану.

Примечания:

1. В соответствии с пунктами 5 и 8 Правил обеспечения за счет средств федерального бюджета инвалидов техническими средствами реабилитации и отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями, утвержденными Постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2005 г. № 877 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, № 7, ст. 773):

технические средства реабилитации, протезы и протезно-ортопедические изделия, передаваемые инвалидам, ветеранам бесплатно в безвозмездное пользование, не подлежат отчуждению третьим лицам, в том числе продаже или дарению;

замена технических средств реабилитации, протезов и протезно-ортопедических изделий на новые осуществляется при условии сдачи старых;

допускается досрочная замена технических средств реабилитации, протезов и протезно-ортопедических изделий.

2. Не подлежат сдаче технические средства реабилитации, протезы и протезно-ортопедические изделия, указанные в Приказе Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 апреля 2006 г. № 283 (зарегистрирован Минюстом России 11.05.2006, регистрационный № 7802).

Дополнения

Приложение 1. Патосиндромологическая и клиничко-параклиническая диагностика нарушений мочеиспускания.

Приложение 2. Номенклатура абсорбирующего белья, поставляемого на рынки России.

Приложение 3. Форма заключения, выдаваемого медицинской организацией инвалиду, нуждающемуся в обеспечении абсорбирующим изделием.

Приложение 4. Форма заключения, выдаваемого Главным бюро медико-социальной экспертизы (бюро медико-социальной экспертизы) инвалиду, нуждающемуся в обеспечении абсорбирующим изделием.

Приложение 5. Методические рекомендации по обеспечению инвалидов абсорбирующими изделиями.

Приложение № 1

Патосиндромологическая и клинико-параклиническая диагностика нарушений мочеиспускания

№ п/п	Наименование заболеваний	Синдромы	Симптомы	Объективные данные	
				клинические	параклинические
Неврология					
1.	<p>Двустороннее поражение головного мозга различной этиологии: цереброваскулярные болезни (нарушение артериального и венозного кровообращения головного мозга, диффузный церебральный атеросклероз и др.), воспалительные заболевания головного мозга (энцефалит, абсцесс, менингоэнцефалит, энцефаломиелит и др.), опухоли головного мозга; последствия черепно-мозговых травм, демиелинизирующие, дегенеративно-дистрофические и другие заболевания головного мозга (рассеянный склероз, ДЦП, болезнь Альцгеймера и др.)</p>	<p>Нарушение функции тазовых органов по центральному типу (периодическое недержание мочи, нарушение акта дефекации)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - автоматическое рефлекторное опорожнение мочевого пузыря, - остаточная моча в мочевом пузыре (редко), - задержка мочи в остром периоде, - невозможность произвольной дефекации - недержание кала, - возможны запоры 	<ul style="list-style-type: none"> - визуально видимое отхождение мочи и кала, - мацерация кожных покровов промежности, - перкуторное определение переполненного мочевого пузыря или остаточной мочи, - пальпаторное определение задержки каловых масс, - расстройство чувствительности в области промежности (по проводниковому типу), - отсутствие ягодичного и кремастерного рефлексов 	<p>Магнитно-резонансная томография головного мозга двустороннее поражение головного мозга, необходимо</p> <ul style="list-style-type: none"> - ЭМГ м - при не - катете пузыря
2.	<p>Двустороннее поражение спинного мозга различной этиологии (с сегмента С1 до сегмента S2): травмы спинного мозга, опухоли спинного мозга (интра- и экстрамедуллярные), воспалительные заболевания спинного мозга (миелит, абсцессы и др.), миелопатии различного генеза (вертеброгенные, сосудистые и др.), дегенеративно-дистрофические, демиелинизирующие и другие заболевания спинного мозга</p>	<p>Нарушение функции тазовых органов по центральному типу (периодическое недержание мочи, нарушение акта дефекации)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - автоматическое рефлекторное опорожнение мочевого пузыря, - остаточная моча в мочевом пузыре, императивные позывы на мочеиспускание, - задержка мочи как правило только в остром периоде, - невозможность произвольной дефекации - недержание кала, - возможны запоры, метеоризм 	<ul style="list-style-type: none"> - визуально видимое отхождение мочи и кала, - мацерация кожных покровов промежности, - перкуторное определение переполненного мочевого пузыря или остаточной мочи, - пальпаторное определение задержки каловых масс, - расстройство чувствительности в области промежности (по проводниковому типу), - отсутствие ягодичного и кремастерного рефлексов 	<p>Магнитно-резонансная томография и с (двустороннее поражение спинного мозга, необходимо</p> <ul style="list-style-type: none"> - ЭМГ м - при не - катете пузыря

№ п/п	Наименование заболеваний	Синдромы	Симптомы	Объективные данные	
				клинические	паракли
3.	Двустороннее поражение конуса спинного мозга (с уровня S2 сегмента) различной этиологии	Нарушение функции тазовых органов по периферическому типу (истинное недержание мочи, произвольная дефекация)	<ul style="list-style-type: none"> - непрерывное по каплям выделение мочи при поступлении ее в мочевой пузырь, - выделение мочи по каплям при переполненном мочевом пузыре, - императивные позывы на мочеиспускание, - возможна временная задержка мочи и кала, - произвольное отхождение жидких каловых масс и газа, - отсутствие позыва на мочеиспускание и дефекацию, - сохранение ощущения переполнения мочевого пузыря 	<ul style="list-style-type: none"> - визуально видимое отхождение мочи по каплям, -визуально видимое отхождение жидких каловых масс, - мацерация кожных покровов промежности, - перкуторное определение переполненного мочевого пузыря, - пальпаторное определение задержки каловых масс, - зияние ануса, - отсутствие чувствительности в области промежности (по сегментарному типу), - отсутствие ягодичного, кремаштерного и анального рефлексов 	<ul style="list-style-type: none"> Магнитн томогра конуса пояснич отдела при нео - ЭМГ м - при не - катете пузыря

№ п/п	Наименование заболеваний	Синдромы	Симптомы	Объективные данные	
				клинические	паракли
4.	Поражение конского хвоста различной этиологии: травма, воспалительные процессы, вертеброгенные поражения, опухоли, tabes dorsalis и др.	Нарушение функции тазовых органов по периферическому типу (истинное недержание мочи, произвольная дефекация)	<ul style="list-style-type: none"> -непрерывное выделение мочи без задержки ее в мочевом пузыре, - выделение мочи по каплям при переполненном мочевом пузыре, - возможны частные болезненные позывы на мочеиспускание при накоплении незначительного количества мочи, - возможна временная 	<ul style="list-style-type: none"> - визуально видимое отхождение мочи по каплям, -визуально видимое отхождение жидких каловых масс, - мацерация кожных покровов промежности, - перкуторное определение переполненного мочевого пузыря, - пальпаторное опреде-ление задержки каловых 	<ul style="list-style-type: none"> Магнит томогра крестц позвон хвоста необхо - ЭМГ м - при н - катете пузыря - урол исслед

№ п/п	Наименование заболеваний	Синдромы	Симптомы	Объективные данные	
				клинические	паракл
			<p>задержка мочи,</p> <ul style="list-style-type: none"> - непроизвольное отхождение жидких каловых масс и газа, - возможны ректальные тенезмы, - отсутствие позыва на мочеиспускание и дефекацию, - отсутствие чувства прохождения и выделения мочи 	<p>масс,</p> <ul style="list-style-type: none"> - зияние ануса, - отсутствие чувствительности в области промежности (по корешковому типу), - отсутствие ягодичного, кремастерного и анального рефлексов, - отсутствие пузырных рефлексов, 	
5.	Поражение крестцовых и копчиковых корешков, крестцового и копчикового сплетений, тазовых, подчревных и срамных нервов различной этиологии	Нарушение функции тазовых органов по периферическому типу (истинное недержание мочи, непроизвольная дефекация)	<ul style="list-style-type: none"> - непрерывное выделение мочи без задержки ее в мочевом пузыре, - выделение мочи по каплям при переполненном мочевом пузыре, - возможны императивные позывы на мочеиспускание, - непроизвольное отхождение жидких каловых масс и газа, - возможны императивные позывы на дефекацию, - отсутствие или снижение позыва на мочеиспускание и дефекацию, - отсутствие или снижение чувства прохождения и выделения мочи 	<ul style="list-style-type: none"> - визуально видимое отхождение мочи по каплям, - визуально видимое отхождение жидких каловых масс, - мацерация кожных покровов промежности, - перкуторное определение переполненного мочевого пузыря, - пальпаторное определение задержки каловых масс, - отсутствие соответствующих уровню поражения рефлексов, - возможно зияние ануса, - отсутствие или снижение чувствительности в соответствующей зоне иннервации, 	<ul style="list-style-type: none"> - ЭМГ м - при н - катет - пузыря - урол - исслед
6.	Длительные или кратковременные нарушения сознания (коматозное состояние, эпилептический припадок и др.)	Нарушение функции тазовых органов в виде недержания мочи и кала (по центральному типу)	Непроизвольное мочеиспускание и дефекация	<ul style="list-style-type: none"> - визуально видимое непроизвольное отхождение мочи и кала, 	<ul style="list-style-type: none"> - ЭЭГ, - М - необхо

№ п/п	Наименование заболеваний	Синдромы	Симптомы	Объективные данные	
				клинические	паратри
9.	Повреждение мочевыводящих путей при травмах, операциях, опухолях	В зависимости от локализации (см. выше)	Относительное или тотальное недержание мочи	Мацерация кожи	В з локали
10.	Гиперреактивный мочевой пузырь (уретроцеле, цистоцеле, ректоцеле, выпадение матки и др.)	Непроизвольное сокращение детрузора мочевого пузыря	Частые позывы к мочеиспусканию, недержание мочи	Мацерация кожи промежности	Экскре
Педиатрия					
11.	Энурез первичный, ночной, дневной, сочетанный	<p>Врожденное нарушение механизмов формирования условного «сторожевого» рефлекса</p> <p>Задержка становления навыков регуляции мочеиспускания</p> <p>Нарушение приобретенного рефлекса мочеиспускания из-за воздействия неблагоприятных факторов</p> <p>Наследственная отягощенность</p> <p>Аномалия обратных связей в тубулогломерулярной системе почек</p>	<p>Полное отсутствие длительных периодов «сухих» дней или ночей</p> <p>Полиурия, отклонения в циркадной секреции антидиуретического гормона</p> <p>Глубокий сон и трудности пробуждения</p> <p>Редкое сочетание с психическими расстройствами</p> <p>Днем сочетается с усиленными позывами, задержанным мочеиспусканием, дискоординации деятельности мочевого пузыря</p>	Мацерация кожи промежностей, очаги неадекватных раздражителей (фимоз, глисты, аденоиды, трещины заднего прохода и т.д.)	<p>Анализ</p> <p>Анализ</p> <p>Биохимическое исследование креатинина, билирубина, глюкозы</p> <p>Проба</p> <p>УЗИ п пузыря</p> <p>ЭЭГ</p> <p>Урогра</p> <p>Сцинти</p> <p>Цистогр</p> <p>Цистос</p>
12.	<p>Энкопрез вследствие:</p> <p>несвоевременного привития гигиенических навыков,</p> <p>необходимости пользоваться туалетом в непривычном месте,</p> <p>трещины прямой кишки,</p> <p>мышечной гипотонии,</p> <p>недостаточной перистальтики кишечника,</p> <p>болезни Гиршпрунга, Крона</p>	<p>Синдром раздраженного кишечника</p> <p>Синдром опущения промежности</p> <p>Солитарная язва прямой кишки</p> <p>Выпадение прямой кишки</p> <p>Псевдообструктивный синдром</p>	<p>Склонность к запорам</p> <p>Болезненная дефекация</p> <p>Протестное, истерическое реагирование</p> <p>Нередко эмоциональная тупость, задержка психического развития</p>	<p>Каломазание</p> <p>Недержание кала и газов</p> <p>Выпадение прямой кишки</p> <p>Зияние ануса</p> <p>Мацерация кожи промежности</p>	<p>Анальн</p> <p>Колоно</p> <p>Ирриго</p> <p>Рентген</p> <p>Ректал исслед</p> <p>Сцинтиграфия</p> <p>Сфинкт</p> <p>Маном</p>

№ п/п	Наименование заболеваний	Синдромы	Симптомы	Объективные данные	
				клинические	паракл
	стеноза заднего прохода, объемного образования в тазовой области, выпадения прямой кишки психоневрологические расстройства и др.				

