

Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации  
Федеральное государственное бюджетное учреждение  
«Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г. А. Альбрехта»  
Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации

# **Технологии реабилитации: наука и практика**

**Материалы  
Международной научной конференции**

**Санкт-Петербург, 25-26 апреля 2018 г.**

**Санкт-Петербург  
2018**

Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation  
“Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled  
named after G.A. Albrecht”  
Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation

**The International Scientific Conference**  
**Technologies of Rehabilitation:**  
**Science and Practice**

**Proceedings**

**St.Petersburg, 25th – 26th April 2018**

**St.Petersburg**  
**2018**

**УДК 364**

**ББК 67.305**

Международная научная конференция «Технологии реабилитации: наука и практика»: материалы международной научной конференции, Санкт-Петербург, 25-26 апреля 2018 года / Минтруд России; [Глав. ред. д-р мед. наук, проф., Г.Н.Пономаренко; ред. коллегия: канд. биол. наук. А.В. Шошмин, канд. мед. наук Н.Н. Лебедева, канд. псих. наук В. В. Лорер]. – Санкт-Петербург: ООО «Р-КОПИ», 2018. - 234 с.

В сборнике материалов международной научной конференции «Технологии реабилитации: наука и практика» представлены статьи и тезисы, обобщающие результаты научно-практических исследований в области реализации Конвенции о правах инвалидов, современной модели инвалидности, пилотного проекта по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов, ранней помощи детям, проблем реабилитации инвалидов, оценки эффективности реабилитации, применения Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, межведомственного взаимодействия при освидетельствовании и реабилитации инвалидов, использования ассистивных технологий в реабилитации.

Представленные в сборнике материалы адресованы специалистам учреждений медико-социальной экспертизы, реабилитации, образования, социальной защиты населения, служб ранней помощи детям и занятости.

Главный редактор:

Пономаренко Г.Н. – заслуженный деятель науки Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор, генеральный директор ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России

Редакционная коллегия:

Шошмин А.В. – кандидат биологических наук, руководитель отдела международных классификаций и систем реабилитации (Сотрудничающий центр ВОЗ) ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России

Лебедева Н.Н. - кандидат медицинских наук

Лорер В.В. – кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник отдела отдела международных классификаций и систем реабилитации (Сотрудничающий центр ВОЗ) ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России

© Минтруд России, 2018

© ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта  
Минтруда России, 2018

© ООО «Р-КОПИ», 2018

ISBN 978-5-6040914-8-7

International Conference "Technologies of Rehabilitation: Science and Practice": proceedings of the international conference, St. Petersburg, 25-26 April 2018 / Ministry of Labour of Russia; [Head. Ed. Dr. Med. Sci., prof., G.N. Ponomarenko; Ed. college: Cand. Biol. Sciences. A.V. Shoshmin, Cand. Med. Sci. N.N. Lebedev, Cand. Psych. Sci. V. V. Lorer]. - St. Petersburg: OOO "R-COPY", 2018. - 234 p.

The collection of proceedings of the International Scientific Conference "Technologies of Rehabilitation: Science and Practice" presents articles and short papers summarizing the results of scientific and practical research in the field of implementation of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, a modern model of disability, a pilot project on the formation of a comprehensive rehabilitation and habilitation system for disabled and disabled children , early childhood intervention, rehabilitation of disabled people, evaluation of rehabilitation effectiveness, implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health, inter-agency cooperation on the inspection and rehabilitation of disabled persons, the use of assistive technology in rehabilitation.

The materials presented in the collection are addressed to specialists of the institutions of medical and social expertise, rehabilitation, education, social protection of the population, early childhood services and employment.

Chief Editor:

Ponomarenko G.N. - Honored Worker of Science of the Russian Federation, Doctor of Medical Sciences, Professor, Director General of FSBI "FSCRD n.a. G.A. Albrecht" of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation

Editorial college:

Shoshmin A.V. - Candidate of Biological Sciences, Head of the Department of International Classifications and Systems of Rehabilitation (the WHO Collaborating Centre) FSBI "FSCRD n.a. G.A. Albrecht" of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation

Lebedeva N.N. - Candidate of Medical Sciences

Lorer V.V. - Candidate of Psychological Sciences, Leading Researcher of Department of International Classifications and Systems of Rehabilitation (the WHO Collaborating Centre) FSBI "FSCRD n.a. G.A. Albrecht" of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation



**Участникам Международной  
научной конференции «Технологии в  
реабилитации: наука и практика»**

Уважаемые участники конференции!

От имени Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации и от себя лично приветствую Вас на открытии Международной научной конференции «Технологии в реабилитации: наука и практика».

Проведение конференции является значимым событием.

В рамках государственной программы «Доступная среда» с 1 января 2016 года в Российской Федерации начата реализация новой подпрограммы по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов.

Вопросы профилактики инвалидности, усиление сотрудничества организаций, занимающихся медицинской, профессиональной, социальной реабилитацией, занятостью инвалидов в связи с реализацией подпрограммы в настоящее время приобрели особую актуальность и решение их во многом зависит от эффективной совместной работы различных ведомств. Важно развитие международных контактов, изучение и внедрение опыта оказания реабилитационных услуг зарубежными коллегами.

Планируется, что итогом такой подпрограммы будет создание в стране современной системы комплексной реабилитации.

Уверен, проведение конференции послужит дополнительным стимулом к объединению усилий по выработке приоритетных направлений развития научных и прикладных исследований, появлению новых технологий в области реабилитации и абилитации, а также повысит эффективность сотрудничества.

Желаю всем участникам конференции интересного общения, творческих успехов, плодотворной работы!

**Г.Г. Лекарев**

**Участникам Международной  
научной конференции «Технологии  
реабилитации: наука и практика»**

Уважаемые участники конференции!

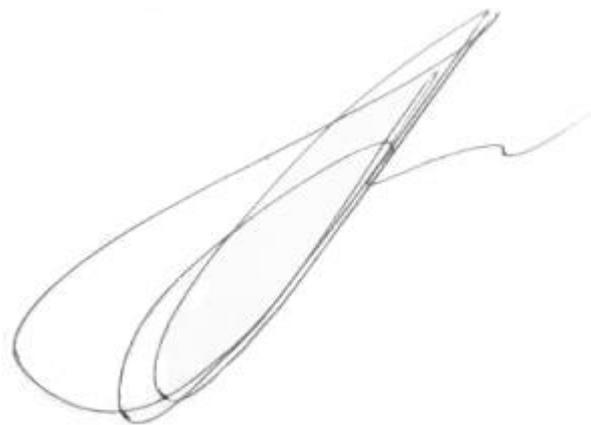
От имени Правительства Санкт-Петербурга сердечно приветствую участников и организаторов международной научной конференции «Технологии реабилитации: наука и практика».

Убеждена, что международная научная конференция, проводимая в Северной столице, будет способствовать дальнейшему развитию системы реабилитации и реабилитационных услуг, с учетом международных стандартов и программ ООН и ВОЗ применения ассистивных средств и технологий.

Представители науки и практики встретились, чтобы обсудить насущные проблемы реабилитации, разработать и согласовать принципиальные решения на будущее. От того как будет проходить модернизация реабилитационной инфраструктуры, какими темпами и в каких объемах, зависит социальная стабильность, качество жизни и здоровье населения нашей страны в обозримом будущем.

Желаю Вам здоровья, успехов в труде, благополучия и незабываемых впечатлений от пребывания в Санкт-Петербурге.

