



УДК:616-036.82/.85-053.5-617.75

КРИТЕРИИ ИНВАЛИДНОСТИ У ШКОЛЬНИКОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНА ЗРЕНИЯ

Дорошенко И. Т.¹, Голикова В. В.², Голикова К. В.¹, Бояровская А. В.¹, Амелъченя М. В.³

¹Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», район д. Юхновка, Республика Беларусь;

²Государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования», г. Минск, Республика Беларусь;

³Учреждение здравоохранения «Медико-реабилитационная экспертная комиссия Минской области», аг. Лесной, Республика Беларусь

Реферат. Нарушение зрения создает серьезные проблемы во многих сферах жизни — в школе, на работе и на отдыхе, в семейных отношениях и в обществе в целом. Последствия нарушения зрения для детей особенно серьезны, потому что зрение имеет фундаментальное значение для раннего развития во многих различных областях, таких как двигательные навыки и социальная адаптация. В статье представлены результаты проведенного клинико-функционального и клинико-экспертного исследования детей в возрасте от 6 до 18 лет, имеющих ограничения жизнедеятельности вследствие патологии органа зрения. Установлено, что основным критерием, влияющим на степень выраженности ограничения жизнедеятельности у детей с патологией органа зрения школьного возраста, являлась острота зрения с коррекцией как на лучше видящем глазу ($r_s = -0,41$, $p < 0,01$), так и на хуже видящем глазу ($r_s = -0,70$, $p < 0,001$).

Ключевые слова: дети-инвалиды, зрение, зрительные нарушения, ограничение жизнедеятельности, степень утраты здоровья.

Введение. Высокий уровень детской инвалидности является серьезной медико-социальной проблемой современного общества, и ее неуклонный рост вызывает озабоченность общества с позиций социально-экономического развития государства [1].

Инвалидность вследствие патологии органа зрения у лиц в возрасте до 18 лет обусловлена низкими значениями зрительных функций, явившихся следствием тяжелой офтальмопатологии, преимущественно наблюдаемой в детском возрасте.

Дети-инвалиды испытывают затруднения при интеграции в жизнь общества, что обусловлено ограничением активности и возможности участия, затруднением в приобретении или развитии еще несформированных умений и навыков, линейное поступательное созревание которых свойственно только детству, что усугубляет и так сложное взаимодействие данных детей с окружающей средой.

Основными показателями экспертно-реабилитационной диагностики при медико-социальной экспертизе детей школьного возраста с нарушением зрительных функций являются измерение остроты зрения и полей зрения. Исследователи Украины предлагают выделять также такой показатель, как отсут-

ствие или наличие цветоаномалий, Российской Федерации — зрительная работоспособность, а Республики Казахстан — отсутствие или наличие скотом [2–5]. Указанные показатели в большинстве своем относятся к медицинским критериям, оказывающим влияние на формирование ограничения жизнедеятельности у детей с патологией органа зрения, при проведении медико-социальной экспертизы требуется также учитывать и социальный аспект. У детей школьного возраста необходимо проводить оценку возможности получить образование на уровне общего среднего с созданием или без создания специальных условий (обучение с использованием специальных образовательных программ, учебных планов, организации образовательного процесса и создания иных необходимых условий).

В настоящее время условиями для установления лицу в возрасте до 18 лет категории «ребенок-инвалид» являются стойкие нарушения функций органов и систем организма вследствие заболеваний и травм, приводящие к ограничениям категорий жизнедеятельности (способность к самостоятельному передвижению, способность к самообслуживанию, способность к общению, способность к ориента-

ции, способность контролировать свое поведение, способность к обучению, способность к ведущей возрастной деятельности у лиц возрасте до 14 лет, способность к трудовой деятельности у лиц возрасте от 14 лет до 18 лет) с учетом компенсации лекарственными средствами, техническими средствами социальной реабилитации и иными вспомогательными средствами [6].

