

ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

СОГЛАСОВАНО

Главный внештатный детский
специалист по медицинской
реабилитации и санаторно-
курортному лечению
д.м.н., профессор
С.А. Валиуллина
«19» сентября 2022 г.



РЕКОМЕНДОВАНО

Экспертным советом по науке
Департамента здравоохранения
города Москвы № 150

«18» августа 2022 г.



ПЕРИОДИЧЕСКАЯ КАТЕТЕРИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ
С ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Методические рекомендации № 82

Москва 2022

УДК 616.23
ББК 56.8
П27

Организация -разработчик:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы "Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии" Департамента здравоохранения города Москвы

Составители:

Новосёлова И.Н. - доктор медицинских наук, заведующая отделением физической реабилитации, врач невролог, врач ЛФК

Попова О.В. - врач физической реабилитационной медицины, врач ЛФК

Бершадский А.В. - кандидат медицинских наук, врач физической реабилитационной медицины, врач невроуролог

Понина И.В. - врач педиатр

Гасанова Э.Н. - врач уролог

Рецензенты:

Меновщикова Людмила Борисовна - доктор медицинских наук, профессор, врач уролог-андролог Центра детской урологии и репродуктивного здоровья ФГАОУ ВО РНИМУ Н.И. Пирогова МЗ РФ, профессор кафедры детской хирургии педиатрического факультета

Салюков Роман Вячеславович - кандидат медицинских наук, доцент кафедры эндоскопической урологии ФНМО МИ РУДН, врач уролог, специалист в области невроурологии и физической реабилитации, директор специализированной невроурологической и урогинекологической клиники «ДеВита»

Периодическая катетеризация детей с позвоночно-спинномозговой травмой: методические рекомендации/ составители: И.Н. Новоселова, О.В. Попова, А.В. Бершадский [и др.]. – М.: «НИИ НДХиТ», 2022- 24 с.

Предназначение:

В методических рекомендациях представлен пошаговый алгоритм выбора альтернативного способа отведения мочи у детей с травмой спинного мозга и принятия решения о переводе их на режим периодических катетеризаций. Соблюдение предложенного протокола позволяет компенсировать или восстановить утраченную функцию опорожнения мочевого пузыря, профилактировать вторичные осложнения со стороны мочевыводящих путей, уменьшить инконтиненцию и, в конечном итоге, улучшить качество жизни пациента и его семьи.

Методические рекомендации разработаны в ходе выполнения научно-исследовательской работы «Медико-конвергентные технологии в системном подходе к комплексному восстановлению и реабилитации детей после тяжелых повреждений в педиатрической практике» и представляют собой практическое руководство для специалистов, участвующих в лечении и реабилитации детей с позвоночно-спинномозговой травмой.

ISBN

© Департамент здравоохранения города Москвы, 2022

© «НИИ НДХиТ», 2022

© Коллектив авторов, 2022

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений	4
Введение	5
Показания к переводу на периодическую катетеризацию	10
Условия для принятия решения о переводе на периодическую катетеризацию	10
Противопоказания к переводу на периодическую катетеризацию	10
Задачи специалистов междисциплинарной команды для определения возможности перевода на периодическую катетеризацию	11
Подготовка пациента к переводу на периодическую катетеризацию	12
Алгоритм принятия решения о переводе на периодическую катетеризацию	12
Нормативные документы, регламентирующие получение технических средств реабилитации пациентами с нарушением функции выделения	14
Заключение	21
Список литературы	22
Приложение	24

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ИПРА - индивидуальная программа реабилитации и абилитации

НДМ - нейрогенная дисфункция мочеиспускания

НДНМП - нейрогенная дисфункция нижних мочевыводящих путей

НИИ НДХиТ ДЗМ - научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии департамента здравоохранения Москвы

ПСМТ - позвоночно-спинномозговая травма

РОУ - Российское общество урологов

СНИЛС - страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования, содержащего страховой номер индивидуального лицевого счета

ТСР - технические средства реабилитации

УЗИ - ультразвуковое исследование

ФСС - фонд социального страхования

ВВЕДЕНИЕ

Около 40 миллионов человек в мире каждый год становятся пациентами отделений, оказывающих специализированную помощь больным с позвоночно-спинномозговой травмой (ПСМТ). Большая часть из них - молодые люди мужского пола в возрасте от 20 до 35 лет, а от 1 до 5% - дети [1,2,3]. Кроме специализированной медицинской помощи, этой группе пациентов необходима длительная реабилитация с учетом возрастных особенностей течения травмы, несформированностью у детей физиологических механизмов функционирования, постоянным ростом и развитием, требующим отличного от взрослых подхода в проведении реабилитационных мероприятий [3].