Вице – Губернатор  
Санкт-Петербурга



А.В.Митянина

## Оглавление

<b>Раздел 1. Реабилитация в России: пути развития.....</b>	<b>27</b>
<b>Инициатива ВОЗ «Реабилитация 2030: призыв к действию».....</b>	<b>27</b>
Этьен Круг, Аларкос Сьеса	
<b>УКРЕПЛЕНИЕ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ ПО РЕАБИЛИТАЦИИ .....</b>	<b>27</b>
Рожко К.Н., Шошмин А.В.	
<b>АНАЛИЗ ИСПОЛНЕНИЯ ПРАВ ИНВАЛИДОВ ПО ПРЕДОСТАВЛЕНИЮ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РАЗНЫХ СТРАНАХ. ....</b>	<b>30</b>
Шестаков В.П., Свинцов А.А., Радуту В.И., Чернякина Т.С., Геращенко Л.И.	
<b>ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ РАЗРАБОТКЕ И РЕАЛИЗАЦИИ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ (АБИЛИТАЦИИ) ИНВАЛИДОВ НА РЕГИОНАЛЬНОМ И МУНИЦИПАЛЬНОМ УРОВНЕ</b>	<b>31</b>
Исаева Е.Р., Рогачева Т.В.	
<b>ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА .....</b>	<b>32</b>
Шестаков В.П., Свинцов А.А., Радуту В.И., Чернякина Т.С., Рочева Я.С.	
<b>ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ РЕАЛИЗАЦИИ КОНВЕНЦИИ ООН О ПРАВАХ ИНВАЛИДОВ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ В ЧАСТИ ДОСТУПНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ УСЛУГ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ .....</b>	<b>38</b>
Дэвид Бэйнс	
<b>ЭКОСИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ВНЕДРЕНИЮ АССИСТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ.....</b>	<b>39</b>
Васильченко Е.М.	
<b>РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ С УТРАТОЙ КОНЕЧНОСТИ. РОССИЙСКАЯ И МЕЖДУНАРОДНАЯ ПРАКТИКА.....</b>	<b>41</b>
Радуту В.И., Шестаков В.П., Свинцов А.А., Чернякина Т.С.	
<b>ОТДЕЛЬНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РЕГИОНАЛЬНОГО И МУНИЦИПАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА В РАКУРСЕ РЕАЛИЗАЦИИ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ .....</b>	<b>42</b>
Медведская Д.Р.	
<b>О РЕАЛИЗАЦИИ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА ПО ОТРАБОТКЕ ПОДХОДОВ К ФОРМИРОВАНИЮ СИСТЕМЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....</b>	<b>45</b>
Злоказов А.В., Онохова Т.С.	
<b>ФАКТОРЫ (ПРОБЛЕМЫ), ПРЕПЯТСТВУЮЩИЕ ЭФФЕКТИВНОМУ МЕЖВЕДОМСТВЕННОМУ ВЗАИМОДЕЙСТВИЮ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ И ПУТИ ИХ МИНИМИЗАЦИИ (УСТРАНЕНИЯ).....</b>	<b>47</b>

Бронников В.А., Долгомирова Н.В.	
<b>ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В СИСТЕМЕ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В ПЕРМСКОМ КРАЕ .....</b>	<b>54</b>
Карасаева Л.А., Деденева И.В., Павлова С.В., Хорькова О.В., Горяйнова М.В.	
<b>ОПРЕДЕЛЕНИЕ КРИТЕРИЯ "СТОЙКОСТИ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА", КАК ОСНОВЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ.....</b>	<b>55</b>
Горяйнова М.В., Карасаева Л.А., Мясников И.Р.	
<b>НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ ОСНОВА ДЕЛОПРОИЗВОДСТВА В УЧРЕЖДЕНИЯХ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ .....</b>	<b>56</b>
Пономаренко Г.Н., Сокуров А.В., Свинцов А.А., Ермоленко Т.В.	
<b>СООТВЕТСТВИЕ ПРОЕКТА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТАНДАРТА «СПЕЦИАЛИСТ ПО МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ» ФЕДЕРАЛЬНОМУ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВУ ....</b>	<b>59</b>
Горяйнова М.В., Карасаева Л.А., Деденева И.В., Павлова С.В., Хорькова О.В.	
<b>ОСОБЕННОСТИ ДЕЛОПРОИЗВОДСТВА УЧРЕЖДЕНИЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ .....</b>	<b>60</b>
Владимирова О.Н., Сокуров А.В., Геращенко Л.И., Ермоленко Т.В., Радуту В.И., Ломоносова О.В., Жданов Ю.И.	
<b>АККРЕДИТАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ: ПРОБЛЕМЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ.....</b>	<b>61</b>
Сокуров А.В., Старобина Е.М., Радуту В.И., Ермоленко Т.В., Жданов Ю.И.	
<b>ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ЦЕНТРОВ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ.....</b>	<b>62</b>
Владимирова О.Н., Сокуров А.В., Геращенко Л.И., Ермоленко Т.В., Радуту В.И., Ломоносова О.В., Жданов Ю.И.	
<b>ПОЛНОМОЧИЯ РЕГИОНОВ ПО АККРЕДИТАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ.....</b>	<b>64</b>
Бурлуцкая М.Г., Кузьмин К. В., Лайковская Е. Э., Петрова Л. Е., Сосунова Л. И.	
<b>ИССЛЕДОВАНИЕ ПОТРЕБНОСТЕЙ ИНВАЛИДОВ И ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ ВО ВРЕМЕННОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ ТЕХНИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ.....</b>	<b>65</b>
Рябокоть А.Г., Доронина О.Е., Мустафин Р.Н.	
<b>ПОТРЕБНОСТЬ ИНВАЛИДОВ В ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВАХ РЕАБИЛИТАЦИИ .....</b>	<b>67</b>
Демина Э.Н.	
<b>ЦЕНТР ПРОКАТА ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ РЕАБИЛИТАЦИИ.....</b>	<b>68</b>
Дэвид Бэйнс	
<b>ВЛИЯНИЕ ПРОРЫВНЫХ ИННОВАЦИЙ НА ИНДУСТРИЮ АССИСТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ.....</b>	<b>69</b>

Наташа Алтин	
<b>ПЕРЕСМОТР ФУНДАМЕНТАЛЬНЫХ ОСНОВ КАНАДСКОЙ СИСТЕМЫ АССИСТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ</b> .....	71
Наташа Алтин	
<b>АССИСТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ ПОЖИЛЫХ В КАНАДЕ: БУДУЩЕЕ НАПРАВЛЕНИЕ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ПОЛИТИЧЕСКОЙ СТРАТЕГИИ</b> .....	72
Хорхе Летечипиа	
<b>ПРИМЕНЕНИЕ УСЛУГ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ. МЕЖВЕДОМСТВЕННАЯ МОДЕЛЬ</b> .....	75
Кароль Е.В., Абросимов А.В., Попова Н.В., Мартынов А.С.	
<b>ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В 2015-2017 ГОДАХ</b> .....	77
Соловьева В. А.	
<b>ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕЖДУНАРОДНОГО СОЮЗА СВЯЗИ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ДОСТУПА К ИКТ ДЛЯ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ</b> .....	78
Гордеева А.А., Давыдов А.Т.	
<b>САЙТ ОРГАНИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИИ КАК ИНСТРУМЕНТ КОММУНИКАЦИИ С ПАЦИЕНТОМ</b> .....	79
Крюкова Т. А.	
<b>ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МАТЕРИНСКОГО КАПИТАЛА ДЛЯ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ И ИНТЕГРАЦИИ В ОБЩЕСТВО ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ</b> .....	80
Геращенко Л. И.	
<b>САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ ИНВАЛИДОВ: СОЦИАЛЬНЫЕ УСТАНОВКИ И РЕАЛЬНОСТЬ</b> .....	81
Свинцов А. А.	
<b>ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ ЖИЗНЬ, УЧАСТИЕ В ЖИЗНИ ОБЩЕСТВА</b> .....	85
Ричард Фиттон, Эдна Дэйвис	
<b>МЕДИЦИНСКИЕ ЭЛЕКТРОННЫЕ ЗАПИСИ ПАЦИЕНТА КАК НОВЫЙ ВИД АССИСТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ - ИСТОРИЯ АБИГЕЙЛ</b> .....	87
Кожушко Л.А., Владимирова О.Н., Шошмин А.В.	
<b>НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ТЕХНОЛОГИЙ СОПРОВОЖДАЕМОГО ПРОЖИВАНИЯ ИНВАЛИДОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ</b> .....	88
Севастьянов М.А., Владимирова О.Н., Сарана А.М., Божков И.А.	
<b>ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРОЦЕССА РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТРАДАВШИХ НА ПРОИЗВОДСТВЕ</b> .....	93