Цель работы — разработка критериев, характеризующих нарушения сенсорных функций (функции зрения) у детей с патологией органа зрения в возрасте от 6 до 18 лет.

Материалы и методы. Объектом исследования явился 51 ребенок школьного возраста, имеющий патологию органа зрения и прошедший освидетельствование в УЗ «Медико-реабилитационная экспертная комиссия Минской области» и консультативно-поликлиническом отделении ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации» с 2019 по 2020 г.

В анализируемой группе преобладали ($P < 0,001$) мальчики (68,6 %, 95% ДИ: 55,0–79,7, $\chi^2 = 14,2$,) и городские жители (70,6 %, 95% ДИ: 57,0–81,3, $\chi^2 = 17,3$). Все пациенты были разделены по возрастным группам в соответствии с общепринятой периодизацией школьного возраста, определяющей основное содержание повседневной жизни ребенка в конкретный возрастной период: младший школьный возраст — 6–9 лет, средний школьный возраст — 10–13 лет, старший школьный возраст — 14–18 лет.

Было проведено клинко-функциональное и клинко-экспертное исследование с целью диагностики нарушенных функций органов и систем организма и ограничений жизнедеятельности у детей школьного возраста с патологией органа зрения. Всем детям проводился комплексный осмотр врача-офтальмолога с визометрией (для дали и для близи), авторефрактометрией, биомикроскопией, офтальмоскопией, осмотром глазного дна (преимущественно бесконтактно, линзой +60D, +90D, но по показаниям — с фундус-линзой), определением угла косоглазия по Гиршбергу.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием стандартного пакета статистического и математического анализа приложения VassarStats: Website for Statistical Computation. Для показателей, характеризующих качественные признаки, учитывалось абсолютное число, относительная величина в процентах (p), при расчете погрешности — 95%-й доверительный интер-

вал (95% ДИ). Достоверность различий количественных показателей определялась по критерию Манна — Уитни (U), качественных показателей — критерию χ^2 . Анализ взаимосвязи между количественными и ранговыми критериями проводился с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена (r_s), ранговыми и ранговыми — Кендалл тау (r_k), дихотомическими — коэффициента ассоциации ϕ (фи) с оценкой силы связи — согласно рекомендациям Rea & Parker. Различия между исследуемыми группами учитывались при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Анализ результатов клинко-функционального и клинко-экспертного исследования 51 ребенка с заболеваниями органа зрения и придаточного аппарата глаза показал, что наиболее распространенной (23,5 %, 95% ДИ: 14,0–36,8) патологией, приводящей к инвалидности у детей школьного возраста, была атрофия зрительного нерва (в том числе частичная). Второе место занимала врожденная миопия (17,7 %, 95% ДИ: 9,6–30,3), третья — гиперметропия (13,7 %, 95% ДИ: 6,8–25,7).

В ходе анализа имеющихся у исследованного контингента функциональных нарушений было установлено, что у всех 100,0 % (95% ДИ: 94,2–100,0) детей имелись нарушения функций зрения, а у 13,7 % (95% ДИ: 5,6–21,5) они характеризовались также анатомическим дефектом (слепотой на один глаз).

По результатам исследования очевидно, что у детей преимущественно ($p < 0,001$) затрагивались такие категории, как способность к ориентации, нарушенная в 62,8 % (95% ДИ: 49,0–74,7) случаев, из них в 46,9 % (95% ДИ: 30,9–63,6) — умеренной степени (ФК 2), и способность к обучению, нарушенная в 47,1 % (95% ДИ: 34,1–60,5) случаев, из них в 70,8 % (95% ДИ: 50,8–85,1) — легкой степени (ФК 1), что отражено в таблице 1.

Среди данного контингента у 66,7 % (95% ДИ: 53,0–78,0) детей была установлена категория «ребенок-инвалид» и степень утраты здоровья (СУЗ), что отражено на рисунке 1.