По литературным данным нарушение мочеиспускания вследствие позвоночно-спинномозговой травмы выявляется у 77 - 100% взрослых пациентов [4,5], по результатам собственных исследований у детей - в 75,7% случаев [6].

На благоприятный исход лечения и реабилитации позвоночно-спинномозговой травмы, кроме уровня и характера повреждения спинного мозга, большое влияние оказывает выраженность последствий и осложнений, которые возникают на всех этапах восстановления пациентов. Осложнения со стороны мочевыводящих путей являются второй группой по частоте встречаемости после респираторных осложнений у пациентов данной категории, которым не проводились реабилитационные мероприятия на раннем этапе [6].

В стадию спинального шока у пациентов с ПСМТ происходит острая задержка мочеиспускания, причиной которой является прекращение регуляции деятельности спинного мозга ниже уровня травмы. В период разрешения спинального шока, форма нарушения мочеиспускания будет зависеть от уровня и полноты поражения спинного мозга. Если повреждение произошло выше соматического спинального центра мочеиспускания (сегмента S2), то развиваются нарушения мочеиспускания по проводниковому типу. Первоначально острая задержка мочи будет обусловлена гипертонусом наружного уретрального сфинктера, что может служить причиной парадоксальной ишурии, состояния, при котором переполнение мочевого пузыря ведет к пассивному растяжению шейки и сфинктеров уретры, что проявляется

выделением мочи по каплям. В дальнейшем, примерно через 2-3 недели после травмы (а иногда до 2-3 месяцев) наблюдается нарастание автоматизмов со стороны отделов спинного мозга, которые находятся ниже уровня повреждения. Такое состояние проявляется рефлекторным мочевым пузырем, когда активизируется спинальный центр мочеиспускания, располагающийся в конусе спинного мозга. Мочеиспускание происходит автономно, без вышележащего контроля, в ответ на растяжение мочевого пузыря и активизацию внутривентрикулярных рецепторов, посылающих афферентный импульс, переключающийся на эфферентный сигнал в спинальных сегментах. Такое состояние будет свидетельствовать о полном нарушении проводимости спинного мозга. При этом моча будет выделяться без позыва, внезапно и малыми порциями. Параллельно, струя может прерываться за счет непроизвольного эфферентного торможения. Если же возникает ургентный (императивный) позыв на мочеиспускание или ощущение истечения мочи по уретре и ощущение чувства облегчения после выделения мочи, то это будет свидетельствовать о неполном нарушении проводимости спинного мозга.

При длительном нейрогенном поражении мочевого пузыря происходят внутривентрикулярные дистрофические и рубцовые изменения, ведущие к тяжелой детрузорной дисфункции и вторичному сморщиванию мочевого пузыря с потерей функциональной емкости (органический арефлекторный мочевой пузырь). В таком случае выпадают пузырьные вегетативные рефлексы и появляется истинное недержание мочи.

Ведущая роль в координации синергии детрузора и сфинктера на спинальном уровне принадлежит центрам мочеиспускания в сегментах S2-S4. Если травма спинного мозга сопровождается поражением этих сегментов, то происходит исчезновение рефлекторной активности с этих центров, что проявляется отсутствием опорожнения мочевого пузыря в ответ на его наполнение. Такая форма дисфункции определяется как функциональный арефлекторный мочевой пузырь (гипорефлекторная форма). При такой форме давление внутри пузыря будет низким с параллельным снижением силы детрузора. Однако структуры шейки мочевого пузыря остаются эластичными, что приводит к патологическому растяжению детрузора с формированием большого объема остаточной мочи. В этих случаях ряд больных

прибегают к «выдавливанию мочи», прибегая к натуживанию или ручному давлению на переднюю брюшную стенку, тем самым создавая высокое внутрибрюшное и внутрипузырное давление, приводящее к истечению мочи. Другим вариантом опорожнения мочевого пузыря при гипорефлекторной форме является «рефлекторное мочеиспускание», когда пузырь опорожняется автоматически, за счет сохраненных интрамуральных ганглиев. Это возможно, благодаря сохранению симпатической иннервации (уровни Th11 - L2), ответственной за чувство растяжения мочевого пузыря. Следует отметить, что такое состояние возможно даже при полном поражении спинного мозга на пояснично-крестцовом уровнях.

Финальной стадией повреждения мочевого пузыря, когда имеются выраженные дистрофические изменения в стенке детрузора и гипотония шейечных структур, формируется арефлекторный мочевой пузырь. При этой форме будет наблюдаться постоянное недержание мочи при минимальном наполнении мочевого пузыря [7, 8, 9].

Нарушение функции накопления и выведения мочи из мочевого пузыря вследствие поражения нервной системы на различных уровнях называется нейрогенной дисфункцией мочеиспускания (НДМ) [8].