[Назад](#)

Приложение № 2

номенклатура абсорбирующего белья, поставляемого на рынки России

№ п/п	Наименование изделия	Технические характеристики	Впитывающая способность (мл)	Размер (см), вес (кг)	Применение
1	2	3	4	5	6
1. Абсорбирующее постельное белье (простыни, пеленки)					
1.1	Абсорбирующее белье – пеленки	Нижний, внешний слой – из непронускающей влаги и не скользящей пленки, верхний слой – из мягкого нетканого материала. Впитывающий слой – 6 слоев прессованной целлюлозы	250 400	60x60 90x60	Дополнительная защита больным с недержанием мочи постели от загрязнений
1.2	Впитывающие простыни (пеленки)	Рабочая поверхность (внутренняя) – тонкий нетканый материал, подобный текстилю. Впитывающий слой (абсорбент) – из распушенной целлюлозы, позволяет впитанной жидкости равномерно распределяться по всей площади изделия. Наружный (нижний) слой из полипропилена			Защита постели, промокания, для процедур в качестве материала. Применение по назначению. Выбор подбора подходящего размера
1.2.1	Нормал		800 1200	60x60 60x90	
1.2.2.	Плюс		1285 1900	60x60 60x90	
1.3.	Пеленки гигиенические для урологических больных	Нижний слой из непронускающей влагу, не скользящей пленки; верхний слой из мягкого нетканого материала. Два вида в зависимости от количества слоев (6 и 12 слоев). Шесть видов в зависимости от впитываемости. Три вида в зависимости от размера			Уход за больными. Дополнительная защита постели и мебели

		от размеров			
1.3.1		Нижний слой из непроницающей влагу, не скользящей пленки; верхний слой из мягкого нетканого материала. Три вида в зависимости от впитываемости и размеров	от 350 до 1050	40x60 60x60 90x60	
1.3.2		Нижний слой из непроницающей влагу, не скользящей пленки; верхний слой из мягкого нетканого материала. Три вида в зависимости от впитываемости и размеров	650 1050 1350	40x60 60x60 90x60	
1.4	Защищающая простынь	Тройные защитные простыни. Верхний слой – мягкий, приятный для кожи. Продольные полосы эффективно защищают от протекания. Наружный слой из влагостойкого материала	-	140x85	Не является впитывающей, только для защиты от попадания жидкости

1	2	3	4	5	6
1.5	Пеленка впитывающая	Два уровня впитываемости, специальный слой распушенной целлюлозы обеспечивает максимально быстрое впитывание и распределение влаги. Впитывающий слой не образует складок (профилактика пролежней). Верхний слой – мягкий на ощупь из нетканого материала. Внутренний слой из распушенной целлюлозы. Нижний слой – водонепроницаемый.			Дополнительная защита белья.
1.5.1	средней впитываемости		525 1000 1525	40x60 60x60 60x90	
1.5.2	высокой впитываемости		750 1125 1550	40x60 60x60 60x90	
1.6	Пеленки Harry		650	60x90	
2. Подгузники (памперсы)					
2.1	Подгузники (памперсы) для подростков и взрослых	Наружный «дышащий» слой из специального полиэтилена, не дающий возможности проникновения влаги наружу, но пропускающий влагу внутрь. Впитывающий слой из распушенной целлюлозы с суперабсорбирующим полимером (частицы округлой формы, препятствуют бактериальному росту и появлению неприятного запаха). Распределяет влагу по всей поверхности изделия. Внутренний слой из нетканого материала на основе х/б сырья,		размер по талии	

		обеспечивает гидроскопичность. Изделия имеет форму «1» первого впитывающего слоя, пригоден для мужчин и женщин. Стягивающие резиночки из натуральной резины и спандекса обеспечивают анатомическую форму в виде корзиночки. Четыре застежки-липучки многократного пользования. Ширина впитывающего слоя – не менее 16 см, длина бокового запаха – не менее 22 см, ширина бокового запаха – не менее 28 см. Индикатор влагонасыщения, боковые оборки из нетканого материала препятствуют подтеканию жидкости по бокам			
2.1.1	X- Small подростковый		1400	50x60	
2.1.2	Small малый		1800	60x80	
2.1.3	Medium средний		2100/3600	70x110	
2.1.4	Large большой		2400/4100	100x150	
2.1.5	X- Large очень большой		3300	110x170	

1	2	3	4	5	6
2.2	Подгузники Super	<p>Наружный «дышащий» слой из специального полиэтилена, не дающий возможности проникновения влаги наружу, но пропускающий влагу внутрь. Впитывающий слой из распушенной целлюлозы с суперабсорбирующим полимером (частички округлой формы, препятствуют бпктериальному росту и появлению неприятного запаха). Распределяет влагу по всей поверхности изделия. Внутренний слой из нетканого материала на основе ж/б сырья, обеспечивает гидроскопичность.</p> <p>Изделия имеет форму «1» первого впитывающего слоя, пригоден для мужчин и женщин. Стягивающие резиночки из натуральной резины и спандекса обеспечивают анатомическую форму в виде корзиночки. Четыре застежки-липучки многократного пользования. Ширина впитывающего слоя – не менее 16 см, длина бокового запаха – не менее 22 см, ширина бокового запаха – не менее 28 см. Индикатор влагонасыщения, боковые оборки из нетканого материала препятствуют подтеканию жидкости по бокам</p>	до 1200 до 2100	800x650 950x750	Для больных средними и тяж недержания моч
2.3	Подгузник для взрослых	<p>Наружный «дышащий» слой из специального полиэтилена, не дающий возможности проникновения влаги наружу, но пропускающий влагу внутрь. Впитывающий слой из распушенной целлюлозы с суперабсорбирующим полимером (частички округлой формы, препятствуют бпктериальному росту и появлению неприятного запаха). Распределяет влагу по всей поверхности изделия. Внутренний слой из нетканого</p>			<p>Для больных средними и тяж недержания моч</p> <p>Используется женщинами. При профилактике пр</p>

		<p>материала на основе х/б сырья, обеспечивает гидроскопичность.</p> <p>Изделия имеет форму «1» первого впитывающего слоя, пригоден для мужчин и женщин. Стягивающие резиночки из натуральной резины и спандекса обеспечивают анатомическую форму в виде корзиночки. Четыре застежки-липучки многократного пользования. Ширина впитывающего слоя – не менее 16 см, длина бокового запаха – не менее 22 см, ширина бокового запаха – не менее 28 см. Индикатор влагонасыщения, боковые оборки из нетканого материала препятствуют подтеканию жидкости по бокам</p>			
--	--	---	--	--	--

1	2	3	4	5	6
2.3.1	размер М (средняя степень впитываемости)		до 900	800x650	
2.3.2	размер М (индикатор влажности, средняя степень впитываемости)		до 900	800x650	
2.3.3	размер М (высокая степень впитываемости, защита от подтекания)		до 2000	800x650	
2.3.4	размер М (высокая степень впитываемости, защита от подтекания, индикатор влажности)		до 2000	800x650	
2.3.5	размер L (средняя степень впитываемости)		до 1100	950x750	
2.3.6	размер L (средняя степень впитываемости, индикатор влажности)		до 1100	950x750	
2.3.7	размер L (высокая степень впитываемости, защита от подтекания,)		до 2200	950x750	
2.3.8	размер L (высокая степень впитываемости, защита от подтекания, индикатор влажности)		до 2200	950x750	

2.4	Подгузники для взрослых	Внутренняя поверхность из нетканого материала со специальной обработкой, пропускает влагу внутрь в одном направлении. Поглощающий слой из распущенного целлюлозного волокна и субабсорбирующего полимера (препятствует бактериальному росту и появлению неприятного запаха), впитывает и удерживает очень большие объемы жидкости, не высвобождая ее при надавливании, pH-нейтральный, абсорбент не подвергается разложению микроорганизмами. Внешний, нижний «дышащий» слой: специальный полиэтилен, не разлагается микроорганизмами, не пропускает влагу наружу. 4 застежки-липучки, расширенная зона крепления. Барьеры: эластичные нити, 3 ряда резиночек, герметические двойные барьеры. Форма: соответствует развертке нижней части тела с увеличе-			Для больных степень нед- Пригодны для м
-----	-------------------------	---	--	--	---

1	2	3	4	5	6
		нием площади на запах боковых частей. Ширина впитывающего слоя – 36 см. Длина бокового запаха – 22 см. Ширина бокового запаха – 28 см, индикатор влажности			
2.4.1	размер средний M		от 2160	800x650	
2.4.2	размер большой L		до 2310	950x750	
2.5	Подгузник для взрослых Super	Два впитывающих слоя из суперабсорбента и отбеленной разрушенной целлюлозы, между ними изолирующий слой, что позволяет эффективнее удерживать влагу. Индикатор влагонасыщения. Стягивающие резинки. Форма в виде «8» первого впитывающего слоя. Боковые оборочки из нетканого материала, раскладывающиеся наружу 4 застежки-липучки: нижние – 4 см, верхние – 2,5 см. Стягивающие резинки в талии (спереди и сзади). Пригодны для мужчин и женщин. Ширина впитывающего слоя – не более 18 см. Используются и в ночное и в дневное время.			Могут использо- и ночное время.
2.5.1			1300-1700	55-80	
2.5.2			1700-2400	75-110	
2.5.3			2100-2700	100-150	
2.5.4			2100-2700	130-170	
2.6	Подгузник Тена Слип	Легко снимается и одевается, анатомические резиночки по бокам подгузника, двойные вертикальные защитные барьеры, эластичный пояс на спине, новый двойной впитывающий слой с суперабсорбентом, превращает жидкость в гель, препятствует повышению и распространению запаха, расширенная зона крепления, индикатор наполнения жидкости		объем талии	

2.6.1	Тена слип Плюс S		1580	50-80	
2.6.2	Тена слип Плюс M		2160	70-120	
2.6.3	Тена слип Плюс S		1840	50-80	
2.6.4	Тена слип Плюс M		2350	70-120	
2.7	Подгузник (для детей среднего возраста, подростков и взрослых)	Поясной «дышащий» подгузник. Возможно надевать и без посторонней помощи. Пояс закрепляется как спереди, так и сзади. «Дышащий» материал пропускает воздух, защищает от раздражения и последующего инфицирования. Пояс мягкий, пропускает воздух, имеет гофрированную стяжку. Двойные барьеры по бокам, индикатор жидкости.		объем талии	Для пациентов тяжелой степени мочи.