Анализ влияния некоторых личностных факторов (пола, возрастного периода) на остроту зрения с коррекцией, как на лучше видящем глазу, так и на хуже видящем глазу, показал, что статистически значимых различий среди разных групп детей не обнаружено ($p \geq 0,05$). У сельских жителей острота зрения на хуже видящем глазу (0,18 (0,07; 0,5)) была значительно ($U = 155$, $Z = -2,36$, $p = 0,018$) выше, чем у городских жителей.

Таблица 1 — Нарушенные категории жизнедеятельности у исследованного контингента ($n = 51$)

Категория	Количество		
	абс.	$p, \%$	95% ДИ
Способность к самостоятельному передвижению	4	7,8	3,1–18,5
Способность к самообслуживанию	6	11,8	5,5–23,4
Способность к общению	3	5,9	2,0–15,9
Способность к ориентации	32	62,8	49,0–74,7
Способность контролировать свое поведение	2	3,9	10,8–13,2
Способность к ведущей возрастной деятельности	7	13,7	6,8–25,7
Способность к обучению	24	47,1	34,1–60,5



Рисунок 1 — Структура СУЗ у 51 ребенка с патологией органа зрения

Была обнаружена средней силы обратная (отрицательная) взаимосвязь ($r_s = 0,30$, $p < 0,05$) возраста ребенка и степени выраженности у него ограничения жизнедеятельности: с возрастом отмечалось снижение ограничения способности к ориентации, что обусловлено проведенными мероприятиями медицинской реабилитации и лечением. При этом снижение степени выраженности ограничения жизнедеятельности у данных детей отмечалось за счет улучшения остроты зрения с коррекцией на лучше видящем глазу ($r_s = 0,29$, $p < 0,05$).

Был проведен анализ влияния различных показателей, характеризующих зрительные на-

рушения, на степень выраженности ограниченной жизнедеятельности и СУЗ, при этом у 34 (66,7 %, 95% ДИ: 53,0–78,0) детей имелось ограничение способности к ориентации различной степени выраженности, отсутствовало — у 17 (33,3 %, 95% ДИ: 22,0–47,0) пациентов.

Распределение детей (51) согласно интервалам остроты зрения по международным классификациям нарушения зрения установило, что у детей с наиболее распространенной остротой зрения с коррекцией на лучше видящем глазу (64,8 %, 95% ДИ: 51,0–76,4) была острота 0,6–1,0 ($P < 0,001$), а на хуже видящем глазу (37,3 %, 95% ДИ: 25,3–51,0) — 0,1–0,3 ($p < 0,001$), что отражено в таблице 2.

Корреляционный анализ установил сильную связь ($r_s = -0,70$, $p < 0,001$) между остротой зрения с коррекцией на хуже видящем глазу и степенью выраженности ограничения способности к ориентации, и среднюю ($r_s = -0,41$, $p < 0,01$) — между остротой зрения с коррекцией на лучше видящем глазу и степенью выраженности ограничения способности к ориентации.

Среднее значение показателей остроты зрения у детей с коррекцией (Vis) в зависимости от степени выраженности ограничения жизнедеятельности и СУЗ представлены в таблице 3.

Таблица 2 — Распределение детей со зрительными нарушениями в зависимости от интервала остроты зрения с коррекцией на хуже и лучше видящем глазу

Острота зрения с коррекцией (нарушение)	На лучше видящем глазу ($n = 51$)			На хуже видящем глазу ($n = 51$)		
	абс.	$p, \%$	95% ДИ	абс.	$p, \%$	95% ДИ
0,6–1,0 (отсутствует или незначительное)	33	64,8	51,0–76,4	3	5,9	2,0–15,9
0,4–0,5 (легкое)	4	7,8	3,1–18,5	7	13,7	6,8–25,7
0,1–0,3 (умеренное)	11	21,6	12,5–34,6	19	37,3	25,3–51,0
0,05–0,09 (тяжелое)	2	3,9	1,1–13,2	7	13,7	6,8–25,7
0,02–0,04 (слепота)	—	0,0	0,0–7,0	10	19,6	11,2–32,5
Ниже 0,02 (слепота)	1	1,9	0,4–10,3	5	9,8	4,3–21,0