Согласно действующим клиническим рекомендациям медицинская тактика при нарушении функции выделения мочи построена на симптоматической терапии повреждения спинного мозга и основной ее задачей является оптимальный выбор альтернативного метода опорожнения мочевого пузыря [10].

Оптимально подобранный метод отведения мочи исключает ухудшение функции почек, позволяет сохранить морфофункциональную структуру органов мочеиспускания, минимально ухудшает качество жизни.

Стоит отметить, что основным методом дренирования мочевого пузыря в период спинального шока будет уретральная катетеризация, значительно повышающая риски инфицирования нижних мочевых путей нозокомиальной инфекцией. По клиническим наблюдениям, практически у всех пациентов с постоянным уретральным катетером, наблюдается контоминация мочи уропатогенами на 28 сутки дренирования мочевого пузыря. Примерно у 50% пациентов произойдет инкрустация уретрального катетера солями. Кроме вышеперечисленных осложнений уретральной катетеризации, присутствуют выраженные риски стриктуры и пролежня

уретры, образования камней в полости мочевого пузыря, эпидидимита, простатита, абсцесса мошонки, а также снижения функциональной емкости мочевого пузыря. Согласно клиническим рекомендациям по нейрогенной дисфункции нижних мочевых путей РОУ, Рекомендуется избегать постоянной трансуретральной катетеризации и цистостомии у пациентов с нейрогенной дисфункцией нижних мочевыводящих путей (НДНМП). Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 4) [10].

Эпицистостомия может являться альтернативным способом отведения мочи у пациентов с нарушением эвакуаторной функции мочевого пузыря при цервикальной миелопатии с тетрапарезом. Постоянное дренирование мочевого пузыря приводит к его вторичному сморщиванию, персистенции назокомиальной инфекции, необходимости ухода за трубкой катетера, повышенному риску малигнизации. Кроме того, цистостомия рекомендуется пациентам с нарушением функции опорожнения мочевого пузыря в случаях невозможности использования периодической катетеризации [11]. Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2) [10].

Использование ассистируемого опорожнение мочевого пузыря (приемы Креде и Вальсальвы или мочеиспускание за счет триггерного рефлекса) способствуют пузырно-мочеточниковому рефлюксу и высокому риску восходящей инфекции, поражению почек с развитием хронической почечной недостаточности и, в конечном итоге, уменьшению продолжительности жизни. При длительном применении данного вида опорожнение мочевого пузыря может быть опасным с позиций развития инвалидизирующих осложнений нейрогенной дисфункции мочеиспускания и не рекомендуется у пациентов со спинномозговой травмой. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 3) [10].

В настоящее время, по мнению Европейской ассоциацией урологов, золотым стандартом лечения НДМ является метод асептической периодической (интермиттирующей) катетеризации - периодическое выведение мочи из мочевого пузыря с помощью катетеризации его через мочеиспускательный канал 4-6 раз в сутки специальными одноразовыми катетерами. Периодическая асептическая катетеризация мочевого пузыря 4-6 раз в сутки рекомендуется как стандартный метод лечения

пациентов с НДНМП с нарушением функции опорожнения мочевого пузыря [12,13]. Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 2) [10].

Предпочтение отдаётся одноразовым лубрицированным катетерам для самокатетеризации с зафиксированным гидрофильным покрытием, готовым к использованию, при применении которых уменьшаются катетер-ассоциированные осложнения, снижается необходимость в постоянном уходе, улучшается самообслуживание и, в результате, повышается качество жизни человека, перенёвшего позвоночно-спинномозговую травму [14,15,16].

Результаты, полученные в ходе исследования 288 детей с позвоночно-спинномозговой травмой, проведенного в НИИ НДХиТ ДЗМ, показывают существенные преимущества раннего перевода детей с нейрогенными нарушениями мочеиспускания на режим интермиттирующих катетеризаций лубрицированными катетерами с гидрофильным покрытием [6]. Перевод на периодическую катетеризацию детей через 3 - 4 недели после позвоночно-спинномозговой травмы является не только методом компенсации утраченной функции мочевого пузыря, но также служит способом профилактики вторичных осложнений со стороны верхних мочевыводящих путей. В то же время, несвоевременно примененный метод периодической катетеризации, неадекватный алгоритм перевода или несоблюдение режима и правил асептики и антисептики могут привести к серьезным последствиям и осложнениям со стороны мочеполовой системы [14].

Мультидисциплинарный подход к реабилитации, ориентированный на пациента, позволяет не только своевременно принять решение о переводе ребенка на режим периодических катетеризаций, но и смягчить осознание возникшего неврологического дефицита и облегчить обучение ребенка и его семьи альтернативному методу отведения мочи.