1	2	3	4	5	6
2.7.1	Тена Флекс Плюс M		1840 2110	70-105	
2.7.2	Тена Флекс Плюс L		1930	85-125	
2.8	Подгузник Тена комфорт + фиксирующие трусы (для детей и подростков обоих полов)	Тена комфорт и Тена фикс – урологический впитывающий вкладыш и фиксирующие трусики		объем талии, бедер	Для пациентов с способностью самообслуживания
2.8.1	M		1560	70-90 75-120	
2.8.2	Super M		2450	от 70	
2.8.3	L		1560	85-110 100-140	
2.8.4	Комфорт Плюс		1560	от 85	
2.9	Подгузник для детей Либери весом от 2 до 30 кг (бэби, джуниор) Премиум класс	Выполнен из «дышащего» нетканого материала с микроскопическими отверстиями для циркуляции воздуха. Впитывающий слой улучшен, быстро, надежно равномерно распределяет влагу внутри. Барьерчики защищают от подтекания жидкости. Мягкие прогнутые эластичные резиночки вокруг ножек. Многоцветная эластичная застежка-липучка и мягкий эластичный пояс на спине или на талии. Впитывающий слой: комбинация целлюлозы и суперабсорбента, который впитывает и превращает жидкость в гелеобразную массу, удерживает ее внутри впитывающего слоя		кг	Для детей разных групп
2.10	Подгузник для детей старшего возраста	Имеет анатомическую форму в виде «I» всей впитывающей зоны. 3 ряда стягивающих резиночек в области промежности и эластичная гофрированная стяжка в области пояса из синтетических, каучуковых и полиуретановых		объем талии	Для малоподвижных со средней и тяжелой степенью недержания мочи

		нитей обеспечивает анатомическую форму в виде корзиночки. 4 застежки-липучки многократного использования с нанесенным слоем специального клея и цветным фиксатором. Индикатор влажности. Боковые стяжки и двойной барьер из нетканой материи			
2.10.1	Слип плюс M		2160	70-120	
2.10.2	Слип плюс S		1580	50-80	
2.10.3	Слип супер M		2350	70-120	
2.10.4	Слип плюс L		2210	100-150	
2.10.5	Слип супер L		2520	100-150	

1	2	3	4	5	6
2.10.6	Флекс плюс L	Поясной. Можно одевать без посторонней помощи	1930	85-125	
2.10.7	Флекс супер L	Поясной. Можно одевать без посторонней помощи	2530	85-125	
2.11	Подгузник для детей-инвалидов Super			объем талии	Дневные и ночные
2.11.1	Extra Small	15-20 кг	1105	40-60	дневные
2.11.2	Plus Extra Small	15-30 кг	1490	40-60	Ночные
3. Вкладыши, прокладки					
3.1	Вкладыши урологические	Эластичные резиночки и мягкие оборки препятствуют подтеканию, двойной впитывающий слой с суперабсорбентом, индикатор влагонасыщения		размер (см)	Использование вкладышей с фиксаторами по активный образ жизни
3.1.1			1200 1600	32x55	
3.1.2			2000 2500	36x65	
3.2	Прокладки для урологических больных для женщин. Выпускаются 5 видов различной формы	Анатомическая форма, впитывающий слой с суперабсорбентом и улучшенным верхним поглощающим покрытием, широкая клеящая полоска, незаметны и комфортны	200 800	длина (см)	
3.3	Прокладки нормал	Специальные урологические прокладки. Комфортны, незаметны, легко крепятся к нижнему белью, не повреждая его	300	27	Для защиты при легкой степени недержания мочи у женщин, ведущих активный образ жизни

					жизни
3.4.	Прокладки экстра	Специальные урологические прокладки. Комфортны, незаметны, легко крепятся к нижнему белью, не повреждая его	800	34	Для защиты при легкой степени недержания у женщин, ведущих активную жизнь
4. Фиксаторы					
4.1	Сетчатые трусы	Трикотажные бельевые изделия из пряжи и синтетических нитей с добавлением эластика		объем талии, бедер	
4.1.1	M			70-90 75-120	
4.1.2	XL			105-150 140-170	
4.1.3	L			85-110 100-140	
4.2	Фиксатор анатомических подгузников			размер универсальный	Служит для удачного подгузников при активной жизни

[Назад](#)

Приложение № 3

Форма заключения, выдаваемого медицинской организацией инвалиду,

нуждающемуся в обеспечении абсорбирующим изделием

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ О НУЖДАЕМОСТИ ИНВАЛИДА В ОБЕСПЕЧЕНИИ АБСОРБИРУЮЩИМ ИЗДЕЛИЕМ

Заключение № _____ от « ___ » _____ 200 г. к амб. карте № _____

Наименование медицинской организации _____

1. Фамилия, Имя, Отчество _____

2. Дата рождения _____

3. Место жительства, при отсутствии места жительства указывается место пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации (указываемое подчеркнуть)

4. Контактный телефон _____

5. Возраст _____

6. Пол (нужное подчеркнуть): мужской, женский

7. Данные анамнеза:

- длительность заболевания _____

- тип течения заболевания _____

- степень тяжести _____

- прогноз исхода заболевания _____

8. Данные осмотра больного (на дому или в ЛПУ):

- визуально видимое отхождение мочи _____

- следы мочи на нижнем или постельном белье _____

- реактивные или органические изменения кожных покровов _____

- перкуторное определение остаточной мочи или переполненного мочевого пузыря

- видимые противоестественные отверстия для истечения мочи _____

9. Установленный диагноз:

- наименование заболевания _____

- топика патологического процесса _____

10. Синдром – необходимо подчеркнуть (нейрогенные мочевой пузырь, недержание мочи, недержание мочи).

11. Симптом – необходимо подчеркнуть (императивные позывы, периодическое недержание мочи, постоянное недержание мочи, парадоксальная задержка мочи)

12. Степень тяжести недержания мочи – необходимо подчеркнуть (капельная, легкая, средняя, тяжелая, очень тяжелая¹).

13. Данные параклинических методов обследования (необходимо указать с изложением даты проведения соответствующей процедуры)

14. Количество мочи выделяемой в течение суток (в мл.) _____

15. Периодичность мочеиспускания и количество отделяемой мочи

16. Данные анатомофизиологического развития:

Вес _____ Объем талии _____ Объем бедер _____

Председатель

врачебной комиссии _____

(подпись) (расшифровка подписи)

Лечащий врач _____

(подпись) (расшифровка подписи)

[Назад](#)

Приложение № 4

Форма заключения, выдаваемого Главным бюро медико-социальной экспертизы (бюро медико-социальной экспертизы) инвалиду нуждающемуся в обеспечении абсорбирующим изделием

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ГЛАВНОГО БЮРО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ (БЮРО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ) О НУЖДАЕМОСТИ ИНВАЛИДА В ОБЕСПЕЧЕНИИ АБСОРБИРУЮЩИМ ИЗДЕЛИЕМ²

Заключение № _____ от «___» _____ 200 г. к акту освидетельствования № _____

Наименование федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы

1. Фамилия, Имя, Отчество _____

2. Дата рождения _____

3. Место жительства, при отсутствии места жительства указывается место пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации (указываемое подчеркнуть)

4. Контактный телефон _____

5. Возраст _____

6. Пол (нужное подчеркнуть): мужской, женский

7. Установленный диагноз _____

7.1. Синдром _____

7.2. Симптом _____

8. Степень ограничения к самообслуживанию _____

9. Степень ограничения к передвижению _____

10. Степень социальной активности _____

11. Данные анатомофизиологического развития:

Вес _____ Объем талии _____ Объем бедер _____

12. Степень тяжести недержания мочи (нужное подчеркнуть): капельная, легкая, средняя, тяжелая, очень тяжелая.

13. Количество мочи выделяемой в течение суток (в мл.) _____

14. Определение размера и впитывающей способности абсорбирующих изделий:

14.1. Для взрослых инвалидов

Окружность талии (в см)	Впитывающая способность изделия (в мл)
S – 60-80 см	800, 1300, 1500, 1700, 1800
M – 70-110 см	800, 900, 1500, 2000, 2100, 2310, 3600
L – 100-150 см	800, 1100, 1500, 2100, 2200, 2400, 2700, 4100
XL – 110-170 см	1500, 2100, 2140, 3300

14.2. Для детей-инвалидов старшего возраста

Окружность талии (в см)	Впитывающая способность изделия (в мл)
50-80 см	1580, 1840
85-125 см	1560, 1930, 2530
70-120 см	2160, 2350
100-150 см	2210, 2520

15. Обоснование заключения о необходимости обеспечения инвалида абсорбирующим изделием (с указанием типа подгузника, норматива и периодичности обеспечения)

Руководитель бюро (Главного бюро)

медико-социальной экспертизы _____

(подпись) (расшифровка подписи)

[Назад](#)

Министерство здравоохранения и социального развития

Российской Федерации

Федеральное государственное учреждение

«Федеральное бюро медико-социальной экспертизы»

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ по обеспечению

инвалидов АБСОРБИРУЮЩИМИ ИЗДЕЛИЯМИ

(предназначены для специалистов федеральных учреждений

медико-социальной экспертизы, реабилитации, лечебно-профилактических учреждений, работников Фонда социального страхования Российской Федерации и его исполнительных органов, органов социальной защиты населения субъектов Российской Федерации)

Москва – 2007

Составители:

Осадчих А.И.	– академик РАЕН, д.м.н., профессор
Пузин С.Н.	– член-кор. РАМН, д.м.н., профессор
Лаврова Д.И.	– д.м.н., профессор
Андреева О.С.	– доктор медицинских наук
Талалаева Н.Д.	– кандидат медицинских наук
Вольнец Г.В.	- доктор медицинских наук
Серов А.А.	
Матюнина Ю.В.	

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ИНВАЛИДОВ ТЕХНИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ	6
2. Анатомо-физиологические основы акта мочеиспускания	9
3. ПАТОСИНДРОМОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ КЛАССИФИКАЦИИ НАРУШЕНИЙ МОЧЕИСПУСКАНИЯ	13
4. СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-СРЕДОВЫЕ АСПЕКТЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ИНВАЛИДОВ АБСОРБИРУЮЩИМИ ИЗДЕЛИЯМИ	21
5. КЛАССИФИКАЦИЯ, ПОТРЕБИТЕЛЬСКИЕ И ЭКСПЛУАТАЦИОННЫЕ СВОЙСТВА АБСОРБИРУЮЩИХ ИЗДЕЛИЙ	25
6. КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И РЕАБИЛИТАЦИОННО-ЭКСПЕРТНЫЕ АСПЕКТЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ИНВАЛИДОВ АБСОРБИРУЮЩИМИ ИЗДЕЛИЯМИ	32
7. ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ИНВАЛИДОВ АБСОРБИРУЮЩИМИ ИЗДЕЛИЯМИ	36

Приложение № 1	41
Приложение № 2	48

ВВЕДЕНИЕ

Термин «инконтиненция», производное от латинского *incontinētia*, используется для определения проблемы, связанной с синдромом нарушения функции мочеиспускания, как следствия многих патологических состояний. К таковым могут быть отнесены болезни эндокринной системы (например, сахарный диабет), нервной системы (например, поражения спинного мозга), болезни мочеполовой системы (например, циститы), злокачественные новообразования и травмы органов малого таза, врожденные аномалии и пороки развития мочеполовой системы, психические расстройства, возрастные психосоматические изменения и т.п.