Таблица 3 — Средняя острота зрения у детей с патологией органа зрения ($n = 51$)

СУЗ		На лучше видящем глазу	На хуже видящем глазу
		Me ($Q_1; Q_3$)	Me ($Q_1; Q_3$)
1	Первая СУЗ ($n = 11$)	0,7 (0,2; 1,0)	0,09 (0,06; 0,2)
2	Вторая СУЗ ($n = 16$)	1,0 (0,25; 1,0)	0,03 (0,02; 0,13)
3	Третья СУЗ ($n = 6$)	0,1 (0,06; 0,1)	0,04 (0,00; 0,1)
4	Четвертая СУЗ ($n = 1$)	0,00	0,00
5	Ограничение отсутствует ($n = 17$)	1,0 (0,6; 1,0)	0,3 (0,2; 0,5)
Достоверность различий		$U_{1-3} = 9,0, Z = 2,3,$ $p = 0,018$ $U_{2-3} = 11,5, Z = 2,7,$ $p = 0,008$ $U_{3-5} = 11,5, Z = 2,7,$ $p = 0,003$	$U_{1-2} = 42,5, Z = 2,2,$ $p = 0,026$ $U_{1-5} = 29,5, Z = 2,9,$ $p = 0,003$ $U_{2-5} = 30,5, Z = 3,8,$ $p < 0,001$ $U_{3-5} = 1,0, Z = 3,5,$ $p < 0,001$

У детей с первой СУЗ средняя V_{is} на лучше видящем глазу находилась в границах незначительного нарушения (0,7), при этом у 50,0 % детей она не опускалась ниже значений умеренного нарушения (0,2; 1,0), а средняя V_{is} на хуже видящем глазу — выраженного нарушения (0,09), и у 50,0 % детей она не поднималась выше интервалов умеренного нарушения (0,06; 0,2).

Среди детей со второй СУЗ средняя V_{is} на лучше видящем глазу располагалась в тех же границах, что и при легком нарушении (1,0; 0,25; 1,0), а на хуже видящем глазу — в границах слепоты (0,03), не поднимаясь выше границ умеренного нарушения (0,02; 0,13) у 50,0 % детей.

При третьей СУЗ у школьников с патологией органа зрения средняя V_{is} на лучше видящем глазу находилась в границах умеренного нарушения (0,1), но могла достигать и значений выраженного нарушения (0,06; 0,1), а на хуже видящем глазу — слепоты (0,04), располагаясь в границах слепоты и умеренного нарушения (0,00; 0,1).

Ввиду того, что в исследовании принимал участие только 1 (1,9 %, 95% ДИ: 0,4–10,3) ребенок с четвертой СУЗ, провести анализ средней V_{is} не представлялось возможным.

Кроме того, в ходе сравнительного анализа средней остроты зрения у детей при различных СУЗ было установлено следующее:

— у детей с первой СУЗ вследствие патологии органа зрения отмечается более низкая острота зрения с коррекцией на хуже видящем глазу ($U = 29,5, Z = 2,9, p = 0,003$), в отличие от детей с незначительным ограничением жизнедеятельности и более высокая ($U = 42,5, Z = 2,2,$

$p = 0,026$) в отличие от детей со второй СУЗ; при этом различий в остроте зрения на лучше видящем глазу с данными детьми нет ($p \geq 0,05$);

— у детей со второй СУЗ различия ($U = 11,5, Z = 2,7, p = 0,008$) в остроте зрения с коррекцией отмечаются с третьей СУЗ на лучше видящем глазу, а различий в остроте зрения на хуже видящем глазу нет ($p > 0,05$);

— у детей с третьей СУЗ отмечаются значимые различия ($U = 9,0, Z = 2,3, p = 0,018$) в остроте зрения с коррекцией на лучше видящем глазу с детьми со второй СУЗ ($p < 0,05$).