ПОКАЗАНИЯ К ПЕРЕВОДУ НА ПЕРИОДИЧЕСКУЮ КАТЕТЕРИЗАЦИЮ ПАЦИЕНТА С ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

1. Отсутствие самостоятельного адекватного мочеиспускания (остаточная моча более 50 мл).
2. Достаточная ёмкость мочевого пузыря с учётом возраста пациента.
3. Отсутствие воспалительных процессов со стороны мочевыводящих путей.
4. Достаточная ловкость рук и сохранная когнитивная функция для самостоятельного выполнения периодической катетеризации или наличие ухаживающего родственника (сиделки).
5. Готовность пациента (и/или ухаживающего) к регулярному опорожнению мочевого пузыря методом интермиттирующей катетеризации.
6. Возможность бесперебойного приобретения лубрицированных катетеров в достаточном количестве.

УСЛОВИЯ ДЛЯ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ О ПЕРЕВОДЕ НА ПЕРИОДИЧЕСКУЮ КАТЕТЕРИЗАЦИЮ

1. Стабильный соматический статус и отсутствие воспалительных явлений со стороны мочевыводящих путей.
2. Отсутствие анатомических аномалий уретры.
3. Выход пациента из стадии спинального шока.
4. Отсутствие полиурии.
5. Готовность родителей и ребёнка к выполнению рекомендации реабилитационной команды.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПЕРЕВОДУ НА ПЕРИОДИЧЕСКУЮ КАТЕТЕРИЗАЦИЮ

1. Невозможность самостоятельной катетеризации или неготовность/нежелание ухаживающего помочь с катетеризацией.
2. Анатомические аномалии уретры, уретральная фистула, разрыв уретры.
3. Приапизм.
4. Новообразования мочевыводящих путей.

5. Воспалительные заболевания мочевыводящих путей.
6. Стадия спинального шока.
7. Полиурия.
8. Снижение ёмкости мочевого пузыря (на 20% ниже возрастной нормы).
9. Снижение интеллектуальных возможностей ребёнка или отсутствие достаточной мотивации.
10. Отсутствие условий или нежелание придерживаться расписания катетеризаций.
11. Склонность к развитию приступов автономной дисрефлексии при наполнении мочевого пузыря, несмотря на лечение.

ЗАДАЧИ СПЕЦИАЛИСТОВ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ КОМАНДЫ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ВОЗМОЖНОСТИ ПЕРЕВОДА НА ПЕРИОДИЧЕСКУЮ КАТЕТЕРИЗАЦИЮ

Врач физической реабилитационной медицины или невролог-реабилитолог: оценка уровня, характера и степени поражения спинного мозга, неврологического дефицита, характера и степени нарушения функции тазовых органов, определение стадии спинального шока, выявление реабилитационных возможностей ребенка и участия родителей в реабилитационном процессе, наблюдение во время контрольного периода.

Врач педиатр: оценка соматического состояния, наличия воспалительных заболеваний мочевыводящих путей, водного баланса и полиурии, наблюдение во время контрольного периода .

Врач уролог или нейроуролог: оценка анатомо-физиологического состояния нижних мочевыводящих путей и ёмкостных характеристик мочевого пузыря, отсутствия противопоказаний к переводу на периодическую катетеризацию, наблюдение во время контрольного периода.

Медицинская сестра по реабилитации: обучение пациента и/или ухаживающего принципам ухода за наружными половыми органами и асептической периодической катетеризации.

ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТА К ПЕРЕВОДУ НА ПЕРИОДИЧЕСКУЮ КАТЕТЕРИЗАЦИЮ

1. Оценка выхода пациента из состояния спинального шока.
2. Выявление и санация инфекционных очагов.
3. Контроль диуреза, при необходимости, применение препаратов, купирующих полиурию.
4. Тренировка самостоятельного мочеиспускания методами лечебной гимнастики с акцентом на активизацию вспомогательной мускулатуры, позиционирование, использование элементов кинезиотерапевтических методик.
5. Оценка и, в случае необходимости, тренировка накопительной функции мочевого пузыря: дневное перекрытие мочевого катетера на 3 часа каждые 3 часа.
6. Психологическая подготовка ребенка и родителей.
7. Обучение ребенка и ухаживающего методу периодической катетеризации.

АЛГОРИТМ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ О ПЕРЕВОДЕ НА ПЕРИОДИЧЕСКУЮ КАТЕТЕРИЗАЦИЮ:

Предложенный протокол включает обязательный минимум обследования для перевода ребенка с позвоночно-спинномозговой травмой. Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования могут быть назначены по решению мультидисциплинарной команды специалистов.