<b>Раздел 2. Общение и ассистивные технологии .....</b>	<b>98</b>
<b>Ассистивные технологии в ранней помощи, при обучении базовым навыкам, в образовании, занятости .....</b>	<b>98</b>
Шелепин К.Ю., Шелепин Е.Ю., Балякова А.А.	
<b>АССИСТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В АЛЬТЕРНАТИВНОЙ КОММУНИКАЦИИ.....</b>	<b>98</b>
Кошечкина Т.В.	
<b>АССИСТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ФОРМИРОВАНИИ УСТНОРЕЧЕВОЙ КОММУНИКАЦИИ .....</b>	<b>99</b>
Кралицына Е. Ю. , Романова Н. А.	
<b>РАЗВИТИЕ СЛУХОРЕЧЕВЫХ ФУНКЦИЙ ДЕТЕЙ С КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИЕЙ В СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ.....</b>	<b>100</b>
Пономарев С.А., Рябоконт А.Г., Доронина О.Е.	
<b>ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СПЕЦИАЛЬНОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЙ СЛУХА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ .....</b>	<b>102</b>
Горайнов И.В., Владимирова О.Н.	
<b>ПОТРЕБНОСТЬ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ ПАТОЛОГИИ СЛУХА В МЕРАХ РЕАБИЛИТАЦИИ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ.....</b>	<b>103</b>
Бобошко М.Ю., Голованова Л.Е., Огородникова Е.А.	
<b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ СЛУХОПРОТЕЗИРОВАНИЯ В ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ..</b>	<b>104</b>
Гальянов А.А., Ишутина И.С.	
<b>ПРОГРАММА РАННЕЙ ПОМОЩИ – СТАТИСТИЧЕСКИЙ ИНСТРУМЕНТАРИЙ, АНАЛИЗ ОТЕЧЕСТВЕННОГО И ЗАРУБЕЖНОГО ОПЫТА ПО СТАТИСТИЧЕСКОМУ НАБЛЮДЕНИЮ.....</b>	<b>105</b>
Бронников В.А., Боброва Я.В.	
<b>РАЗВИТИЕ СЛУЖБЫ РАННЕЙ ПОМОЩИ В ПЕРМСКОМ КРАЕ .....</b>	<b>106</b>
Ломоносова О.В.	
<b>ПРЕДПОСЫЛКИ СОЗДАНИЯ ПРАВОВЫХ ОСНОВ РАННЕЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ИХ СЕМЬЯМ .....</b>	<b>107</b>
Бронников В.А., Григорьева М.И.	
<b>ПРОБЛЕМНЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ СЛУЖБЫ РАННЕЙ ПОМОЩИ В РОССИИ: ИЗ ОПЫТА ПЕРМСКОГО КРАЯ.....</b>	<b>109</b>
Кожевникова Е. В.	
<b>АССИСТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В РАННЕЙ ПОМОЩИ.....</b>	<b>110</b>
Лорер В.В.	
<b>ВИДЕО-ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЕ РУКОВОДСТВО ВЗАИМОДЕЙСТВИЕМ В ДИАДЕ «РОДИТЕЛЬ-РЕБЕНОК» .....</b>	<b>110</b>

Разумовский М.И., Разумовская А.М., Гашина О.В.	
<b>АССИСТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КАК МЕТОДОЛОГИЧЕСКАЯ ОСНОВА СОЗДАНИЯ БЕЗБАРЬЕРНОЙ СРЕДЫ ПРИ СЛАБОВИДЕНИИ И СЛЕПОТЕ.</b>	112
Давыдов А.Т., Даниленко Л.А., Бутко Д.Ю., Жданов Ю.И.	
<b>ТЕХНОЛОГИИ РЕАБИЛИТАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДОВ САМОРЕГУЛЯЦИИ</b>	113
Андрущенко Н.В., Вискова К.А.	
<b>НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ГИДРОЦЕФАЛИЕЙ</b>	114
Вечканова И.Г.	
<b>ТЕХНОЛОГИЯ ИНКЛЮЗИВНОГО ПЕДАГОГИЧЕСКОГО БЮРО В ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДОШКОЛЬНИКОВ С ОВЗ</b>	116
Рочева Я.С.	
<b>ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБУЧЕНИЯ</b>	117
Красюк О.В.	
<b>АССИСТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СПЕЦИАЛЬНОМ ОБРАЗОВАНИИ: ДИАГНОСТИКА И ПОДБОР СРЕДСТВ</b>	122
Хорошева Т.А., Карабцев С.Н., Капков Н.Р., Конев Е.К.	
<b>СИСТЕМА INDOOR-НАВИГАЦИИ В ФОРМИРОВАНИИ ИНКЛЮЗИВНОГО ПРОСТРАНСТВА УЧРЕЖДЕНИЯ</b>	123
Гнездилова С.А., Китаев Д.Г.	
<b>УНИВЕРСИТЕТСКАЯ ЭТИКА КАК ЧАСТЬ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ</b>	125
Старобина Е.М.	
<b>АССИСТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ</b>	126
Кривенков С.Г., Фидарова З.Д., Кантемирова Р.К.	
<b>МЕТОД БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ КАК ОДНА ИЗ АССИСТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С ОТДАЛЕННЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ</b>	127
Рачина Г.Б.	
<b>ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОРИЕНТАЦИЯ И ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ, ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ.</b>	128
Мухаметшина А.В., Митрошина Д.Н.	
<b>РОЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ИПР В ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ИНКЛЮЗИВНОМ ОБРАЗОВАНИИ</b>	133
Иосифова А.В.	
<b>РЕАБИЛИТАЦИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С ОГРАНИЧЕНИЯМИ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ЗДОРОВЬЯ ЧЕРЕЗ ПОЛУЧЕНИЕ ХУДОЖЕСТВЕННЫХ ПРОФЕССИЙ В СП6 ГБУ «ПРОФЕССИОНАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР».</b>	134

Свиридова Е.О., Кантемирова Р.К., Фидарова З.Д., Ишутина И.С.	
<b>ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ПРОГРАММЫ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ</b> .....	142
Джумагулова А.Ф.	
<b>ИНТЕРНЕТ-ИССЛЕДОВАНИЕ ТРУДОУСТРОЙСТВА ИНВАЛИДОВ</b> .....	143
Мясников И.Р.	
<b>МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ АНКЕТИРОВАНИЕ КАК ИНСТРУМЕНТ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ИНВАЛИДОВ</b> .....	145
Гордиевская Е.О.	
<b>СОПРОВОЖДЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ (АБИЛИТАЦИИ). ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ</b> .....	146
Чукардин В.А.	
<b>ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ ПО СОПРОВОЖДЕНИЮ МОЛОДЫХ ИНВАЛИДОВ ИЗ ЧИСЛА ОБУЧАЮЩИХСЯ В ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ С ЦЕЛЬЮ ЭФФЕКТИВНОГО СОДЕЙСТВИЯ ИХ ЗАНЯТОСТИ</b> .....	150
Карасаева Л.А., Деденева И.В., Павлова С.В., Хорькова О.В., Горяйнова М.В.	
<b>ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРУДОВОГО УСТРОЙСТВА ЧЕРЕЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МКФ</b> .....	155
Чукардин В. А.	
<b>ОРГАНИЗАЦИЯ СОПРОВОЖДЕНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ В ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ИЗ ЧИСЛА ИНВАЛИДОВ С ЦЕЛЬЮ ИХ ЭФФЕКТИВНОГО ТРУДОУСТРОЙСТВА</b> .....	156
Жукова Н. В.	
<b>ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА БУДУЩИХ ПРОГРАММИСТОВ С ПОМОЩЬЮ АДАПТАЦИОННЫХ ДИСЦИПЛИН</b> .....	158
<b>Раздел 3. Реабилитационные технологии и мобильность</b> .....	160
<b>Использование ассистивных технологий при самообслуживании и в быту</b> .....	160
Шестакова Е.В.	
<b>РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И МОБИЛЬНОСТЬ</b> .....	160
Волкова В.М., Смирнова Л.М.	
<b>ДИСТАНТНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ПРОИЗВОДСТВА И ОБЕСПЕЧЕНИЯ ИНВАЛИДОВ НА МЕСТАХ ФУНКЦИОНАЛЬНО-ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ОДЕЖДЫ</b> .....	161
Антонова Л.В.	
<b>ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДБОР КРЕСЕЛ-КОЛЯСОК ДЛЯ ЛЮДЕЙ С ВЫРАЖЕННОЙ СТЕПЕНЬЮ ОГРАНИЧЕНИЯ МОБИЛЬНОСТИ: ОБОСНОВАНИЕ РЕШЕНИЯ</b> .....	163