Важным показателем при оценке степени выраженности нарушения функции зрения является переносимость и эффективность очковой коррекции ($r_s = 0,52, p < 0,001$) нарушений зрительных функций. У 25,5 % (95% ДИ: 15,6–38,9) детей очковая коррекция зрительных нарушений была возможной, но являлась непереносимой, а у 17,6 % (95% ДИ: 9,6–30,3) — являлась неэффективной.

Было установлено, что в 61,8 % (95% ДИ: 45,0–76,1) случаев у детей с СУЗ вследствие патологии органа зрения имеется косоглазие (в 81,0 % случаев, 95% ДИ: 60,0–92,3 содружественное), а в 20,6 % (95% ДИ: 10,4–36,6) — нистагм (в 71,4 % случаев, 95% ДИ: 35,9–91,8 горизонтальный). Среди детей с незначительным ограничением категорий жизнедеятельности косоглазие отмечалось у 58,8 % (95% ДИ: 36,0–78,4) пациентов, а нистагм ни у одного (95% ДИ: 0,0–18,4).

В ходе исследования была установлена сильная взаимосвязь ($\chi^2_{1-2} = 28,7, p < 0,001, \phi = 0,75$) между формированием инвалидности у детей школьного возраста и наличием нистагма.

Среди 31 исследуемого ребенка наиболее часто встречались следующие виды косоглазия: содружественное — в 81,0 % (95% ДИ: 60,0–92,3) случаев, приобретенное — в 57,1 % (95% ДИ: 36,5–75,5), периодическое — в 100,0 % (95% ДИ: 84,5–100,0), монолатеральное — в 81,0 % (95% ДИ: 60,0–92,3), субкомпенсированное — в 52,3 % (95% ДИ: 32,4–71,6), горизонтальное — в 52,3 % (95% ДИ: 32,4–71,6), сходящееся — в 71,4 % (95% ДИ: 50,1–86,2), что нашло отражение в таблице 4.

У детей, не имеющих инвалидности, косоглазие было содружественным в 100,0 % (95% ДИ: 72,3–100,0) случаев, врожденным — в 80,0 % (95% ДИ: 49,0–94,3), постоянным — в 90,0 % (95% ДИ: 59,6–98,2), монолатеральным — в 90,0 % (95% ДИ: 59,6–98,2), субкомпенсированным — в 100,0 % (95% ДИ: 72,3–100,0), смешанным — в 70,0 % (95% ДИ: 39,7–89,2), сходящимся — в 70,0 % (95% ДИ: 39,7–89,2). При этом было установлено, что

у детей-инвалидов периодическое косоглазие встречалось достоверно чаще ($p < 0,001$, $\phi = 0,93$), чем у детей, не имеющих инвалидности.

Проведенное исследование позволило обнаружить средней силы корреляционную связь ($r_k = 0,47$, $p < 0,01$) между степенью выраженности косоглазия и его направлением: горизонтальное косоглазие чаще было компенсированным, нежели смешанным, при котором чаще обнаруживалось субкомпенсированное состояние. Средняя величина угла косящего глаза у детей с первой СУЗ составляла 6°, при второй, третьей и четвертой СУЗ — 10° (таблица 5). Статистически значимой разницы обнаружено не было ($P \geq 0,05$).