1. Неврологическая оценка уровня и степени поражения спинного мозга и нарушения функции тазовых органов с определением кремастерного, коленного, голеностопного, бульбокавернозного и анального рефлексов. При полном поражении спинного мозга на уровне С2-С4 и невозможности манипуляционной активности кисти у ребенка, отсутствии ухаживающего - перевод на периодическую катетеризацию противопоказан.
2. Оценка общего состояния пациента. Перевод на периодическую катетеризацию противопоказан при наличии острого воспалительного заболевания, полиурии, в стадию спинального шока.

3. Лабораторная оценка маркеров воспаления. При наличии повышенных маркеров воспаления требуется дообследование – перевод на периодическую катетеризацию невозможен.
4. Оценка анатомо-физиологического состояния мочевыводящих путей. При анатомических аномалиях уретры, уретральной фистуле, разрыве уретры, новообразованиях, приапизме перевод на периодическую катетеризацию невозможен.
5. Проведение УЗИ с определением объема мочевого пузыря. При объеме мочевого пузыря на 20% ниже возрастной нормы перевод на периодическую катетеризацию невозможен. В случае необходимости, тренировка накопительной функции мочевого пузыря: дневное перекрытие мочевого катетера на 3 часа каждые 3 часа.
6. Оценка участия ребенка и родителей в реабилитационном процессе. Отказ ребенка и родителей от выполнения рекомендаций реабилитационной команды – перевод на периодическую катетеризацию невозможен.
7. Оценка возможности возникновения приступов автономной вегетативной дисрефлексии. Если при наполнении (переполнении) мочевого пузыря и/или перекрытии мочевого катетера диагностируется приступ автономной дисрефлексии, то пациент не готов к переводу на периодическую катетеризацию.
8. Если пациент успешно проходит все этапы подготовки - его можно переводить на периодическую катетеризацию. Решение о переводе ребенка на периодическую катетеризацию принимается всеми членами реабилитационной команды с составлением протокола.
9. После перевода ребенка на периодическую катетеризацию ведется наблюдение в течение трех суток. Если в это время определяются какие-либо негативные последствия перевода на режим периодических катетеризаций (см. выше) - ребенку устанавливается постоянный уретральный катетер на время, требующееся для повторной подготовки.

НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ, РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИЕ ПОЛУЧЕНИЕ ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТАМИ С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ВЫДЕЛЕНИЯ

1. Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (редакция от 07.03.2018).

Статья 9 «Реабилитация инвалидов - система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности. Реабилитация и абилитация инвалидов направлены на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности инвалидов в целях их социальной адаптации, включая достижение ими материальной независимости и интеграцию в общество».

Статья 10 «Государство гарантирует инвалидам проведение реабилитационных мероприятий, получение технических средств и услуг, предусмотренных федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду за счет средств федерального бюджета. Федеральный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, утверждается Правительством Российской Федерации»

Статья 11 «По медицинским показаниям и противопоказаниям устанавливается необходимость предоставления инвалиду технических средств реабилитации, которые обеспечивают компенсацию или устранение стойких ограничений жизнедеятельности инвалида. Индивидуальная программа реабилитации инвалида является обязательной для исполнения соответствующих органов власти, органов местного самоуправления, а так же организациями независимо от организационно-правовых форм и форм собственности».

2. Федеральный закон от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» (редакция от 7.03.2018).

Настоящий ФЗ устанавливает правовые и организационные основы оказания государственной социальной помощи малоимущим семьям, малоимущим одиноко проживающим гражданам и иным категориям граждан.

Статья 6.2. Набор социальных услуг: «обеспечение в соответствии со стандартами медицинской помощи по рецептам врача (фельдшера) необходимыми лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения». «Перечень изделий медицинского назначения утверждаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим выработку государственной политики и нормативное правовое регулирование в сфере здравоохранения и социального развития»

Статья 6.3. Предоставление социальных услуг: «Гражданин, имеющий право на получение социальных услуг в соответствии с настоящим ФЗ, может отказаться от их получения». «Гражданин может до 1 октября текущего года подать заявление об отказе от получения набора социальных услуг (социальной услуги) на период с 1 января года, следующего за годом подачи указанного заявления, и по 31 декабря года»

3. Приказ Министерства Труда и Социальной защиты РФ от 13 июня 2017г. N 486н «Об утверждении порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида) (ИПРА), выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм».

ИПРА инвалида содержит реабилитационные мероприятия, предоставляемые инвалиду с освобождением от платы в соответствии с Федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду. ИПРА инвалида разрабатывается при проведении медико-социальной экспертизы гражданина исходя из комплексной оценки ограничений жизнедеятельности, реабилитационного потенциала на основе анализа его клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых и психологических данных и утверждается руководителем бюро (Федерального бюро, главного бюро). Реализацию ИПРА инвалида осуществляют организации независимо от их организационно-правовых форм и форм собственности, учреждения государственной службы реабилитации инвалидов, негосударственные реабилитационные учреждения, образовательные учреждения.