По статистике одна из четырех женщин и один из десяти мужчин страдают недержанием мочи.

Несмотря на столь представительную масштабность и структурированность проблемы инконтиненции, осознание ее актуальности и многоплановости не находит должного отражения как в общественном сознании, так и в деятельности государственных структур и специалистов соответствующих профилей.

Основной спектр усилий в решении данной проблемы находится в диапазоне клинко-диагностических и лечебных аспектов. Вместе с тем, вопросы, связанные с обеспечением возможности для людей с этим недугом вести активную бытовую, общественную и профессиональную деятельность, развиваться и реализовывать свой реабилитационный потенциал, остаются на втором плане.

Такая ситуация связана:

- с низким уровнем просвещенности населения по этой проблеме;
- недостаточным уровнем профессиональной подготовки соответствующих специалистов в сфере здравоохранения, образования и воспитания, социальной защиты;
- негативной психологической самооценкой и психологическим восприятием своего состояния и возможных перспектив разрешения различных аспектов этой проблемы, как самими инвалидами, так и окружающими;
- своеобразным феноменом «социальной закрытости» сущности и содержания проблемы и «социальной самоизоляции» ее субъектов.

В контексте современных представлений о теории медико-социальной экспертизы и реабилитации и практической деятельности соответствующей инфраструктуры на специалистов федеральных учреждений медико-социальной экспертизы и реабилитационных учреждений возложена обязанность формирования условий для реинтеграции людей с недержанием мочи в общество.

Одним из основных направлений на этом пути является обеспечение вышеуказанных категорий населения, в том числе инвалидов, техническими средствами реабилитации, позволяющими в различной степени преодолеть ограничения жизнедеятельности, связанные с наличием инконтиненции.

Возникающие при этом возможности обусловлены введением с 2005 года в Федеральный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, номенклатурных позиций, обозначенных как «абсорбирующее белье, памперсы» (п.22 Перечня). В результате резко увеличилась заявленная потребность в этих изделиях. Так, по данным Фонда социального страхования Российской Федерации, в 2005 году 174747 инвалидов, а в 2006 году - 189630 инвалидов были обеспечены памперсами. Общее число выданных изделий составило 50192756 штук.

Обеспечение инвалидов памперсами осуществляется в соответствии с индивидуальными программами реабилитации (ИПР), разрабатываемыми специалистами федеральных учреждений медико-социальной

экспертизы. Анализ их деятельности показал недостаточный уровень, как теоретической подготовки, так и практических навыков.

В связи с вышеизложенным возникла необходимость разработки методических рекомендаций, предназначенных для специалистов по вышеуказанной проблеме.

1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ИНВАЛИДОВ ТЕХНИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ

В соответствии со статьей 11.1. Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями, установленными Федеральным законом от 22 августа 2004 года № 122-ФЗ) к техническим средствам реабилитации (ТСР) относятся устройства, содержащие технические решения, в том числе специальные, используемые для компенсации или устранения стойких ограничений жизнедеятельности.

Современное понимание сущности и содержания реабилитации основывается на интерпретации ее как процесса и системы восстановления способностей человека к бытовой, общественной и профессиональной деятельности в соответствии с его реабилитационным потенциалом в условиях ограниченной свободы выбора.

Терминологическая сущность понятия «ТСР» тесно связана со смыслом и содержанием понятия «реабилитация». В обоих случаях речь идет о достижении определенной цели, обозначаемой либо как «компенсация или устранение имеющихся ограничений жизнедеятельности», либо как «восстановление способностей к различным видам деятельности». По существу речь идет о достижении «реабилитационного эффекта». Классифицировать любое техническое средство как ТСР следует лишь в случае прогнозируемой возможности расширения поля автономной (самостоятельной) деятельности инвалида. Формирование такого прогноза связано с определением «реабилитационного потенциала».

Следовательно, *исходными посылками для обеспечения инвалида ТСР* являются:

- выявление стойких ограничений жизнедеятельности,
- определение реабилитационного потенциала,
- прогноз возможности достижения предполагаемого реабилитационного эффекта.

Особенностью проблемы обеспечения инвалидов абсорбирующими изделиями является: патоморфологическая и патофизиологическая специфика их состояния, заключающаяся в феномене нарушения функции мочеиспускания (в частности, феномене «недержание мочи»); неоднозначность интерпретации термина «абсорбирующее белье» как одного из видов абсорбирующих изделий.

Если в первом случае специфика объясняется относительной сложностью объективизации «недержания мочи» при освидетельствовании пациентов в бюро медико-социальной экспертизы, то во втором случае - сопряженностью вопроса отнесения абсорбирующего изделия к ТСР с вопросом определения влияния рекомендуемого вида абсорбирующего изделия на достижение прогнозируемого реабилитационного эффекта. С этой точки зрения возникает необходимость анализа самого понятия «абсорбирующее белье». Расшифровка прилагательного «абсорбирующее» (читай: «впитывающее») не вызывает сомнений, вместе с тем существительное «белье» может использоваться в данном случае в широком (постельное и нательное) и узком (только «нательное») смысле слова.

Необходимость более четкого разграничения этих позиций связана с вопросом дифференциации таких технологических единиц, как «средства ухода и личной гигиены» и ТСР.

Очевидно, что *абсорбирующее постельное белье* (к которому могут быть отнесены простыни, пеленки, гигиенические салфетки, полотенца и т.п.) более адекватно назвать «абсорбирующие постельные принадлежности и средства личной гигиены»; оно предназначено для соблюдения гигиенических нормативов жизнедеятельности человека и фактически не расширяет его поле социально значимой деятельности, поэтому относится к средствам ухода и личной гигиены, а не к ТСР.

Что касается *абсорбирующего «нательного» белья*, то, будучи составной частью биотехнической системы «человек – изделие», оно служит решающим фактором, позволяющим ряду категорий инвалидов

осуществлять самостоятельную активную деятельность, несмотря на наличие патологических изменений в организме, т.е. является техническим средством, обеспечивающим реабилитацию инвалида.

Следует особо подчеркнуть, что номенклатурный перечень ТСП, в целом, и абсорбирующих изделий, в частности, способен обеспечить достаточно широкий диапазон автономной жизнедеятельности человека (от возможности исполнять семейно-бытовые обязанности до профессионально-производственной деятельности). Определение же самого диапазона деятельности инвалида связано с его реабилитационным потенциалом, что, в свою очередь, влияет на выбор рекомендуемого для него вида технического изделия (абсорбирующая прокладка, подгузник, кресло-стул с санитарным оснащением и т.п.). Очевидно, например, что для осуществления профессионально-производственной деятельности при синдроме «недержания мочи» легкой и средней степени выраженности адекватными изделиями будут являться абсорбирующие прокладки, уропрезерватив, вагинальный тампон, а при тяжелой степени – эти изделия должны быть другого порядка с соответствующими эксплуатационными характеристиками. При этом следует иметь в виду, что сам по себе упомянутый синдром, безусловно, указывает лишь на необходимость обеспечения инвалида соответствующими техническими изделиями ухода или реабилитации. Для объективизации решения вопроса о том, какое именно изделие из ряда существующих показано пациенту, необходима дополнительная информация как клинико-диагностического плана (нозологическая форма, причины патологического синдрома, патофизиологическая, патоморфологическая и параклиническая характеристики синдрома, адекватность причинно-следственных взаимоотношений между нозологией и синдромом), так и технико-эксплуатационного плана (уровень впитываемость влаги, длительность удержания влаги, бактерицидные, антиаллергические свойства и т.д.).

Обобщая вышеизложенное, можно сказать, что технология формирования рекомендаций относительно обеспечения инвалидов абсорбирующими изделиями предполагает наличие таких этапов, как топиконозологическая и синдромологическая диагностика, изучение социально-средовой ситуации, анализ потребительских свойств необходимого изделия.

2. **Анатомо-физиологические основы акта мочеиспускания**

В целом функция мочевыводящей системы состоит в образовании и выведении мочи, что обеспечивает выведение продуктов распада жизнедеятельности организма и регулировку водного баланса. В этом процессе важнейшая физиологическая роль принадлежит почкам, где фильтруется кровь и образуется моча. Почки участвуют в поддержании постоянства концентрации активных веществ в крови, электролитного и кислотно-щелочного баланса, экскретируют продукты белкового обмена, принимают участие в процессах метаболизма углеводов и липидов, в превращении и выделении из организма токсических веществ, в регуляции системной жидкости.

Далее образовавшаяся моча по мочеточникам поступает в мочевой пузырь, где она накапливается до возникновения позыва к мочеиспусканию.

Мочеиспускание – периодически наступающий рефлекторный акт опорожнения мочевого пузыря.

Мочевой пузырь – это полый орган, окруженный мышцами. Он расположен в нижней части брюшной полости. Внутреннее отверстие мочевого пузыря заканчивается круговой мышцей (сфинктером), которая препятствует свободному истечению мочи из мочевого пузыря.

Наружное отверстие мочевого пузыря соединяется с мочевым пузырем с помощью уретры (или мочеиспускательного канала). У женщин длина уретры составляет 3-5 см, и ее наружное отверстие располагается перед входом во влагалище, ниже клитора.

У мужчин уретра начинается от мочевого пузыря внутренним отверстием и заканчивается наружным отверстием на вершине головки полового члена. Уретра образует S-образный изгиб, и ее длина составляет 20-23 см. У мужчин уретра делится на три части: простатическую, перепончатую (мембранозную) и губчатую (пенильную). Простатический отдел проходит через предстательную железу, на задней стенке которой расположен семенной бугорок. Учитывая, что у мужчин мочеиспускательный канал выполняет две функции (вывод мочи из мочевого пузыря наружу и вывод спермы при половом акте), именно в этот отдел канала открываются семявыносящие протоки и протоки предстательной железы. Перепончатый отдел является самой узкой частью мочеиспускательного канала, которая проходит через мышцы таза. Далее начинается губчатая часть (самая длинная – около 15 см), которая окружена кавернозным телом и идет до наружного отверстия.

Весь цикл мочеиспускания можно разделить на две составляющие: фазу наполнения и фазу выделения мочи. Наполнение и опорожнение мочевого пузыря регулируется нервными клетками головного и спинного мозга. В фазе наполнения мочевой пузырь действует как резервуар, и в нем собирается моча. Во время наполнения сфинктер мочевого пузыря находится в сокращенном состоянии, обеспечивая высокое давление в мочеиспускательном канале, и препятствует истечению мочи. При мочеиспускании происходит сокращение мышечного слоя мочевого пузыря, одновременно наступает расслабление сфинктера и уменьшение сопротивления току мочи в мочеиспускательном канале.