Характер зрения был оценен у 47 детей, которые понимали суть исследования (исключение составили дети с умственной отсталостью): у 63,8 % (95% ДИ: 49,5–76,0) зрение было монокулярное, у 34,0 % (95% ДИ:

Таблица 4 — Виды косоглазия и их характеристики у детей-инвалидов и у детей, не имеющих инвалидности

Показатель		Дети с инвалидностью ($n = 21$)			Дети без инвалидности ($n = 10$)		
		абс.	p , %	95% ДИ	абс.	p , %	95% ДИ
Вид	содружественное	17	81,0	60,0–92,3	10	100,0	72,3–100,0
	паралитическое	4	19,0	0,7–40,0	—	0,0	0,0–27,7
Срок возникновения	врожденное	9	42,9	24,5–63,5	8	80,0	49,0–94,3
	приобретенное	12	57,1	36,5–75,5	2	20,0	5,7–51,0
Стабильность	периодическое	21	100,0	84,5–100,0	1	10,0	1,8–40,4
	постоянное	—	0,0	0,0–15,5	9	90,0	59,6–98,2
Вовлечение	монолатеральное	17	81,0	60,0–92,3	9	90,0	59,6–98,2
	перемежающееся	4	19,0	0,7–40,0	1	10,0	1,8–40,4
Выраженность	скрытое	1	4,8	0,9–22,7	—	0,0	0,0–27,7
	компенсированное	8	38,1	20,8–59,1	—	0,0	0,0–27,7
	субкомпенсированное	11	52,3	32,4–71,6	10	100,0	72,3–100,0
	декомпенсированное	1	4,8	0,9–22,7	—	0,0	0,0–27,7
Направление	горизонтальное	11	52,3	32,4–71,6	2	20,0	5,7–51,0
	вертикальное	3	14,3	5,0–34,6	1	10,0	1,8–40,4
	смешанное	7	33,4	17,9–54,6	7	70,0	39,7–89,2
Форма	сходящееся	15	71,4	50,1–86,2	7	70,0	39,7–89,2
	расходящееся	6	28,6	13,5–50,0	3	30,0	10,8–60,3

Таблица 5 — Средняя величина угла косоглазия у детей с косоглазием ($n = 31$)

СУЗ	Me (Q_1 ; Q_3), в градусах
Первая ($n = 5$)	6 (5; 8,5)
Вторая ($n = 10$)	10 (7; 15)
Третья ($n = 5$)	10 (10; 15)
Четвертая ($n = 1$)	10 (10; 10)
СУЗ отсутствует ($n = 10$)	7 (7; 10)

22,2–48,3) — бинокулярное, у 2,1 % (95% ДИ: 0,4–11,1) — одновременное.

Сужение полей зрения отмечалось у 5,9 % (95% ДИ: 2,0–15,9) детей: у одного ребенка оно было двухсторонним в пределах 10–15°, у двух — одностороннее до 40–65°.

Заключение. На основании проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

1) наиболее распространенной (23,5 %, 95% ДИ: 14,0–36,8) патологией у детей, приводящей к инвалидности, была атрофия зрительного нерва;

2) все (100,0 %, 95% ДИ: 93,0–100,0) дети с патологией органа зрения имели нарушения сенсорных функций, которые приводили к ограничению преимущественно ($p < 0,001$) таких категорий, как способность к ориентации (62,8 %, 95% ДИ: 49,0–74,7) и способность к обучению (47,1 %, 95% ДИ: 34,1–60,5), что привело к установлению категории «ребенок-инвалид» у 66,7 % (95% ДИ: 53,0–78,0) детей;

3) важным критерием, влияющим на степень выраженности ограничения способности к ориентации у детей школьного возраста с патологией органа зрения, была острота зрения с коррекцией как на лучше видящем глазу ($r_s = -0,41$, $p < 0,01$), так и на хуже видящем глазу ($r_s = -0,70$, $p < 0,001$);

4) при наличии легкого ограничения способности к ориентации у школьников со зрительными нарушениями наиболее важным показателем является острота зрения на хуже видящем глазу: именно она позволяет наиболее объективно дифференцировать его от незначительного ($U = 29,5$, $Z = 2,9$, $p = 0,003$) и умеренного ($U = 42,5$, $Z = 2,2$, $p = 0,026$);