Заключение о нуждаемости в проведении мероприятий по медицинской реабилитации или абилитации выносится на основании рекомендуемых мероприятий по медицинской реабилитации, указанных в пункте 34 формы N 088/у-06.

4. Распоряжение Правительства РФ от 30 декабря 2005 г. N 2347-р «Об утверждении федерального перечня реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду» с изменениями от 03.04.2020г

Документ разъясняет статью №10 ФЗ РФ № 181 «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

5. Приказ Министерства Труда и Социальной защиты РФ от 5 марта 2021г. № 106н «Об утверждении перечня показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации» с изменениями от 22 июня 2022 года согласно приказу Минтруда №371.

Пункт 21. Специальные средства при нарушениях функций выделения (моче- и калоприемники)

№ ТСР	Наименование	Показания	Противопоказания
21-01-15	Мочеприемник ножной (мешок для сбора мочи) дневной	Стойкие умеренные, выраженные и значительно выраженные нарушения	Относительные медицинские противопоказания: аллергические реакции со стороны кожи.
21-01-16	Мочеприемник прикроватный (мешок для сбора мочи) ночной	мочевыделительной функции, обусловленные наличием уростомы, нефростомы, цистостомы, уретерокутанеостомы, илеального кондуита.	
21-01-17	Пара ремешков для крепления мочеприемников (мешков для сбора мочи) к ноге	Недержание, задержка мочи, корригируемые с помощью использования уропрезерватива и уретральных катетеров длительного и постоянного пользования.	
21-01-18	Уропрезерватив с пластырем	Недержание мочи у мужчин.	
21-01-19	Уропрезерватив самоклеящийся		
21-01-20	Катетер для самокатетеризации лубрицированный (с резервуаром).	Задержка мочи, континентная уростома с резервуаром.	

	зафиксированным гидрофильным покрытием)		острые воспалительные заболевания мочеполовой системы; травма уретры; стриктура уретры.
21-01-21	Наборы - мочеприемники для самокатетеризации: мешок-мочеприемник, катетер лубрицированный для самокатетеризации	Задержка мочи	
21-01-27	Анальный тампон (средство ухода при недержании кала)	Инконтиненция (недержания кала) (I - II степени), недостаточность анального сфинктера функциональная, послеоперационная, посттравматическая, послеродовая.	Абсолютные медицинские противопоказания: тяжелые травматические, рубцовые изменения сфинктера; кишечные инфекции; воспалительные заболевания кишечника (Болезнь Крона, язвенный колит); раны анального канала; ректальные свищи; диарея; инконтиненция тяжелой степени (III степень).
21-01-31	Крем защитный в тубе, не менее 60 мл	При колостоме, илсостоме, уростоме, гастростоме, а также при недержании мочи или кала для защиты кожи от контакта с агрессивным кишечным отделяемым или мочой, защиты кожи перистомальной области или промежности от механических повреждений.	Абсолютные медицинские противопоказания: аллергическая реакция на компоненты, из которого изготовлены средства защиты и ухода за перистомальной кожей; наличие перистомальных глубоких ран,
21-01-34	Защитная пленка в форме салфеток, не менее 30 шт.		
21-01-35	Очиститель для кожи во флаконе, не менее 180 мл		

6. Приказ Министерства Труда и Социальной защиты от 13 февраля 2018 г. N 86н «Об утверждении классификации технических средств реабилитации (изделий) в рамках федерального перечня реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, утвержденного распоряжением Правительства РФ от 30 декабря 2005 N 2347-Р» (с изменениями и дополнениями от 6 мая 2019 г. и 5 марта 2021 г. Классификация изменена с 19 апреля 2021 г.

Сопоставляет вид и наименование технического средства реабилитации (изделия), рекомендованного индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида (заключением об обеспечении ветерана изделиями) и вид и наименование технического средства реабилитации (изделия), самостоятельно приобретенного инвалидом (ветераном) за собственный счет с целью определения размера компенсации.

7. Приказ Министерства Труда и Социальной защиты РФ от № 107н от 05.03.2021г «Об утверждении сроков пользования техническими средствами реабилитации, протезами и протезно-ортопедическими изделиями до их замены» с изменениями от 22 июня 2022 года согласно приказу Минтруда №371.