В осуществлении мочеиспускания основное участие принимают гладкие мышцы мочевого пузыря и мочеиспускательного канала; поперечнополосатые мышцы наружного сфинктера и брюшного пресса имеют меньшее значение. Функция указанных мышц координируется нервной системой.

Гладким мышцам мочевого пузыря присущи автономные свойства сохранения тонуса и аккомодации к поступающей в полость пузыря моче. Это создает постоянство внутрипузырного давления на уровне, не препятствующем опорожнению верхних мочевых путей. Внутренний сфинктер мочевого пузыря, мышечный слой заднего отдела мочеиспускательного канала у мужчин и всего канала у женщин являются продолжением гладких мышц стенки пузыря. Это определяет их функцию. Удержание мочи внутренним сфинктером есть проявление автономного, не зависящего от нервной системы, тонуса, присущего гладким мышцам мочевого пузыря. Раскрытие шейки пузыря во время мочеиспускания возникает не от расслабления внутреннего сфинктера, а в связи с сокращением пузыря.

Роль наружного сфинктера в удержании мочи обнаруживается лишь при чрезмерном наполнении пузыря или нарушении внутреннего его жома (при простатэктомии). Сокращение наружного сфинктера может быстро (в 1--2 сек.) прервать мочеиспускание, тогда как силой пузырной мышцы (детрузора) это достигается за 10-15 сек. Мышцы брюшного пресса участвуют в акте мочеиспускания в случае ослабления сократительной способности мышц мочевого пузыря.

Регулирующая роль нервной системы в акте мочеиспускания осуществляется рядом рефлексов. При наполнении мочевого пузыря (300-350 мл) вследствие растяжения его стенок происходит раздражение заложенных в них механорецепторов. В чувствительных волокнах тазовых нервов возникают афферентные импульсы, которые поступают в спинальные центры мочеиспускания. Из бокового рога сегментов S II-SIV по тазовым нервам эфферентные импульсы возвращаются к мышце мочевого пузыря. Сокращение мышц дна пузыря и шейки приводит к укорочению и открытию последней. Мочевой пузырь приобретает шаровую форму и силой всей мускулатуры создает давление (до 60 см водного столба), достаточное для его опорожнения. К этому времени от моторных нейронов переднего рога SII-SIV через срамные нервы передается импульс, расслабляющий наружный сфинктер. Моча, поступающая в мочеиспускательный канал, является дополнительным рефлекторным возбудителем, способствующим завершению акта мочеиспускания. Затем закрывается внешний сфинктер, а прекращение сокращения пузырной мышцы ведет к удлинению и смыканию шейки пузыря. Двигательные нервы мочевого пузыря относятся к парасимпатической нервной системе. Симпатическая иннервация, выполняя в отношении пузыря трофические функции, практически у здорового человека не влияет на акт мочеиспускания.

На уровне III, IV и V крестцовых сегментов в сером веществе расположены спинномозговые центры мочеиспускания и дефекации – *seNetrum vesico-spiNeale* и *aNeo-spiNeale*. Рефлекторная деятельность их в норме у взрослого человека регулируется до известной степени корой головного мозга через посредство путей, проходящих в боковых столбах спинного мозга, рядом с пирамидными пучками. Кортикальная иннервация названных центров - двухсторонняя; при одностороннем поражении бокового столба связи с корой сохраняются, и расстройства мочеиспускания и дефекации не наблюдаются. Необходимо поражение обоих боковых столбов, чтобы развились так называемые центральные расстройства мочеиспускания и дефекации.

Мочевой пузырь должен опорожняться регулярно, приблизительно каждые 3-4 часа в течение дня. Количество мочеиспусканий в сутки зависит от различных причин, таких, как климатические условия, водно-питьевой режим человека, физиологическая активность и объем мочевого пузыря.

Дневной диурез (суточное количество мочи) у взрослых в норме составляет 1500-2000 мл, у детей он зависит от возраста ребенка: 1 неделя – 250 мл, 1 месяц – 320 мл, 12 месяцев – 450 мл, 2-5 лет – 520 мл, 5-8 лет – 700 мл, 8-11 лет – 850 мл, 11-15 лет – 1100 мл. Нормальная емкость мочевого пузыря у взрослых составляет от 250 до 600 мл, при патологических состояниях количество мочи может достигать нескольких литров.

3. ПАТОСИНДРОМОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ КЛАССИФИКАЦИИ НАРУШЕНИЙ МОЧЕИСПУСКАНИЯ

Недержание мочи – непроизвольное истечение мочи без позыва на мочеиспускание.

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 недержания мочи выражается так называемыми императивными позывами на мочеиспускание. В таких случаях при наличии позыва больной не может на длительный срок задержать опорожнение пузыря.

Причины недержания 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 систем;
- к четвертой группе недержания 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.

Существует множество болезней, при которых может развиваться недержание мочи:

врожденные пороки, повреждения либо заболевания головного, спинного мозга, экстра- и интрамуральных проводящих путей мочевого пузыря (Приложение № 1). Нарушения мочеиспускания при этом различны по форме и интенсивности в зависимости от локализации, тяжести и продолжительности повреждений нервной системы.

Основными видами болезней, приводящих к нарушению функций мочеиспускания и дефекации, 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 внутримозговой травмы; последствия травмы спинного мозга; опухоли спинного*

мозга; токсическая энцефалопатия, миелопатия; наследственные, дегенеративные нервно-мышечные заболевания и др.;

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; надлобковые поясничные почечно-лоханочные свищи, созданные оперативным путем; врожденные уретро-ректальные свищи;

гиперрефлекторный нейрогенный мочевой пузырь;

длительные коматозные состояния, сопровождающиеся непроизвольным мочеиспусканием, а иногда задержкой мочи, требующей катетеризации; эпилептические припадки и др.

Одной из частых причин недержания мочи является *двустороннее поражение спинного мозга*, которое, как правило, сопровождается расстройством акта мочеиспускания. При локализации очага выше поясничного отдела спинного мозга в первое время, когда угнетаются все рефлекторные функции спинного мозга, наступает задержка мочи. Мочевой пузырь, растягиваясь при задержке до огромных размеров, может разорваться, если не выпускать мочу катетером. Больной в этих случаях не чувствует ни позыва, ни прохождения мочи по каналу, ни вводимого катетера. Он не может воздействовать на мочеиспускание. С течением времени в расторможенных сегментах спинного мозга наступает повышенная рефлекторная возбудимость, и задержка мочи сменяется ее недержанием по мере накопления небольших порций мочи (меньших, чем в норме; в норме 300-350 мл вызывают позыв на мочеиспускание). Это так называемое *перемежающееся недержание*. В более легких случаях больной чувствует позыв, но должен тут же опорожнить пузырь, так как в противном случае это произойдет помимо его воли (*императивные позывы*).

В случаях локализации очага поражения в крестцовых отделах спинного мозга или в области конского хвоста нарушается рефлекторная дуга, наступает периферический паралич мышц детрузора и сфинктеров с их стойким расслаблением. Наблюдается постоянное недержание мочи, когда она по мере поступления по мочеточникам в пузырь тут же выливается по каплям. При этом всегда имеется остаточная моча. Иногда шейка мочевого пузыря сохраняет эластичность и противодействует давлению мочи, которая, накопившись в большом количестве, уже начинает непроизвольно выделяться по каплям. В этих случаях парадоксальной задержки мочи (*ischuria paradoxa*) необходима катетеризация, так же как и в случаях полной задержки мочи из-за анестезии слизистой мочевого пузыря или спазма сфинктера.

Симптомы поражения на уровне С1-4: спастическая тетраплегия или тетрапарез; выпадение по проводниковому типу всех видов чувствительности книзу от уровня поражения; возможны боли корешкового характера в шее и затылке; часто – отек ствола головного мозга с потерей сознания, сердечно-сосудистыми нарушениями (брадикардия, артериальная гипотония), с расстройством терморегуляции и дыхания (учащенное, хрипящее, периодическое типа Biott или CheiNee-Stokes, одышка, икота), задержка или недержание мочи и кала.

При поражении на уровне С5-7: вялый паралич рук, спастический – ног; выпадение всех видов чувствительности книзу от очага поражения; корешковые боли в руках; выпадение рефлексов на руках; появление патологических стопных рефлексов; синдром HorNøer-Claude BerNøhard; возможны «твердые» отеки ног, возможны ствольные (бульбарные) расстройства, брадикардия, снижение АД и температуры тела, быстрое развитие пролежней; расстройство функции тазовых органов.

Симптомы поражения центрального отдела шейного отдела: тетрапарез; выпадение болевой и температурной чувствительности; синдром острого переднего медуллярного расстройства (острая тетраплегия с гипестезией и гипоальгезией ниже уровня поражения, но с сохранением глубокой проприоцептивной чувствительности, расстройство сфинктеров).

Симптомы поражения на уровне С5-T2: периферический паралич рук и спастический – ног; выпадение всех видов чувствительности ниже очага поражения; боли в руках; синдром HorNøer; нарушение функции тазовых органов по центральному типу.

Симптомы поражения на уровне T2-T7: преходящие (в течение нескольких дней) вялые параличи или парезы рук, стойкие спастические – ног; вегетативные расстройства (корешковые боли опоясывающего характера, парестезия, снижение мышечной силы, полоса гипостезии или параанестезии, тазовые нарушения).

Симптомы поражения на уровне T2-12: центральный паралич ног; утрата всех видов чувствительности книзу от поражения; корешковые боли опоясывающего типа; выпячивание брюшной стенки; одышка (из-за паралича межреберных мышц).

Симптомы поражения на уровне T8-12: паралич или парезы ног; расстройства чувствительности книзу от уровня поражения; исчезновение брюшных рефлексов; нарушения функций тазовых органов по центральному типу.

Симптомы поражения на уровне L1-S2: периферический паралич ног (особенно проксимальных отделов); анестезия ног и промежности; боли в ногах; половые расстройства; выпадение коленных и ахилловых рефлексов; нарушение мочеиспускания и дефекации.

Симптомы поражения на уровне эпиконуса, или L4-S2 (синдром Минора): диссоциированное расстройство чувствительности в соответствующих сегментах (по наружным поверхностям голени и бедер, в промежности, по типу «рейтуз»; острое развитие паралича дистальных отделов ног; задержка или недержание (по типу парадоксальной ишурии) мочи и дефекации.

Симптомы поражения на уровне конуса S2-5: анестезия и парестезия в аногенитальной области по типу «плавок или брюк наездника», «седла или рейтуз» (иногда диссоциированного характера); половые расстройства; выпадение анального рефлекса; трофические расстройства в области крестца; боли корешкового типа в перинатальной и ягодичной областях, а также в области половых органов; тяжелые расстройства функции тазовых органов по периферическому типу (истинное недержание мочи и кала).

Симптомы поражения на уровне эпиконуса и конуса: (сочетанное поражение): вялый паралич дистальных отделов ног с выпадением ахилловых рефлексов и рефлекса с сухожилия двуглавой мышцы; паретические явления в ягодичных мышцах и в сгибателях голени; параанестезия до уровня L4: тазовые расстройства.