Головин М.А., Першин А.А.	
<b>ПОКАЗАНИЯ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ МЕХАТРОННОГО ИНВАЛИДНОГО КРЕСЛА-КОЛЯСКИ С ФИКСИРОВАННЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ СИДЕНЬЯ.....</b>	<b>164</b>
Кольцов А.А., Джомардлы Э.И., Шошмин А.В.	
<b>МЕТОДОЛОГИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МКФ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА .....</b>	<b>165</b>
Курнакова К.А., Шошмин А.В.	
<b>МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ КАК ИНСТРУМЕНТ ОЦЕНКИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМОЙ СПИННОГО МОЗГА.....</b>	<b>167</b>
Шабанова О.А.	
<b>СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МОДЕЛИ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ДЕТЕЙ ДО 18 ЛЕТ СО СКОЛИОЗАМИ .....</b>	<b>168</b>
Кольцов А.А., Шведовченко И.В., Джомардлы Э.И.	
<b>СПАСТИЧЕСКАЯ ДИПЛЕГИЯ: ПРИНЦИПЫ НАЗНАЧЕНИЯ ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ В РАМКАХ КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ.....</b>	<b>169</b>
Орешков А.Б., Абдулрахим М., Бесаев Г.М., Николаев В.Ф., Минченко Н.Л.	
<b>ОРТЕЗИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ НА ОСНОВЕ СВОЙСТВ НИЗКОТЕМПЕРАТУРНЫХ ТЕРМОПЛАСТИКОВ. ....</b>	<b>170</b>
Шведовченко И.В., Юрченко А.Ю., Кольцов А.А.	
<b>РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ХИРУРГИЯ В ПОДГОТОВКЕ К ПРОТЕЗИРОВАНИЮ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ И АМПУТАЦИОННЫМИ КУЛЬТЯМИ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....</b>	<b>172</b>
Яковлева В.А., Шведовченко И.В., Кольцов А.А.	
<b>ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ПРОТЕЗИРОВАНИЕ, КАК ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ МЕДИЦИНСКОЙ АБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПРОКСИМАЛЬНЫМИ ФОРМАМИ ЭКТРОМЕЛИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ .....</b>	<b>173</b>
Сусляев В.Г., Марусин Н.В., Смирнова Л.М.	
<b>ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСА НАВИЕСТ С ОБУЧАЮЩЕЙ ЦЕЛЬЮ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ИНВАЛИДОВ С АМПУТАЦИОННЫМИ ДЕФЕКТАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....</b>	<b>174</b>
Белянин О.Л., Буров Г.Н., Большаков В.А.	
<b>ВОЗМОЖНОСТЬ УПРАВЛЕНИЯ ИСКУССТВЕННОЙ СТОПОЙ ПРОТЕЗА ГОЛЕНИ СИГНАЛАМИ ОТ КОЛЕННОГО СУСТАВА.....</b>	<b>175</b>
Сусляев В.Г., Владимирова О.Н., Щербина К.К., Сокуров А.В., Жданов Ю.И., Чупряев В.А.	
<b>ПРЕИМУЩЕСТВА РАННЕГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ЭКСПРЕСС-МЕТОДАМИ В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ .....</b>	<b>176</b>
Янковский В.М., Головин М.А., Сусляев В.Г.	
<b>ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАЗЕРНОГО 3D-СКАНИРОВАНИЯ С ЦЕЛЬЮ ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКОГО СТАТУСА УСЕЧЕННОЙ КОНЕЧНОСТИ .....</b>	<b>178</b>

Замилацкий Ю.И., Головин М.А., Буров Г.Н.	
<b>АТИПИЧНОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ИНВАЛИДОВ ПОСЛЕ ВЫЧЛЕНЕНИЯ ПЛЕЧА.....</b>	<b>178</b>
Морозов В.В., Струкова Н.В., Жигало А.В.	
<b>ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА УЛЬТРАФОНОФОРЕЗА ПРЕПАРАТА «КАРМОЛИС» ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗИРУЮЩИМИ ЛИГАМЕНТИТАМИ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ .....</b>	<b>179</b>
Карапетян С.В., Горелова И.К., Голубева Ю.Б., Зимина Е.Л., Скирмонт Е.И.	
<b>АЛГОРИТМ НАЗНАЧЕНИЯ ДЕТСКОЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ОБУВИ.....</b>	<b>180</b>
Голубева Ю.Б., Горелова И.К., Андриевская А.О.	
<b>ПРОБЛЕМЫ ПРОИЗВОДСТВА ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ОБУВИ КАК АССИСТИВНОГО СРЕДСТВА ОБЕСПЕЧЕНИЯ МОБИЛЬНОСТИ ГРАЖДАН .....</b>	<b>181</b>
Михайлов С.Н., Чернов В.А.	
<b>ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОБЫ И ВЕЛОЭРГОМЕТРИЧЕСКИЕ ТРЕНИРОВКИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА .....</b>	<b>183</b>
Михайлов С.Н., Дементьева О.С.	
<b>ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ПЕСОЧНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С АПРАКСИЯМИ ПОСЛЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА НА II ЭТАПЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ .....</b>	<b>183</b>
Сергеенко Е.Ю., Воловец С.А., Даринская Л.Ю., Яшенина Ю.А., Житарева И.В., Рык В.А.	
<b>СОВРЕМЕННАЯ МЕТОДИКА ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫХ И КООРДИНАТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ. ....</b>	<b>184</b>
Михайлова О.В., Побута О.В., Лебедева Л.Н.	
<b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ГИМНАСТИКИ НА ТРЕНАЖЕРЕ IQ PREMIUMGYM В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ .....</b>	<b>185</b>
Шабанова О.А., Могиланцева Т.О.	
<b>СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ СКОЛИОЗОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ 3D-ТЕХНОЛОГИЙ КОРСЕТИРОВАНИЯ.....</b>	<b>186</b>
Давыдов А.Т., Даниленко Л.А., Бутко Д.Ю., Артамонова М.В.	
<b>ТЕХНОЛОГИИ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ БИОУПРАВЛЯЕМОЙ МЕХАНОКИНЕЗОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРАКТИКЕ .....</b>	<b>188</b>
Шайдаев Э.З., Шведовченко И.В., Кольцов А.А.	
<b>ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С ПРОДОЛЬНОЙ ЭКТРОМЕЛИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ (МКФ).....</b>	<b>189</b>
Гордиевская Е.О., Белянин О.Л.	
<b>ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ.....</b>	<b>190</b>

Николаев В.Ф., Янковский В.М., Андриевская А.О.	
<b>К ВОПРОСУ О ПЕРВИЧНОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ</b> .....	191
Минченко Н.Л., Смирнова Л.М., Гаевская О.Э.	
<b>ДИНАМОБАРОПЛАНТОГРАФИЯ КАК НЕОБХОДИМАЯ МЕРА ПРИ 3D-ПРОЕКТИРОВАНИИ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ СТЕЛЕК</b> .....	193
Ляховецкая В.В., Коновалова Н.Г., Деева И.В.	
<b>ФОРМИРОВАНИЕ ПОСТУРАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТРЕНАЖЕРА «БАЛАНС-МАСТЕР»</b> .....	194
Балашова Л.М.	
<b>СТРАТЕГИИ СЕМЕЙНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ</b> .....	195
Бронников В.А., Ли Н.Ю.	
<b>ОПЫТ СОТРУДНИЧЕСТВА В ИНТЕРЕСАХ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ</b> .....	196
Любушкина Т.Л.	
<b>ПРИМЕНЕНИЕ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ АССИСТИВНЫХ СРЕДСТВ И ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ УРОВНЯ ПЕРСОНАЛЬНОЙ НЕЗАВИСИМОСТИ ГРАЖДАН</b> .....	198
Волкова В.М.	
<b>ПРИНЦИПЫ ФОРМООБРАЗОВАНИЯ СПЕЦИАЛЬНОЙ ОДЕЖДЫ КАК ТЕХНИЧЕСКОГО СРЕДСТВА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЛЯ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ФИЗИЧЕСКИМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ САМООБСЛУЖИВАНИЯ И ПЕРЕДВИЖЕНИЯ</b>	200
Павлова С.В., Карасаева Л.А., Деденева И.В., Хорькова О.В., Горайнова М.В.	
<b>АНАЛИЗ ОЦЕНКИ СУБЪЕКТИВНЫХ ПАРАМЕТРОВ ПО КАТЕГОРИЯМ МКФ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ИНВАЛИДОВ С ВЕРТЕБРОГЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ</b> .....	201
Палаткин П.П., Мкртчян Д.М., Филатов Е.В.	
<b>ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СПИННОГО МОЗГА</b> .....	202
Карасаева Л.А., Хорькова О.В., Дубровская Н.В., Кароль Е.В., Самсоненко О.О.	
<b>АССИСТИВНЫЕ УСЛУГИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ</b> .....	203
Климашева С.Б., Костерина З.В.	
<b>АРТТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ</b> .....	204
Скляренко Р.Т., Спиридонова В.С., Довгалюк А.З.	
<b>ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АССИСТИВНЫХ СРЕДСТВ ПРИ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ</b> .....	205