Пункт 21. Специальные средства при нарушениях функций выделения (моче- и калоприемники)

№ ТСР	Наименование	Сроки использования
21-01-15	Мочеприемник ножной (мешок для сбора мочи) дневной	Не менее 3 суток
21-01-16	Мочеприемник прикроватный (мешок для сбора мочи) ночной	
21-01-17	Пара ремешков для крепления мочеприемников (мешков для сбора мочи) к поге	Не менее 15 суток
21-01-18	Уропрезерватив с пластырем	Не менее 24 часов
21-01-19	Уропрезерватив самоклеящийся	
21-01-20	Катетер для самокатетеризации лубрицированный (с зафиксированным гидрофильным покрытием)	Не менее 4 часов
21-01-21	Наборы - мочеприемники для самокатетеризации: мешок-мочеприемник, катетер лубрицированный для	

	самокатетеризации	
21-01-27	Анальный тампон (средство ухода при недержании кала)	Не менее 12 часов
21-01-31	Крем защитный в тубе, не менее 60 мл	Не менее 1 месяца
21-01-34	Защитная пленка в форме салфеток, не менее 30 шт.	
21-01-35	Очиститель для кожи во флаконе, не менее 180 мл	

8. Постановление Правительства РФ от 07.04.2008 N 240 (редакция от 30.01.2018) «О порядке обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации и отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями».

Разъясняет правила обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации: обеспечение осуществляется в соответствии с ИПРА инвалида; обеспечение инвалидов ТСР осуществляется путем предоставления соответствующего технического средства; заявление подается инвалидом в Фонд социального страхования (ФСС) по месту жительства (в заявлении может быть указано конкретное ТСР, технические характеристики ТСР, каталожный номер и компания-производитель ТСР); ФСС рассматривает заявление в 15-дневный срок; техническое средство передается бесплатно в безвозмездное пользование.

В случае если техническое средство не может быть предоставлено инвалиду или если он самостоятельно приобрел указанное техническое средство за счет собственных средств, инвалиду выплачивается компенсация в размере стоимости технического средства. Инвалиду компенсируется дорога и проживание в ситуациях, предусмотренных данным постановлением.

9. Приказ Министерства Здравоохранения и Социального развития РФ от 21 января 2011 г. N 57н (редакция от 24.10.2014) «Об утверждении порядка выплаты компенсации за самостоятельно приобретенное инвалидами техническое средство реабилитации и (или) оказанную услугу, включая порядок определения ее размера и порядок информирования граждан о размере указанной компенсации».

Определяет, что компенсация выплачивается только в случае, если приобретенное ТСР (оплаченная услуга) предусмотрено индивидуальной программой

реабилитации; размер должен равняться стоимости приобретенного технического средства реабилитации (оказанной услуги), но не должен превышать стоимость соответствующего технического средства реабилитации (услуги), которое было бы предоставлено по месту жительства в соответствии с Правилами обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации; размер компенсации определяется региональным отделением по результатам последнего по времени размещения заказа на поставку ТСР и (или) оказание услуги. Размер стоимости технического средства, определяется согласно цене в госконтракте на момент подачи заявления. Эта информация размещена на сайте Фонда социального страхования РФ <http://fss.ru>.

Документы, необходимые для получения компенсации: заявление о возмещении расходов по приобретению ТСР и (или) оказанию услуги; документы, подтверждающие расходы по самостоятельному приобретению ТСР и (или) оказанию услуги за собственный счет; документ, удостоверяющий личность (паспорт); ИПРА инвалида; страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования, содержащего страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС).

10. Приказ Минтруда России от 22.06.2022 № 371н о внесении изменений в некоторые нормативные правовые акты МТГСЗ РФ по вопросам обеспечения инвалидов ТСР.

11. Методические рекомендации по установлению медицинских показаний и противопоказаний при назначении специалистами медико-социальной экспертизы технических средств реабилитации инвалида и методика их рационального подбора. Разработаны и утверждены Министерством Труда и Социальной защиты РФ 2013 г.

Содержат современную и актуальную информацию о видах и типах технических средств реабилитации, входящих в Федеральный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2005 г. № 2347-р. В документе даны рекомендации по установлению медицинских показаний и противопоказаний при назначении специалистами медико-социальной экспертизы технических средств реабилитации инвалида и методика их рационального подбора для инвалидов с нарушениями мочеиспускания:

Глава 24. "Специальные средства при нарушениях функций выделения"

Глава 25. "Абсорбирующее белье, подгузники".

12.Методические рекомендации разработаны и изданы в рамках реализации государственной программы Российской Федерации «Доступная среда на 2011-2015 годы».

13.Федеральный закон от 30.12.2020 N 491-ФЗ "О приобретении отдельных видов товаров, работ, услуг с использованием электронного сертификата"

Электронный сертификат - это электронная запись в реестре, которая прописывается на номер банковской карты платежной системы «МИР, выпущенной любым банком РФ. Сами денежные средства на карту не перечисляются, а резервируются в Федеральном казначействе до совершения покупки.