Симптомы поражения на уровне конусного хвоста L2-S5 (синдром Раздольского): трофические и вазомоторные расстройства; импотенция; нарушение чувствительности в зонах иннервации крестцовых сегментов, отсутствие рефлекторных и двигательных нарушений на ногах, тазовые расстройства.

Симптомы поражения боковых канатиков: диффузное снижение мышечной силы (преимущественно в дистальных отделах); утрата способности к произвольным движениям; выпадение брюшных рефлексов (в том числе и кремастерного); патологические стигмы и клонусы (коленной чашечки, стопы); спастичность мышц и походки; нейрогенный мочевого пузыря.

Симптомы поражения всего поперечника спинного мозга: тетраплегия (при поражении ниже шейного утолщения); нижняя параплегия (при поражении грудного и поясничного отделов); утрата всех видов чувствительности проводникового типа на 2-3 сегмента ниже очага; нарушение функции тазовых органов центрального типа.

Нейрогенный мочевого пузыря – синдром, объединяющий расстройства мочеиспускания, возникающие при поражении нервных путей и центров, иннервирующих мочевого пузыря 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 функции. 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 опорожнительная функция осуществляется 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.

Этиологические факторы нейрогенного мочевого пузыря:

- врожденные дефекты терминального отдела позвоночника и спинного мозга с незаращением дужек позвонков, спинномозговыми грыжами, врожденным недоразвитием мышц мочевого пузыря и его интрамуральных ганглиев;
- травма позвоночника и спинного мозга, повреждения периферических нервов во время операций на тазовых органах и при патологических родах;

- воспалительно-дегенеративные заболевания головного и спинного мозга (менингомиелит, синингомиелия, рассеянный склероз);
- опухоли позвоночника и спинного мозга;
- поражения интрамуральных ганглиев мочевого пузыря при обструктивных уропатиях;
- диабетические, алкогольные, постдифтерийные полиневриты с преимущественным поражением тазовых висцеральных нервов.

Неудержание мочи. Непроизвольное выделение мочи из мочевого пузыря в результате императивного, неудержимого позыва на мочеиспускание (в отличие от недержания мочи, при котором моча произвольно выделяется без позыва). Неудержание мочи вызывается патологическими процессами в мочевом пузыре, особенно при поражении его шейки: воспалительными заболеваниями (острый и хронический цистит, туберкулез мочевого пузыря), опухолью мочевого пузыря, аденомой или раком предстательной железы. При этих заболеваниях уменьшается физиологическая емкость мочевого пузыря, снижается порог его раздражения. В связи с этим даже небольшое количество скопившейся в пузыре мочи вызывает настолько сильное спазматическое его сокращение, что, несмотря на все усилия воли, больной не в состоянии удержать мочу.

Общепринятой является **классификация недержания мочи по степени тяжести** (в зависимости от количества мочи в мл, выделяемой в течение 4-х часов):

- капельная – до 50 мл;
- легкая – 50-100 мл;
- средняя – 101-200 мл;
- тяжелая – 201-300 мл;
- очень тяжелая – более 300 мл.

Выбор технических средств реабилитации для инвалидов с недержанием мочи во многом зависит от тяжести заболевания или травмы и степени недержания мочи.

4. СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-СРЕДОВЫЕ АСПЕКТЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ИНВАЛИДОВ АБСОРБИРУЮЩИМИ ИЗДЕЛИЯМИ

Помимо клинко-диагностических и патофизиологических данных, для выбора необходимых инвалидам абсорбирующих изделий важное значение имеют и такие социально-демографические характеристики, как пол, возраст, а также такие социально-средовые характеристики, как способность к самостоятельной бытовой, общественной, профессиональной деятельности, микросоциальное окружение.

Анатомические особенности мужских и женских органов малого таза определяют вид рекомендуемых изделий (например, различные виды урологических прокладок для женщин и мужчин). Пол пациентов в определенной мере обуславливает и особенности патогенеза недержания мочи. Известно, что недостаточность сфинктера мочевого пузыря и ослабление тонуса детрузора, как причины инконтиненции, встречаются у многорожавших женщин. То же самое можно сказать и относительно недостаточности мышц тазового дна у женщин. У мужчин причиной недержания мочи могут быть обструктивные заболевания уретры, а также аденома простаты.

В этих случаях имеющееся сужение уретры вынуждает больного постоянно сильно напрягаться во время мочеиспускания, что ведет к расширению проксимальной части уретры (т.н. застриктурное пространство) и расслаблению сфинктера, в результате чего возникает «капельное» недержание мочи после каждого акта мочеиспускания до тех пор, пока не «откапает» вся моча, скопившаяся за стриктурой.

Недержание мочи при врожденных или приобретенных анатомических дефектах (т.н. ложное недержание мочи) тоже имеет половые различия. К врожденным патологическим состояниям такого рода относится эктопия устья мочеточника в мочеиспускательный канал у мужчин или во влагалище у женщин.

Причинами образования приобретенных свищей являются травмы, прорывы гнояников, прорастание опухолей из других органов, хирургическая конструкция свища при длительной задержке мочи. Однако и в этих случаях имеется половая специфика. Так, для эктопии одного мочеточника и одностороннего мочеточниково-влагалищного свища характерно сочетание недержания мочи с нормальным актом мочеиспускания, а для пузырно-влагалищного свища, за исключением точечного – полное недержание мочи. Свищи могут возникнуть также после затяжных родов, когда происходит длительное сдавливание мочевого пузыря с развитием некроза его стенки и образованием свища.

Недержание мочи имеет и возрастные особенности. У детей недержание мочи наблюдается при патологических изменениях транспорта веществ в канальцах почек и полиурии, а также при нарушениях метаболизма, выражающихся в повышенном образовании и выделении с мочой солей (уратов, оксалатов, фосфатов). 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.

Причинные факторы нарушения мочеиспускания у детей и взрослых различны.

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.

У взрослых преобладающими причинными факторами нарушения мочеиспускания являются вторичные изменения нервно-мышечного аппарата мочевого пузыря, связанные с травмами, воспалительными процессами, гормональными расстройствами, интоксикациями, а также обструктивные заболевания уретры у мужчин и недостаточность мышц тазового дна у женщин.

В пожилом и старческом возрасте недержание мочи может быть связано с ослаблением тонуса мышц сфинктеров или нарушением иннервации склеротического происхождения. В климактерическом периоде у женщин наступает атрофия мышечных элементов мочевого пузыря и уретры и замена их соединительной тканью с нарушением эластичности и возникновением неполного смыкания уретры и ее сфинктера. Кроме того, атрофируются и ослабляются мышцы таза.

У старых женщин недержанию мочи способствует пролапс стенок влагалища с образованием цистоцеле - опущения задней стенки мочевого пузыря.

У мужчин преимущественно пожилого возраста при III стадии аденомы простаты при переполненном мочевом пузыре может наблюдаться т.н. парадоксальная ишурия.

Вышеизложенные возрастно-половые особенности нарушения мочеиспускания являются прямыми или косвенными индикаторами объективизации феномена «недержание мочи», без чего невозможно в принципе принимать решение о необходимости обеспечения пациента абсорбирующими изделиями.

Дальнейшие более детальные рекомендации по этому поводу требуют совокупного анализа клинико-функциональных данных о тяжести заболевания и степени недержания мочи, а также и таких социальных факторов, как уровень бытовой, общественной, профессионально-производственной активности больного, особенности его социально-средовой ситуации.

Очевидно, что сама по себе профессиональная деятельность больных с нарушением мочеиспускания при условии обязательного нахождения на рабочем месте в течение рабочей смены определяет необходимость использования таких видов абсорбирующих изделий, эксплуатационные характеристики которых позволяют исполнять надлежащие профессионально-производственные требования (абсорбирующие прокладки, вагинальные тампоны – при легкой степени недержания мочи, подгузники – при средней или тяжелой степени недержания мочи). При этом альтернативой применения подгузников является использование других видов технических средств реабилитации (например, ножные мешки для сбора мочи).

То же самое можно сказать и о больных, способных к активной общественной деятельности. Различия в технологии принятия решения о выборе рекомендуемых абсорбирующих изделий для перечисленных категорий пациентов будут определяться степенью автономности их жизнедеятельности и условиями исполнения соответствующих требований профессиональной, общественной или бытовой деятельности.

Своя специфика есть и в обеспечении абсорбирующими изделиями школьников, студентов.

В случаях, связанных с осуществлением самостоятельной общественной деятельности, в зависимости от ее содержания, кратности, одномоментной продолжительности, могут быть использованы такие абсорбирующие изделия, как урологические прокладки, вагинальные тампоны. При средней или тяжелой степени недержания мочи альтернативой абсорбирующим изделиям могут служить уропрезервативы и ножные мешки для сбора мочи.

Если же речь идет о больных с нарушением мочеиспускания, требующих постороннего ухода или надзора, то следует рассматривать варианты использования как абсорбирующих изделий (пеленки, простыни), так и иных средств ухода и соблюдения гигиенических правил (уропрезерватив, мешки для сбора мочи, катетеры и др.).

Выбор рекомендуемого изделия во многом определяется также и особенностями микросоциального окружения. Возможности последнего в свою очередь зависят от бюджета свободного времени и овладения навыками и умениями в использовании рекомендуемого изделия.

Если, например, больной находится под наблюдением и получает помощь от медицинского персонала в условиях стационарного учреждения, то выбор рекомендуемого изделия во многом сопряжен с неукоснительными обязанностями по обеспечению санитарно-гигиенических требований пребывания в данном учреждении.

Таким образом, принимая решение о рекомендуемом абсорбирующем изделии, необходимо учитывать и условия осуществляемой или прогнозируемой деятельности.

5. КЛАССИФИКАЦИЯ, ЭКСПЛУАТАЦИОННЫЕ И СВОЙСТВА ПОТРЕБИТЕЛЬСКИЕ И АБСОРБИРУЮЩИХ ИЗДЕЛИЙ

К абсорбирующим изделиям относятся:

- *абсорбирующее белье (простыни и пеленки);*
- *прокладки абсорбирующие (для мужчин и женщин);*
- *подгузники (памперсы) для взрослых и детей.*

Абсорбирующие изделия, в зависимости от возможности с их помощью достичь необходимого результата, можно разделить **на две категории**.

К первой следует отнести те из них, которые обеспечивают определенную степень автономности в деятельности человека с нарушением мочеиспускания. Т.е. речь идет об обеспечении условий для реализации имеющихся потенциальных способностей к профессионально-производственной, общественной или бытовой деятельности. Эта категория изделий относится к техническим средствам реабилитации. Таковыми являются урологические прокладки, урологические вкладыши, подгузники (памперсы) для взрослых и для детей.

Ко второй категории абсорбирующих изделий относятся впитывающие пеленки и простыни (абсорбирующее белье). Эти изделия предназначены для дополнительной защиты постельного белья и обеспечения санитарно-гигиенических условий для больных с нарушением мочеиспускания, находящихся на постельном режиме (в стационарных учреждениях социальной защиты, учреждениях здравоохранения, образования, на дому). В данном случае речь идет о процедуре ухода и наблюдения за больными, в связи с чем указанные изделия классифицируются как «средства ухода».