<b>Раздел 4. Разное .....</b>	<b>207</b>
Власова-Розанская Е.В.	
<b>ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ.....</b>	<b>207</b>
Дудченко Л.Ш., Ежов В.В., Ковальчук С.И., Кожемяченко Е.Н., Беляева С.Н., Масликова Г.Г.	
<b>РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ОЖИРЕНИЕМ.....</b>	<b>208</b>
Резник А.В.	
<b>ОССЕОИНТЕГРАЦИЯ КАСТОМИЗИРОВАННЫХ ИМПЛАНТАТОВ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ .....</b>	<b>209</b>
Пирогова М.Е., Беляева С.Н., Савченко В.М., Бобрик Ю.В.	
<b>ВЛИЯНИЕ АЭРОПАЛИНОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА РЕАБИЛИТАЦИЮ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ НА ЮЖНОМ БЕРЕГУ КРЫМА .....</b>	<b>211</b>
Батискин С.А.	
<b>СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АМПУТАЦИЙ ГОЛЕНИИ БЕДРА У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ .....</b>	<b>212</b>
Павлова Т.А., Гречаный С.В.	
<b>РОЛЬ ДИЕТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ В КОМПЛЕКСЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ СИНДРОМЕ АУТИЗМА. ....</b>	<b>214</b>
Тиманькова Е.С.	
<b>ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ИППОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ, ИМЕЮЩИМИ РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА.....</b>	<b>214</b>
Плотников М.С.	
<b>СТАТИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ, КАК ОДНА ИЗ ТЕХНИК РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ. ....</b>	<b>216</b>
Волошина Н.И.	
<b>ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ РАБОТНИКОВ МЕТРОПОЛИТЕНАВ УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ.....</b>	<b>217</b>
Голубева Ю.Б., Горелова И.К., Скирмонт Е.И., Зимина Е.Л.	
<b>ИССЛЕДОВАНИЯ И ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ДЕТСКОЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ОБУВИ .....</b>	<b>219</b>
Лебедева Н.В., Козьякова О.А., Стрекалова С.А., Романенко Е.В., Адрианов А.В.	
<b>КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МИОТОНИЧЕСКОЙ ДИСТРОФИИ РОССОЛИМО- КУРШМАНА-ШТЕЙНЕРТА-БАТТЕНА У 11 МЕСЯЧНОГО РЕБЕНКА. ....</b>	<b>220</b>
<b>Алфавитный указатель авторов.....</b>	<b>229</b>

## Table of contents

<b>Chapter 1 Rehabilitation in Russia: the Way of Development .....</b>	<b>27</b>
<b>The WHO Initiative "Rehabilitation 2030: Call for Action .....</b>	<b>27</b>
Etienne Krug, MD, MPH, and Alarcos Cieza, MSc, MPH, PhD	
<b>STRENGTHENING HEALTH SYSTEMS TO PROVIDE REHABILITATION SERVICES .....</b>	<b>27</b>
Rozhko C.N., Shoshmin A.V.	
<b>THE ANALYSIS OF THE IMPLEMENTATION OF THE RIGHTS OF THE DISABLED UPON PROVIDING ASSISTIVE TECHNOLOGIES IN DIFFERENT COUNTRIES. ....</b>	<b>30</b>
Shestakov V.P., Svintsov A.A., Raduto V.I., Chernyakina T.S., Gerashchenko L.I.	
<b>LEGAL ASPECTS OF INTERDEPARTMENTAL INTERACTION IN THE DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION OF INDIVIDUAL REHABILITATION PROGRAMS (HABILITATION) FOR PEOPLE WITH DISABILITIES AT THE REGIONAL AND MUNICIPAL LEVELS .....</b>	<b>31</b>
Isaeva E.R., Rogacheva T.V.	
<b>THEORETICAL THE BASIS FOR THE DETERMINATION THE EFFECTIVENESS OF THE REHABILITATION PROCESS .....</b>	<b>33</b>
Shestakov V.P., Svintsov A.A., Raduto V.I., Chernyakina T.S., Rocheva Ya.S.	
<b>LEGAL ASPECTS OF THE IMPLEMENTATION OF THE UN CONVENTION ON THE RIGHTS OF PERSONS WITH DISABILITIES AT THE REGIONAL LEVEL IN TERMS OF ACCESSIBILITY OF REHABILITATION SERVICES FOR PEOPLE WITH DISABILITIES ...</b>	<b>38</b>
David Banes	
<b>AN ECOSYSTEM APPROACH TO IMPLEMENTATION OF ASSISTIVE TECHNOLOGY ....</b>	<b>39</b>
Vasilchenko E.M.	
<b>REHABILITATION OF THE DISABLED PERSONS WITH LIMB LOSS. RUSSIAN AND INTERNATIONAL PRACTICE .....</b>	<b>41</b>
Raduto V.I., Shestakov V.P., Svintsov A.A., Chernyakina T.S.	
<b>SEPARATE DIRECTIONS OF REGIONAL AND MUNICIPAL MONITORING IN THE ANALYSIS OF THE REALIZATION OF INDIVIDUAL PROGRAMS OF REHABILITATION AND ABILITATION OF DISABLED PEOPLE .....</b>	<b>42</b>
Medvedskaya D.R.	
<b>SPEAKING OF IMPLEMENTATION OF THE FIRST STAGE OF A PILOT PROJECT ON DEVELOPING APPROACHES TO FORM THE SYSTEM FOR COMPLEX REHABILITATION AND HABILITATION OF DISABLED PEOPLE IN SVERDLOVSK OBLAST .....</b>	<b>45</b>
Zlokazov V.A., Onohova T.S.	
<b>FACTORS (PROBLEMS) THAT PREVENT EFFECTIVE INTERAGENCY COOPERATION REHABILITATION ORGANIZATIONS IN THE SVERDLOVSK REGION AND WAYS OF THEIR MINIMIZATION (ELIMINATION).....</b>	<b>47</b>

Bronnikov V.A., Dolgomirova N.V.

**ORGANIZATION OF MEDICAL-SOCIAL INTERACTION IN THE SYSTEM COMPLEX REHABILITATION OF DISABLED PEOPLE IN THE PERM REGION.....54**

Karasaeva L.A., Dedeneva I.V., Pavlova S.V., Hor'kova O.V., Goryainova M.V.

**DETERMINATION OF THE CRITERION OF "PERSISTENCE OF THE DISTURBANCE OF BODY FUNCTIONS", AS THE BASIS FOR REHABILITATION OF THE DISABLED .....55**

Goriainova M.V., Karasaeva L.A., Myasnikov I.R.

**NORMATIVE AND LEGAL FRAMEWORK OF CASE PRODUCTION INSTITUTIONS OF MEDICAL-SOCIAL EXPERTISE AND REHABILITATION OF DISABLED PEOPLE .....56**

Ponomarenko G.N., Sokurov A.V., Svintsov A.A., Ermolenko T.V.