5) при разграничении умеренного ограничения способности к ориентации с выраженным ограничением жизнедеятельности требуется использовать параметр остроты зрения с коррекцией на лучше видящем глазу ($U = 11,5$, $Z = 2,7$, $p = 0,008$), а с легким — на хуже видящем глазу ($U = 42,5$, $Z = 2,2$, $p = 0,026$);

6) при оценке степени выраженности нарушения функции зрения необходимо учитывать переносимость и эффективность очковой коррекции ($r_s = 0,52$, $p < 0,001$) нарушения и наличие нистагма ($\phi = 0,75$).

Таким образом, по данным исследования были выделены критерии, характеризующие нарушения сенсорных функций (функции зрения) у детей, имеющих ограничения жизнедеятельности вследствие патологии органа зрения, в возрасте от 6 до 18 лет.

Список цитированных источников

1. Смычек, В. Б. Конвенция о правах инвалидов: разные возможности — равные права / В. Б. Смычек // Здравоохранение. — 2017. — № 5. — С. 5–10.
2. Количественная система оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма ребенка в возрасте до 18 лет, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами (в процентах, применительно к клинико-функциональной характеристике стойких нарушений функций организма человека) [Электронный ресурс] : приложение № 2 к классификациям и критериям, используемым при осуществлении медико-социальной экспертизы федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, утвержденным приказом М-ва труда и социальной защиты Рос. Федерации от 27 авг. 2019 г. № 585н. — Режим доступа: https://www.invalidnost.com/MSE/PRMT/585n/PR_MT_N585n_DETI_pril_2.html. — Дата доступа: 18.05.2022.
3. Косова, Е. А. Классификация детей с нарушением зрения по признаку «Использование информационно-коммуникационных технологий в обучении» / Е. А. Косова // Інформаційні технології в освіті. — 2010. — № 8. — С. 132–137.
4. Коррекционно-развивающая работа с детьми с нарушением зрения / Е. Л. Норкина [и др.] — Йошкар-Ола : ГБОУ РМЭ «Центр психолого-педагогической реабилитации и коррекции, подготовки семей для принятия детей и их профессионального сопровождения «Детство», 2014. — 40 с.
5. Магзумова, Д. Г. Оценка признаков ограничения жизнедеятельности и степени их выраженности у детей с офтальмопатологией / Д. Г. Магзумова // Медицина и экология. — 2009. — Т. 53, № 4. — С. 60–62.
6. Об утверждении Инструкции о порядке освидетельствования (переосвидетельствования) пациентов (инвалидов) при проведении медико-социальной экспертизы [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохр. Респ. Беларусь, 9 июня 2021 г., № 77 // ILEX / ООО «ЮрСпектр». — Режим доступа: <https://ilex-private.ilex.by/view-document/BELAW/174712/#M100001>. — Дата доступа: 18.05.2022.



Disability criteria in schoolchildren with vision organ pathology

Doroshenko I.¹, Golikova V.², Golikova K.¹, Boyarovskaya A.¹, Amelchenya M.³

¹State Institution “National science and practice center of medical assessment and rehabilitation”, district of the village of Yukhnovka, Republic of Belarus;

²State Educational Institution “Belarusian Medical Academy of Post-Graduate Education”, Minsk, Republic of Belarus;

³Health Care Institution “Medical and rehabilitation assessment commission of the Minsk region”, Lesnoy, Republic of Belarus

The article presents the results of the clinical-functional and clinical assessment of schoolchildren with disabilities due to the vision organ pathology. It has been proved that an important criterion influencing the severity of disability in schoolchildren with vision organ pathology was visual acuity with correction both in the better seeing eye ($r_s = -0.41$, $p < 0.01$) and in the worse seeing eye ($r_s = -0.70$, $p < 0.001$).

Keywords: disabled children, vision, visual impairment, disability, health loss degree.

Поступила 16.06.2022