Потребительские и эксплуатационные свойства абсорбирующих изделий

Абсорбирующее белье (простыни и пеленки) предназначено для: соблюдения правил личной гигиены; профилактики пролежней; избавления от психологического напряжения и чувства дискомфорта лежащих больных; защиты постельного белья и мебели; защиты постели, сиденья при проведении манипуляций

различной степени сложности и длительности или при подборе необходимого по размеру и впитываемости подгузника (памперса). Абсорбирующее белье обеспечивает сухость кожи и препятствует размножению болезненных микробов.

Пеленка (абсорбирующая) представляет собой изделие, впитывающим слоем которого является многослойная (6 слоев и 12 слоев) прессованная целлюлоза; нижним слоем – не пропускающая влагу не скользящая пеленка; верхним слоем служит мягкий нетканый материал. Технические характеристики: размеры – 40x60 (см); 60x60 (см); 90x60 (см); впитывающая способность: при размере 40x60 (см) – средняя (350 – 525, 550, 650 мл) и высокая (750 мл); при размере 60x60 (см) – средняя (250, 350, 850, 1000, 1050 мл) и высокая (1100, 1125, 1300, 1400, 2100 мл); при размере 90x60 (см) – средняя (650, 1050, 1350, 1525 мл) и высокая (1550 мл).

Простынь (абсорбирующая) представляет собой многослойное изделие, впитывающим слоем которого является абсорбент (распушенная целлюлоза), который позволяет впитанной жидкости равномерно распределяться по всей площади изделия. Нижний слой простыни выполнен из полипропилена, верхний слой – из тонкого нетканого материала, подобного текстилю. Технические характеристики: размеры простыни – 60x60; 60x90 (см); впитывающая способность простыни: при размере 60x60 (см) – от 800 до 1285 (мл); 60x90 (см) – от 1200 до 1900 (мл).

Прокладки абсорбирующие предназначены для мужчин и женщин с легкой и средней степенью недержания мочи.

Абсорбирующие прокладки для мужчин (урологические вкладыши) имеют определенную форму (с карманчиком); состоят из 3-х основных компонентов: впитывающего слоя из мягких натуральных волокон, благодаря которым прокладка удобна и воздухопроницаема, быстро впитывает мочу, оставляя кожу сухой; суперабсорбирующего порошка, находящегося внутри прокладки, который превращает мочу в гель, удерживая количество мочи, в 50 раз превышающее его собственный вес; стабилизирующих волокон, которые образуют резистентную к влаге внутреннюю структуру, позволяющую прокладке сохранять свою форму. Благодаря трехкомпонентной структуре моча равномерно распределяется по всей абсорбирующей поверхности прокладки. Тонкая и небольшая по размеру прокладка для мужчин отличается высокими абсорбирующими свойствами. Она незаметна, а мягкий нетканый материал, непосредственно соприкасающийся с кожей, впитывает влагу и создает чувство комфорта. Тонкая защитная пленка на нижней поверхности прокладки обеспечивает дополнительную защиту от протекания. Прокладка для мужчин может иметь два размера: один – для пениса, а другой – для пениса и мошонки. Последний особенно удобен для мужчин с втянутым пенисом. Клеящаяся полоска позволяет закрепить прокладку на обычных трусах. Прокладку можно также использовать с сетчатыми трусами. Рядом производителей выпускаются впитывающие прокладки для пениса, которые впитывают 80 мл, впитывающие прокладки для пениса и мошонки – 100 мл мочи; другие производители выпускают прокладки для мужчин (нормаль, экстра и икс-плюс) с впитываемостью 150, 300 и 600 мл.

При средних и тяжелых формах недержания мочи для больных, ведущих активный образ жизни, рекомендуются т.н. «анатомические урологические вкладыши» в комплекте с удерживающими их эластичными трусиками. По конструктивным особенностям разделяют два типоразмера вкладышей: нормаль и «уни» (32x55 см) и «макси» и «плюс» (36x65 см). При одинаковых типоразмерах имеются различия по объемам впитываемости влаги за счет разного количества абсорбента: «нормаль» - 1200 мл; «уни» - 1650 мл; «макси» - 2000 мл; «плюс» - 2500 мл.

Абсорбирующие прокладки для женщин сделаны из пористого волокнистого, суперабсорбирующего материала. Прокладки являются многоканальными и перераспределяют мочу по всей поверхности, они содержат порошок, который после абсорбции мочи превращается в гель, поэтому моча не вытекает и не просачивается. Прокладки остаются сухими и не раздражают кожу, обеспечивают чистоту и комфорт, мягкие и нейтрализуют неприятный запах мочи. На прокладках есть адгезивная полоска для крепления и обеспечения большей надежности. Абсорбирующая прокладка для женщин впитывает 90-150 мл, рядом производителей выпускаются прокладки для женщин с впитываемостью от 200 до 800 мл мочи.

Абсорбирующие прокладки как для мужчин, так и для женщин используются при легкой и средней степени недержания мочи, отличаются размерами (нормаль, медиум, плюс, супер, экстра), имеют впитывающую способность 800, 1200, 1400, 2000, 2900 мл.

Технические особенности перечисленных категорий урологических прокладок заключаются в том, что «мини» имеют продольные тиснения, защищающие от протекания, «нормаль», наряду с продольными тиснениями, имеют на внутренней стороне барьерный нетканый материал, а снаружи – клеящую полоску. Прокладки «экстра», в дополнение к тому, что имеется у прокладок «мини» и «нормаль», имеют по всему контуру специальные резиночки и оборочки, обеспечивающие плотное прилегание изделия к коже.

Сетчатые многоцветные трусы используются для удержания прокладок, существуют размеры трусов S, M, L, XL.

Подгузники (памперсы) – специальные изделия, которые используются при тяжелых и очень тяжелых степенях недержания мочи.

Применяется для: соблюдения правил личной гигиены; профилактики пролежней; избавления от психологического напряжения и чувства дискомфорта у больных с недержанием мочи и кала (обездвиженных, малоподвижных больных и у лиц с частичной потерей активности).

Подгузник (памперс) является многослойным изделием. Внешний «дышащий» слой подгузника выполнен из влагонепроницаемого материала – специального полиэтилена, который не дает возможности проникновения 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 впитываемости 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 больного: четыре двойные застежки-липучки многократного использования позволяют идеально подогнать подгузник под анатомические особенности любого пациента. Впитываемость 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. Форма подгузника соответствует развертке нижней части торса тела человека с дополнительным увеличением площади на запах боковых частей. Подгузник может иметь индикатор влагонасыщения, который является маркировкой изделия, он исчезает полностью при максимальном наполнении.

Выбор подгузника (памперса) является строго индивидуальным; он зависит от тяжести состояния больного и степени недержания, возраста, веса, телосложения больного, степени его активности, способности к самостоятельной бытовой, общественной, профессиональной деятельности.

Правильно подобранный подгузник должен плотно облегать тело человека, не провисать и не смещаться при его движении. От этого зависит эффективность и надежность использования подгузника.

По своим конструктивно-техническим характеристикам памперсы разделяются на «дышащие» (т.е. пропускающие воздух и водяные пары) и «не дышащие» (т.е. не обладающие такими свойствами). Указанное достоинство «дышащих» памперсов обеспечивается наличием на их внешней поверхности специального ламината.

По объемам впитываемой влаги эти изделия подразделяются на три класса: дневные; ночные; 12-ти часовые.

«Дышащие» памперсы для дневного использования (т.е. со сроком использования до 8 часов) предлагаются в пяти размерах и предназначены для пациентов ведущих активный образ жизни.

«Ночные» памперсы обладают более высокой впитываемостью по сравнению с «дневными».

«Дышащие» 12-ти часовые памперсы обладают самой высокой впитываемостью влаги и предназначены в основном для больных с выраженной степенью недержания мочи и для больных принимающих большое количество исключительно жирной пищи (например, при кормлении искусственной пищей через зонд). Эти изделия выпускаются в четырех размерах (S, M, L, XL).

В отличие от «дышащих» изделий «не дышащие» памперсы не содержат латекса, а их внешний слой состоит из водонепроницаемой пленки. Они аналогичным образом (как и «дышащие» памперсы) подразделяются на «дневные», «ночные» и «12-ти часовые» и имеют четыре размерные модификации, а также четыре уровня впитываемости влаги.

Подгузники имеют различные размеры для взрослых и для детей.

Подгузники для взрослых имеют следующие типоразмеры и степень впитываемости:

- малый размер (S, small), рассчитанный на объем талии от 60 см до 75 см; может иметь различную впитывающую способность – до 800 мл, 1300, 1500, 1700, 1800 мл;
- средний размер (M, medium), рассчитанный на объем талии от 75 см до 90 см; может иметь различную впитывающую способность – 800, 900, 1500, 2000, 2100, 2310, 3600 мл;

- большой размер (L, large), рассчитанный на объем талии от 90 см до 115 см; может иметь различную впитывающую способность – 800, 1100, 1500, 2100, 2200, 2400, 2700, 4100 мл;
- очень большой размер (XL, extra large), рассчитанный на объем талии от 115 см до 170 см; может иметь различную впитывающую способность – 1500, 2100, 2140, 3300 мл.

Подгузники для детей имеют следующие типоразмеры и впитываемость:

- вес ребенка 2 – 4 кг, впитываемость – 515 мл;
- вес ребенка 3 – 5 кг, впитываемость – 625 мл;
- вес ребенка 5 – 8 кг, впитываемость – 787 мл;
- вес ребенка 7 – 16 кг, впитываемость – 931 мл;
- вес ребенка 10 – 16 кг или 9 – 18 кг, впитываемость – 1005 мл;
- вес ребенка 11 – 25 кг, впитываемость – 1068 мл;
- вес ребенка 15 – 30 кг, впитываемость – 1324 мл.

Для детей старшего возраста:

- объем талии 70 – 120 см, впитываемость – 2160, 2350 мл;
- объем талии 50 – 80 см, впитываемость – 1580, 1840 мл;
- объем талии 85 – 125 см, впитываемость – 1560, 1930, 2530 мл;
- объем талии 100 – 150 см, впитываемость – 2210, 2520 мл.

При выборе рекомендуемых пациентам тех или иных подгузников следует обращать особое внимание на соотношение объемов суточного диуреза и объемов впитываемой влаги данным изделием (Приложение № 2). Эффективность использования данного критерия иллюстрируется следующим образом. Известно, что в среднем за сутки выделяется около 1500 мл мочи. При впитывающей способности памперса например около 3000 мл, это эксплуатационное достоинство изделия не будет использовано в полной мере, т.к. в целях личной гигиены замена памперса должна производиться 2 раза в сутки.

6. КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И РЕАБИЛИТАЦИОННО-ЭКСПЕРТНЫЕ АСПЕКТЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ИНВАЛИДОВ АБСОРБИРУЮЩИМИ ИЗДЕЛИЯМИ

Обеспечение инвалидов абсорбирующими изделиями осуществляется в соответствии с индивидуальной программой реабилитации (ИПР), разрабатываемой специалистами федеральных учреждений медико-социальной экспертизы.

Принятие решения по обеспечению инвалидов абсорбирующими изделиями может осуществляться как по результатам очного обследования больного, так и по данным анализа представленной документации (т.н. заочное освидетельствование).