**DISCUSSION OF THE DRAFT OF THE PROFESSIONAL STANDARD "SPECIALIST IN MEDICAL REHABILITATION" .....59**

Goryainova M.V., Karasaeva L.A., Dedeneva I.V., Pavlova S.V., Hor'kova O.V.

**FEATURES OF OFFICE WORK OF REHABILITATION INSTITUTIONS .....60**

Vladimirova O.V., Sokurov A.V., Gerashchenko L.I.,  
Ermolenko T.V., Raduto V.I., Lomonosova O.V., Zhdanov Yu.I.

**PROBLEMATIC QUESTIONS OF THE ORGANIZATION OF WORK OF THE REHABILITATION CENTERS FOR PERSONS WITH DISABILITIES .....61**

Sokurov A.V., Starobina E.M., Raduto V.I., Ermolenko T.V., Zhdanov Yu.I.

**PROBLEMATIC QUESTIONS OF THE ORGANIZATION OF WORK OF THE REHABILITATION CENTERS FOR PERSONS WITH DISABILITIES .....62**

Vladimirova O.V., Sokurov A.V., Gerashchenko L.I.,  
Ermolenko T.V., Raduto V.I., Lomonosova O.V., Zhdanov Yu.I.

**POWERS OF REGIONS ON ACCREDITATION OF THE REHABILITATION ORGANIZATIONS.....64**

Burlutskaya M.G., Kuzmin K.V., Laykovskaya E.E., Petrova L.E., Sosunova L.I.

**THE STUDY OF NEEDS OF THE DISABLED ADULTS AND CHILDREN IN TECHNICAL MEANS OF REHABILITATION FOR TEMPORARY USE IN SVERDLOVSK OBLAST .....65**

Riabokon A.G., Doronina O.E., Mustafin R.N.

**THE NEED FOR DISABLED PEOPLE IN ADDITIONAL TECHNICAL MEANS OF REHABILITATION .....67**

Demina E.N.

**RENTAL CENTER OF TECHNICAL MEANS OF REHABILITATION .....68**

David Banes

**THE IMPACT OF DISRUPTIVE INNOVATION ON THE ASSISTIVE TECHNOLOGY INDUSTRY .....69**

Natasha Altin

**RE-EXAMINING FOUNDATIONAL UNDERPINNINGS OF CANADIAN ASSISTIVE TECHNOLOGY SYSTEM .....71**

Natasha Altin

**ASSISTIVE TECHNOLOGY FOR OLDER ADULTS IN CANADA: FUTURE DIRECTIONS FOR POLICY DEVELOPMENT**.....73

Jorge Letechipia, Prof. Dr.

**IMPLEMENTING ASSISTIVE TECHNOLOGY SERVICES. A COLLABORATIVE MODEL** ..75

Carol E.V., Abrosimov A.V., Popova N.V., Martynov A.S.

**THE MAIN DIRECTIONS OF REHABILITATION OF DISABLED PEOPLE IN ST. PETERSBURG IN 2015-2017** .....77

Soloveva V.A.

**ITU ACTIVITIES IN THE FIELD OF ICT ACCESSIBILITY** .....78

Gordeeva A.A., Davydov A.T.

**THE ROLE OF THE REHABILITATION ORGANIZATION SITE IN COMMUNICATION WITH PATIENTS**.....79

Kryukova T. A.

**THE PROSPECTS OF USING MATERNITY CAPITAL FOR SOCIAL ADAPTATION AND INTEGRATION INTO SOCIETY THE DISABLED KIDS IN ST.PETERSBURG** .....80

Gerashchenko L.I.

**INDEPENDENT LIFESTYLE OF PERSONS WITH DISABILITIES: SOCIAL ATTITUDES AND REALITY** .....81

Svintsov A.A.

**ASSISTIVE TECHNOLOGIES AND INDEPENDENT LIVING, PARTICIPATION IN SOCIETY** .....85

Richard Fitton, Edna Davies

**PATIENT'S MEDICAL ELECTRONIC RECORDS AS A NEW ASSISTIVE TECHNOLOGY - ABIGAIL'S STORY**.....87

Kozhushko L.A., Vladimirova O.N., Shoshmin A.V.

**THE NORMATIVE-LAWFUL GUARANTEE OF TECHNOLOGIES OF THE ACCOMPANIED STAY OF INVALIDS IN THE RUSSIAN FEDERATION** .....88

Sevastianov M.A., Vladimirova O.V., Sarana A.M., Bozhkov I.A.<sup>4</sup>

**THE MAIN DIRECTIONS OF IMPROVING THE REHABILITATION PROCESS OF PEOPLE INJURED AT WORK**.....93

**Chapter 2. Communication and assistive technologies** .....98

**Assistive technologies in early intervention, in basic skills training, in education, in employment**.....98

Shelepin K.Y., Shelepin E.Y., Baliakova A.A.

**ASSISTIVE TECHNOLOGIES IN ALTERNATIVE COMMUNICATION**.....98

Koshechkina T.V.

**ASSISTIVE TECHNOLOGIES IN THE FORMATION OF ORAL COMMUNICATION**.....99

Kralytsyna E. Y., Romanova N.A.	
<b>DEVELOPMENT ORAL-AURAL FUNCTIONS IN CHILDREN HAVING COCHLEAR IMPLANTATION IN THE SYSTEM OF SOCIAL REHABILITATION OF CHILDREN WITH DISABILITIES.....</b>	<b>100</b>
Ponomarev S.A., Riabokon A.G., Doronina O.E.	
<b>EXPERIENCE OF THE USE OF SPECIAL DIAGNOSTIC EQUIPMENT FOR ASSESSMENT OF HEARING IMPAIRMENT IN THEMEDICO-SOCIAL EXPERTISE .....</b>	<b>102</b>
Goryainov I.V., Vladimirova O.N.	
<b>THE NEED FOR CHILDREN WITH DISABILITIES FOR THE PERIOD OF HEART DISEASES IN MEASURES OF REHABILITATION AND MEDICAL-SOCIAL ASSISTANCE.....</b>	<b>103</b>
Boboshko M.Yu., Golovanova L.E., Ogorodnikova E.A.	
<b>EFFICIENCY OF HEARING AID IN GERIATRIC PRACTICE .....</b>	<b>104</b>
Galianov A.A., Ishutina I.S.	
<b>EARLY ASSISTANCE PROGRAM-STATISTICAL TOOLS, ANALYSIS OF DOMESTIC AND FOREIGN EXPERIENCE IN STATISTICAL OBSERVATION .....</b>	<b>105</b>
Bronnikov V.A., Bobrova J.V.	
<b>THE PROBLEMATIC ASPECTS OF THE DEVELOPMENT OF THE EARLY HELP SERVICE IN PERM REGION.....</b>	<b>106</b>
Lomonosova O.V.	
<b>BACKGROUND TO THE ESTABLISHMENT OF THE LEGAL BASIS OF THE EARLY HELP TO CHILDREN AND THEIR FAMILIES .....</b>	<b>107</b>
Bronnikov V.A., Grigoreva M.I.	
<b>DEVELOPMENT OF THE EARLY HELP SERVICE IN PERM REGION.....</b>	<b>109</b>
Kozhevnikova E.V.	
<b>ASSISTIVE TECHNOLOGIES IN EARLY CHILDHOOD INTERVENTION.....</b>	<b>110</b>
Lorer V.V.	
<b>VIDEO-SUPPORTING GUIDELINES FOR INTERACTION IN THE DIADE "PARENT-CHILD" .....</b>	<b>110</b>
Razumovskiy M.I., Razumovskaya A.M., Gashina O.V.	
<b>ASSISTIVNYE TECHNOLOGIES AS THE METHODOLOGICAL THE BASIS OF THE CREATION OF BARRIER-FREE MEDIUM WITH WEAKLY-VISION AND BLINDNESS.....</b>	<b>112</b>
Davydov A.T., Danilenko L.A., Butko D.Y., Zhdanov Y.I.	
<b>TECHNOLOGIES OF REHABILITATION WITH THE USE OF SELF-REGULATION METHODS .....</b>	<b>113</b>
Andrushchenko N.V., Viskova K.A.	
<b>NEUROPSYCHOLOGICAL APPROACH IN THE REHABILITATION OF PRESCHOOL CHILDREN WITH HYDROCEPHALUS.....</b>	<b>115</b>
Vechkanova I.G.	
<b>TECHNOLOGY OF THE INCLUSIVE PEDAGOGICAL BUREAU IN PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL REHABILITATION OF DISABLED PRESCHOOLERS .....</b>	<b>116</b>