Сертификат содержит: вид ТСП, которое можно приобрести с использованием сертификата; количество ТСП, максимальную цену единицы ТСП, которую можно оплатить сертификатом без использования собственных средств; срок, в течение которого можно использовать сертификат для оплаты ТСП.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предлагаемый алгоритм действий позволяет определить готовность пациента в промежуточном периоде позвоночно-спинномозговой травмы к переводу на режим интермиттирующих катетеризаций как одному из основных рекомендуемых альтернативных способов отведения мочи. Своевременный перевод на режим интермиттирующих катетеризаций позволяет смягчить осознание возникшего неврологического дефицита, компенсировать или восстановить утраченную функцию опорожнения мочевого пузыря, профилактировать вторичные осложнения со стороны мочевыводящих путей, уменьшить инконтиненцию и, в конечном итоге, улучшить качество жизни пациента и его семьи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Yip PK, Malaspina A. Spinal cord trauma and the molecular point of no return. *Mol Neurodegener.* 2012;7:6.
2. Гранди Д., Суэйн Э. Травма спинного мозга /Перевод с англ. – М.: Издательство БИНОМ, 2008. – 124 с., С. 9 ISBN 978-5-9518-0263-7.
3. The management of children with spinal cord injuries Advice for major trauma networks and SCI centers on the development of joint protocols Approved by CRG in Spinal Cord Injuries 26 June 2014.
4. Крупин В.Н., Белова А.Н. Нейроурология. / Руководство для врачей. - Москва 2005 - 464 с. ISBN: 5-94982-015-0.
5. Салюков Р.В., Колмаков А.С. Нарушение мочеиспускания при шейном уровне позвоночно-спинномозговой травмы - *Consilium Medicum* 2016; - 18 (2.1) - с. 45-48.
6. Новосёлова И.Н. Система ранней комплексной реабилитации детей с позвоночно-спинномозговой травмой: дис. ... доктора.мед. наук: 14.03.11 / Новосёлова Ирина Наумовна. – Москва, 2021. – 370 с.
7. Ведение больных с последствиями позвоночно-спинномозговой травмы на втором и третьем этапах медицинской и медико-социальной реабилитации: Клинические рекомендации / под общ. ред. проф. Г.Е.Ивановой. – Москва, 2017. – 320 с. –ISBN978-5-9908601-6-2.
8. Периодическая катетеризация мочевого пузыря при нейрогенной дисфункции мочеиспускания на фоне посттравматической миелопатии: клинические рекомендации / Г.Е. Иванова, А.Н. Комаров, Г.Г. Кривобородов, Р.В. Салюков, Е.В. Силина. – Москва, 2014. – С. 10.
9. Urodynamics in patients with spinal cord injury: A clinical review and best practice paper by a working group of The International Continence Society Urodynamics Committee / B. Schurch, V. Iacovelli, M.A. Averbeck et al. – DOI 10.1002/nau.23369. // *Neurourology and urodynamics.* – 2018. – Vol. 37, Issue 2. – P. 581–591.
10. Нейрогенная дисфункция нижних мочевыводящих путей у взрослых: Клинические рекомендации / Российское общество урологов. - Москва, 2019. - с. 49

11. Weld, K.J., et al. Effect of bladder management on urological complications in spinal cord injured patients. *J Urol*, 2000. 163: 768.
12. Drake M. et al., Conservative management in neuropathic urinary incontinence, in *Incontinence*, P. Abrams, L. Cardozo, S. Khoury & A. Wein, Editors. 2013, Health Publication: Plymouth., 2013; p. 827-1000.
13. Kiddoo D. et al. Randomized Crossover Trial of Single Use Hydrophilic Coated vs Multiple Use Polyvinylchloride Catheters for Intermittent Catheterization to Determine Incidence of Urinary Infection. *J Urol*, 2015. 194: 174.
14. Новосёлова И.Н., Демин Н.В., Понина И.В., Ладыгина Е.А., Валиуллина С.А. Особенности реабилитации ребенка с ятрогенными осложнениями мочевых путей после позвоночно-спинномозговой травмы//*Российский педиатрический журнал* 2019 ;22(4): 251 - 254
15. Hedlund et al. Hydrophilic versus Non-coated Catheters for Intermittent Catheterization // 2001, *Scandinavian Journal of Urol Nephrology* 2001;35, p. 49-53
DOI:10.1080/00365590151030822
16. Spinu A., Onose G., Daia C., Panțu C., Angheliescu A., Onose L., Mihăescu A. Intermittent catheterization in the management of post spinal cord injury (SCI) neurogenic bladder using new hydrophilic, with lubrication in close circuit devices – our own preliminary results // *Journal of Medicine and Life* Vol. 5, Issue 1, 2012, p.21□28.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1. Алгоритм перевода на режим периодической катетеризации.

АЛГОРИТМ ПЕРЕВОДА НА РЕЖИМ ПЕРИОДИЧЕСКОЙ КАТЕТЕРИЗАЦИИ