И в том и в другом случае главными задачами являются:

- объективизация наличия патологии и степени ее выраженности;
- определение формы и уровня социальной активности пациента;
- определение (с учетом результатов решения вышеуказанных задач) показанных видов абсорбирующих изделий и нормативов 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.

Выбор вида абсорбирующего изделия или других видов технических средств реабилитации, обеспечивающих коррекцию недержания мочи, зависит также от типа и степени недержания мочи (табл. 1, 2, 3; приложение № 3).

Таблица 1

Выбор вида абсорбирующего изделия для инвалидов с недержанием мочи при полном опорожнении мочевого пузыря

Тип недержания мочи	Технические средства реабилитации
Стрессовое недержание мочи (при кашле, смехе, прыжках, беге и т.д.)	Уропрезерватив с пластырем, самофиксирующийся уропрезерватив, прокладки абсорбирующие
Недержание мочи при позывах (травма, рак мочевого пузыря, болезнь Паркинсона, паралич, у женщин в менопаузу)	Уропрезерватив с пластырем, самофиксирующийся уропрезерватив, подгузники

Таблица 2

Выбор вида абсорбирующего изделия для инвалидов с недержанием мочи

при неполном опорожнении мочевого пузыря

Тип недержания мочи	Технические средства реабилитации
Недержание мочи в виде капель	Прокладки абсорбирующие
Рефлекторное недержание мочи (повреждение спинного мозга)	Уропрезерватив с пластырем, самофиксирующийся уропрезерватив, ножные мешки сбора мочи, прокладки абсорбирующие, подгузники

Таблица 3

Выбор вида абсорбирующего изделия для инвалидов с недержанием мочи в зависимости от тяжести заболевания или травмы и степени недержания мочи

Степень недержания мочи	Количество мочи	Технические средства реабилитации
Легкая степень	Менее 100 мл мочи в течение 4 часов	Прокладки абсорбирующие, уропрезерватив с пластырем, самофиксирующийся уропрезерватив, вагинальные тампоны
Средняя степень	200 мл мочи в течение 4 часов	Уропрезерватив с пластырем, самофиксирующийся уропрезерватив, ножные мешки сбора мочи, подгузники
Тяжелая степень	300 мл мочи и более в течение 4 часов	Уропрезерватив, ножные мешки сбора мочи, подгузники

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

Примерная информационная схема взаимоотношений между нозологией, синдромами, симптомами, данными клинических и параклинических методов обследования приведена в приложении № 1.

Таким образом, располагая информацией о наличии болезни, синдрома, симптомов (клинических и параклинических), подтверждающих нарушение функции мочеиспускания, специалист делает вывод о существующей в принципе потребности в обеспечении пациента абсорбирующими изделиями.

Для принятия решения о конкретном, наиболее адекватном изделии (с точки зрения обеспечения условий для осуществления самостоятельной бытовой, общественной или профессиональной деятельности) необходимо располагать информацией о форме и уровне социальной активности (о содержании, характере, условиях осуществляемой деятельности).

Располагая вышеуказанной информацией, специалист формирует свое представление о масштабах, степени свободы и факторах осуществляемой пациентом деятельности. Это позволяет очертить рекомендуемый перечень показанных абсорбирующих изделий. Например, различные социально-средовые ситуации для инвалидов, обучающихся в высшем учебном заведении в очной или заочной форме, определяют и особенности выбора видов рекомендуемых абсорбирующих изделий.

Подтверждением социальной активности пациента является заключение специалистов федерального учреждения МСЭ (в случае семейно-бытовой деятельности) на основе очного или заочного освидетельствования, официальной информации от общественных организаций (в случае общественной деятельности), информации от предприятия или учреждения (в случае профессиональной деятельности или посещений учебного заведения).

В случаях общественной или профессиональной деятельности, учебного процесса помимо подтверждения самого факта занятости на производстве или в учебном заведении, необходимо располагать данными о периодичности, продолжительности и условиях трудового или учебного процесса.

Исходным моментом для рассмотрения вопроса об обеспечении инвалида абсорбирующими изделиями является письменное заявление, представленное им лично или его законным представителем.

Решение о наличии объективных медицинских показаний для обеспечения инвалида абсорбирующими изделиями принимается на основе анализа выписки из истории болезни или из амбулаторной карты и очного обследования пациента специалистами бюро медико-социальной экспертизы. В указанных документах, заверенных лечащим врачом и заведующим отделением в стационаре или руководителем поликлиники, 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 больного в лечебно-профилактическом учреждении (в стационаре, в 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;
- 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 (капельная, легкая, средняя, тяжелая, очень тяжелая);
- данные инструментальных методов обследования (с обязательным указанием календарных сроков осуществления соответствующих процедур), подтверждающих наличие патологического процесса (Приложение № 3).

На основе анализа перечисленной информации принимается решение о наличии медицинских показаний для обеспечения инвалида абсорбирующими изделиями.

Следующим шагом в процедуре освидетельствования инвалида и составления для него ИПР является определение адекватного вида абсорбирующих изделий. Последние условно можно разделить на «активные» (прокладки абсорбирующие, вкладыши, подгузники) относящиеся к техническим средствам реабилитации (ТСР) и «пассивные» (простыни, пеленки), относящиеся к средствам ухода. Если решение о необходимости обеспечения средствами ухода может основываться на данных клинико-функционального характера, то для обоснования необходимости в ТСР требуется информация и социального характера. Речь идет о следующих данных: возраст инвалида; профессия или вид занятости; место работы или обучения; форма профессиональной занятости или обучения (на обычном производстве, в специально созданных условиях, на дому, в обычном или специализированном учебном заведении, обучение очное или заочное).

При наличии этой информации, представленной в виде официальных документов, принимается решение о необходимости обеспечения инвалида именно «активным» абсорбирующим изделием.

Далее возникает вопрос о выборе конкретного абсорбирующего изделия с определенными конструктивно-эксплуатационными характеристиками. Как правило, речь идет в первую очередь о таких характеристиках, как размер изделия и впитываемость (Приложение № 4).

Определение рекомендуемого размера подгузника осуществляется путем измерения окружности талии с последующим соотношением с типовыми размерами самого памперса (S – малый, M – средний, L – большой, XL – очень большой) и одежды пациента.

Типовой размер подгузника ориентировочно можно соотнести со средними показателями уровня впитываемости (табл. 4).

Типовые размеры и средние показатели уровня впитываемости подгузников для взрослых

№ п/п	Наименование подгузников и уровень впитываемости	Размер подгузника в мм	Окружность талии в см	Соответствие размеру одежды
1	Подгузники для взрослых S 1400 мл – 1600 мл	580 - 720	80 – 115	40 – 46
2	Подгузники для взрослых M 1900 мл – 2000 мл	630 - 800	90 – 125	46 – 50
3	Подгузники для взрослых L 2200 мл – 2300 мл	760 - 940	100 – 150	50 – 56
4	Подгузники для взрослых XL 2500 мл	840 - 1030	до 180	56 – 62

Следует иметь в виду, что в приведенной таблице даны ориентировочные показатели, т.к. диапазон уровней впитываемости для типовых размеров подгузников гораздо шире в зависимости от фирмы, выпускающей данную продукцию. Так, подгузники S (малого) размера для взрослых имеют пять уровней впитываемости (800, 1300, 1500, 1700 1800 мл); M (среднего) размера – семь уровней впитываемости (800, 900, 1500, 2000, 2100, 2310, 3600 мл); L (большого) – восемь уровней впитываемости (800, 1100, 1500, 210, 2200, 240, 2700, 4100 мл); XL (очень большого) – четыре уровня впитываемости (1500, 2100, 2140, 3300 мл).

Очевидно, что при определенном размере подгузника выбор изделия с необходимым уровнем впитываемости будет зависеть от объема суточного диуреза и его распределения в течение суток. Последний показатель приобретает особое значение для пациентов, занятых на работе или в учебных заведениях, с учетом продолжительности их занятости.

Таким образом, для расчета суточной потребности в подгузниках для взрослых в целом может использоваться довольно простая формула:

суточный диурез в мл	= норматив суточного обеспечения
впитываемость подгузника в мл	

В этом случае возможен довольно широкий диапазон выбора подгузников с различными уровнями впитываемости и соответственно их количества в сутки. Для инвалидов, ведущих активный образ жизни (при суточном диурезе 2000 мл), целесообразно использовать прокладки меньшей впитываемости (до 800 мл), при этом норматив обеспечения составляет 3 шт. в день.

В случаях занятости пациентов на работе или в учебных заведениях, помимо суточного диуреза необходимо учитывать продолжительность рабочей (учебной) смены и объемы «порционного диуреза» за это время:

общий объем диуреза за смену в мл	=	норматив обеспечения занятости на производстве или в учебном процессе за смену
впитываемость подгузника в мл		

Особенность такого расчета заключается в том, чтобы рекомендовать изделие с уровнем впитываемости, точно соответствующему объему «сменного» диуреза. Это позволит наиболее рационально использовать абсорбирующие свойства рекомендуемого изделия.

Для детей-инвалидов обеспечение подгузниками должно начинаться с возраста 12 лет, когда можно говорить о недержании мочи у ребенка.

При подборе подгузников для детей необходимо учитывать, также как и для взрослых, суточный диурез, а для детей, занятых в учебных заведениях – «сменный» диурез. Для детей старшего возраста (начиная с 12 – 13 лет) выбор рекомендуемого подгузника осуществляется в соответствии с окружностью талии (50 – 80 см; 70-120 см; 85 – 125 см; 100 – 150 см), что в свою очередь соответствует следующим объемам впитываемости: 1580 – 1840 мл; 2160 – 2350 мл; 1560 – 1930 – 2530 мл; 2210 – 2520 мл.

Для детей более раннего возраста при подборе подгузника учитывается также вес ребенка, в соответствии с которым рекомендуется изделие с определенной окружностью талии и весом: вес ребенка 2 – 4 кг, впитываемость около 500 мл; 4 – 5 кг – 625 мл; 5 – 8 кг – 780 мл; 8 – 16 кг – 930 мл; 9 – 18 кг – 1000 мл; 10 – 25 кг – 1060 мл; 15 – 30 кг – 1320 мл.

Следует иметь в виду, что целевое предназначение подгузника, как одного из абсорбирующих изделий, определяется социально-средовой ситуацией и возможностью использовать его для решения конкретной социальной задачи. Например, для ребенка в возрасте 2 лет, находящегося дома, или для пожилого человека, находящегося на постельном режиме дома или в стационарном учреждении (при нарушении функции мочеиспускания), подгузник может использоваться как средство ухода.

В ситуации, связанной с необходимостью обеспечить возможность для реализации или приобретения профессиональных способностей, подгузники являются техническими средствами реабилитации, способствующими решению указанной задачи.

Таким образом, использование подгузников как технических средств реабилитации обусловлено наличием определенной социально-средовой ситуации. При изменении последней изменяется целевое предназначение изделия, а, следовательно, и его видовая принадлежность.

1 Определяется в зависимости от количества мочи (в мл), выделяемой в течение 4-х часов.

2 Выдается в дополнение к индивидуальной программе реабилитации инвалида