Rocheva Ya.S.	
<b>LEGAL FOUNDATIONS OF THE ORGANIZATION OF INCLUSIVE TRAINING .....</b>	<b>117</b>
Krasiuk O.V.	
<b>ASSISTIVE TECHNOLOGIES IN SPECIAL EDUCATION: DIAGNOSIS AND SELECTION OF RESOURCES.....</b>	<b>122</b>
Khorosheva T.A., Karabtcev S.N., Kapkov N.R., Konev E.K.	
<b>INDOOR-NAVIGATION SYSTEM IN FORMING INCLUSIVE SPACE OF THE INSTITUTION .....</b>	<b>123</b>
Gnezdilova S.A., Kitaev D.G.	
<b>UNIVERSITY ETHICS IN INCLUSIVE EDUCATION.....</b>	<b>125</b>
Starobina E.M.	
<b>ASSISTIVE TECHNOLOGY IN VOCATIONAL REHABILITATION OF PERSONS WITH DISABILITIES.....</b>	<b>126</b>
Krivenkov S.G., Fidarova Z.D., Kantemirova R.K.	
<b>METHOD OF BIOLOGICAL FEEDBACK AS ONE OF ASSISTIVE TECHNOLOGIES FOR REHABILITATION OF DISABLED PEOPLE WITH REMOTE CONSEQUENCES OF CRANIAL-BRAIN TRAUMA.....</b>	<b>127</b>
Rachina G.B.	
<b>VOCATIONAL GUIDANCE AND VOCATIONAL REHABILITATION OF DISABLED PERSONS, PERSONS WITH DISABILITIES.....</b>	<b>128</b>
Mukhametshina A.V., Mitroshina D.N.	
<b>THE ROLE OF PSYCHOLOGICAL SECURITY IN THE IMPLEMENTATION OF THE IRP IN VOCATIONAL INCLUSIVE EDUCATION.....</b>	<b>133</b>
Iosifova A.V.	
<b>REHABILITATION OF THE DISABLED STUDENTS AND PERSONS WITH HEALTH LIMITATIONS THROUGH OBTAINING ART PROFESSIONS IN ST. PETERSBURG STATE BUDGETARY INSTITUTION "PROFESSIONAL REHABILITATION CENTRE" .....</b>	<b>134</b>
Sviridova E.O., Kantemirova R.K., Fidarova Z.D., Ishutina I.S.	
<b>MEDICAL AND REHABILITATION PROGRAMS OF DISAPPOINTMENT OF OLD PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME .....</b>	<b>142</b>
Dzhumagulova A.F.	
<b>INTERNET RESEARCH OF EMPLOYMENT OF PEOPLE WITH DISABILITIES. ....</b>	<b>143</b>
Myasnikov I.R.	
<b>MEDICAL AND SOCIOLOGICAL ASSESSMENT AS A TOOL FOR ASSESSMENT OF QUALITY OF PROFESSIONAL EDUCATION OF PERSONS WITH DISABLED PEOPLE ....</b>	<b>145</b>
Gordievskaya E.O.	
<b>SUPPORT OF VOCATIONAL REHABILITATION (HABILITATION). PSYCHOLOGICAL ASPECT.....</b>	<b>146</b>

Chukardin V.A.	
<b>ORGANIZATION OF SUPPORT OF STUDENTS IN PROFESSIONAL EDUCATIONAL ORGANIZATIONS FROM AMONG DISABLED PEOPLE, FOR THE PURPOSE OF THEIR EFFECTIVE EMPLOYMENT</b> .....	150
Karasaeva L.A., Dedeneva I.V., Pavlova S.V., Hor'kova O.V., Goryainova M.V.	
<b>IMPROVING THE EFFICIENCY OF THE EMPLOYMENT OF THE DEVICE THROUGH THE USE OF ICF</b> .....	155
Chukardin V.A.	
<b>ORGANIZATION OF SUPPORT OF STUDENTS IN PROFESSIONAL EDUCATIONAL ORGANIZATIONS FROM AMONG DISABLED PEOPLE, FOR THE PURPOSE OF THEIR EFFECTIVE EMPLOYMENT</b> .....	156
Zhukova N.V.	
<b>INCREASING THE LEVEL OF PSYCHOLOGICAL REHABILITATION POTENTIAL OF FUTURE PROGRAMMERS WITH THE HELP OF ADAPTIVE DISCIPLINES</b> .....	158
<b>Chapter 3. Rehabilitation Technologies and Mobility</b> .....	160
<b>Use of assistive technologies in self-service and at home</b> .....	160
Shestakova E.V.	
<b>REHABILITATION TECHNOLOGIES AND MOBILITY</b> .....	160
Volkova V.M., Smirnova L.M.	
<b>DISTANT TECHNOLOGY OF MANUFACTURING AND PROVIDING DISABLED PEOPLE ON THE PLACES OF FUNCTIONAL-AESTHETIC CLOTHES</b> .....	161
Antonova L.V.	
<b>PROCESS OF PERSONAL SELECTION OF WHEELCHAIR FOR PEOPLE WITH SEVERE MOBILITY LIMITATIONS: JUSTIFICATION OF THE DECISION</b> .....	163
Golovin M.A., Pershin A.A.	
<b>INDICATIONS FOR MECHATRONIC WHEELCHAIR WITH THE FUNCTION OF THE CONSTANT HEIGHT SEAT SUPPORT</b> .....	164
Koltsov A.A., Jomardli E.I., Shoshmin A.V.	
<b>METHODOLOGY FOR THE USE OF ICF IN ASSESSING THE CONDITIONS OF DISABLED CHILDREN WITH SPASTIC FORMS OF CEREBRAL PALSY</b> .....	165
Kurnakova K.A., Shoshmin A.V.	
<b>INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH (ICF), AS A TOOL FOR ASSESSMENT IN REHABILITATION OF PATIENTS WITH SPINAL CORD INJURY (SCI)</b> . ....	167
Shabanova O.A.	
<b>MODEL IMPROVEMENTS EXAMINATION OF CHILDREN UP TO 18 YEARS OLD WITH SCOLIOSIS</b> .....	168
Koltsov A.A., Schwedovchenko I.V., Jomardli E.I.	
<b>SPASTIC DIPLEGIYA: THE APPLICATION PRINCIPLES OF TECHNICAL DEVICES FOR COMPLEX MEDICAL REHABILITATION OF CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY</b> .....	169

Oreshkov A.B., Abdulrahim M., Besaev G.M., Nikolaev V.F., Minchenko N.L.	
<b>ORTHOTHICS OF PATIENTS WITH CEREBRAL PALSY BASED ON THE PROPERTIES OF LOW-TEMPERATURE THERMOPLASTICS.</b> .....	171
Schwedovchenko I.V., Urchenko A.U., Koltsov A.A.	
<b>RECONSTRUCTIVE SURGERY IN PREPARATION FOR PROSTHETICS OF CHILDREN WITH CONGENITAL AND AMPUTATIONAL CROPS OF UPPER LIMBS</b> .....	172
Yakovleva V.A., Schwedovchenko I.V., Koltsov A.A.	
<b>SURGICAL TREATMENT AND PROSTHETICS AS THE MAIN METHODS OF MEDICINE HABILITATION OF PATIENTS WITH PROXIMAL ECTROMELIA OF LOWER EXTREMITY</b> .....	173
Suslyayev V.G., Marusin N.V., Smirnova L.M.	
<b>THE POSSIBILITY OF APPLYING COMPLEX HABILECT LEARNING GOAL IN THE PRIMARY PROSTHESIS OF INVALIDS WITH DEFECTS OF THE LOWER EXTREMITIES</b> .....	174
Belyanin O.L., Burov G.N., Bolshakov V.A.	
<b>THE MANAGEMENT POSSIBILITY ARTIFICIAL FOOT PROSTHETIC DEVICE SHANK SIGNAL FROM KNEE JOINT</b> .....	175
Suslyayev V.G., Vladimirova O.N., Scherbina K.K., Sokurov A.V., Zhdanov Yu.I., Chupryayev V.A.	
<b>ADVANTAGES OF EARLY PROSTHETICS OF THE LOWER EXTREMITIES BY EXPRESS METHODS IN THE SYSTEM OF REHABILITATION OF PERSONS WITH DISABILITIES.</b>	176
Yankovskij V.M., Golovin M.A., Suslyayev V.G.	
<b>LASER 3D-SCANNING FOR THE PURPOSE OF OBJECTIFYING THE ANTHROPOMETRIC STATUS OF A TRUNCATED LIMB</b> .....	178
Zamilatchkiy Yu.I., Golovin M.A., Burov G.N.	
<b>ATYPICAL PROSTHETICS OF DISABLED PEOPLE AFTER SHOULDER EXARTICULATION</b> .....	178
Morozov V.V., Strukova N.V., Zhigalo A.V.	
<b>USING OF THE METHOD OF ULTRAPHONOPHORESIS OF THE «KARMOLIS» IN THE CONSERVATIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH TRIGGER FINGER</b> .....	179
Karapeyan S.V., Gorelova I.K., Golubeva J.B., Zimina E.L., Skirmont E.I.	
<b>ALGORITHM FOR THE APPOINTMENT OF CHILDREN'S ORTHOPEDIC SHOES</b> .....	180
Golubeva J.B., Gorelova I.K., Andrievskaya A.O.	
<b>THE PROBLEMS OF MANUFACTURING ORTHOPEDIC SHOES, AS AN ASSISTIVE MEANS OF ENSURING MOBILITY OF CITIZENS</b> .....	182
Mikhailov S.N., Chernov. V.A.	
<b>FUNCTIONAL TEST AND BICYCLE EXERCISE IN PATIENTS AFTER MYOCARDIAL INFARCTION</b> .....	183
Mikhailov S.N., Dement'eva O.S.	
<b>EXPERIENCE OF APPLICATION OF THE METHOD OF SAND THERAPY IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH APRAXINE AFTER ISCHEMIC STROKE AT THE SECOND STAGE MEDICAL REHABILITATION</b> .....	183

Sergeenko E.Yu., Volovets S.A., Darinskaya L.Yu., Yashinina Yu.A., Zhitareva I.V., Ryk V.A.	
<b>A MODERN TECHNIQUE FOR RESTORING MOTOR AND COORDINATION DISORDERS IN PATIENTS WHO HAD ACUTE CEREBROVASCULAR ACCIDENT.</b> .....	184
Mikhailova O.V., Pobuta O.V., Lebedeva L.N.	
<b>EFFICIENCY OF APPLICATION OF THE FUNCTIONAL GYMNASTICS METHODS ON THE IQ PREMIUMGYM TRAINER IN THE INTEGRATED REHABILITATION OF DISABLED PERSONS WITH MOVING DISTURBANCES</b> .....	185
Shabanova O.A., Mogilyanceva T.O.	
<b>MODERN POSSIBILITIES OF REHABILITATION OF CHILDREN WITH SCOLIOSIS USE OF 3D-TECHNOLOGY CORSETOTHERAPY</b> .....	187
Davydov A.T., Danilenko L.A., Butko D.Y., Artamonova M.V.	
<b>TECHNOLOGIES OF CONTEMPORARY METHODS OF BIOCONTROLLED MECHANOCINESOTHERAPY IN REHABILITATION PRACTICE</b> .....	188
Shaidayev E., Schwedovchenko I.V., Koltsov A.A.	
<b>EVALUATION OF THE RESULTS OF REHABILITATION OF DISABLED PEOPLE WITH LONGITUDINAL LOWER LIMB ECTROMELIA USING THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH (ICF)</b> .....	189
Gordievskaya E.O., Belyanin O.L.	
<b>PSYCHOLOGICAL ASPECT EVALUATION OF THE RESULTS OF PROSTHETIC</b> .....	190
Nikolaev V.F., Yankovsky V.M., Andrievskaya A.O.	
<b>ON THE QUESTION OF PRIMARY PROSTHETICS AFTER AMPUTATION OF THE LOWER EXTREMITIES</b> .....	192
Minchenko N.L., Smirnova L.M., Gaevsckaja O.J.	
<b>DYNAMOBAROPLANTOGRAPHY AS A NECESSARY TOOL FOR 3D-MODELING OF THE ORTHOPEDIC INSOLES</b> .....	193
Lyakhovetskaya V.V., Konovalova N.G., Deeva I.V.	
<b>FORMING A POSTURAL REGULATION IN PATIENTS AFTER ACUTE CEREBROVASCULAR EVENT USING THE BALANCE MASTER SYSTEM</b> .....	194
Balashova L.M.	
<b>THE STRATEGY OF FAMILY REHABILITATION OF CHILDREN WITH DISABILITY</b> .....	195
Bronnikov V.A., Li N.U.	
<b>THE EXPERIENCE OF COOPERATION FOR THE INTERESTS OF DISABLED CHILDREN</b> .....	196
Lyubushkina T.L.	
<b>THE USE IN THE SVERDLOVSK REGION ASSISTIVE MEANS AND TECHNOLOGIES TO INCREASE THE LEVEL OF PERSONAL INDEPENDENCE OF CITIZENS WITH DISABILITIES</b> .....	198
Volkova V.M.	
<b>PRINCIPLES FOR FORMATION OF SPECIAL CLOTHES AS TECHNICAL MEANS OF REHABILITATION FOR PERSONS WITH LIMITED PHYSICAL OPPORTUNITIES OF SELF-SERVICE AND MOVEMENT</b> .....	200

Pavlova S.V., Karasaeva L.A., Dedeneva I.V., Hor'kova O.V., Goryainova M.V.	
<b>ANALYSIS OF ESTIMATION OF SUBJECTIVE PARAMETERS BY ICF CATEGORIES OF QUALITY OF LIFE IN DISABLED PEOPLE WITH VERTEBRAL DISEASES .....</b>	<b>201</b>
Palatkin P.P., Mkrtchyan D.M., Filatov E.V.	
<b>USING MEDICAL PRODUCTS IN REHABILITATION IN PATIENTS WITH BOWEL AND BLADDER DYSFUNCTION IN TRAUMATIC SPINAL CORD INJURY .....</b>	<b>202</b>
Karasaeva L.A., Hor'kova O.V., Dubrovskaya N.V., Karol E.V., Samsonenko O.O.	
<b>ASSISTIVE SERVICES IN THE REHABILITATION OF ELDERLY DISABLED IN ST. PETERSBURG .....</b>	<b>203</b>
Klimasheva S.B., Kosterina Z.V.	
<b>ART THERAPY REHABILITATION TECHNOLOGIES.....</b>	<b>204</b>
Sklyarenko R.T., Spiridonova V.S., Dovgalyuk A.Z.	
<b>USE OF ASSISTIVE FUNDS FOR BLADDER CANCER.....</b>	<b>205</b>
<b>Chapter 4. Other questions of rehabilitation .....</b>	<b>207</b>
Ulasava-Razanskaya A.V.	
<b>PHYSICAL REHABILITATION AFTER LIVER TRANSPLANTATION .....</b>	<b>207</b>
Dudchenko L.Sh., Ezhov V.V., Kovalchuk S.I., Kozhemyachenko E.N., Belyaeva S.N., Maslikova G.G.	
<b>REHABILITATION OF PATIENTS WITH THE BRONCHIAL ASTHMA ASSOCIATED WITH THE OBESITY.....</b>	<b>208</b>
Reznik A.V.	
<b>OSSSEOINTEGRATION OF CUSTOMIZED IMPLANTS OF TUBULAR BONES IN THE EXPERIMENT.....</b>	<b>209</b>
Pirogova M.E., Belyaeva S.N., Savchenko V.M., Bobric Yu.V.	
<b>INFLUENCE OF AEROPALINOLOGICAL FACTORS ON BRONCHIAL ASTHMA PATIENT REHABILITATION ON THE SOUTH COAST OF THE CRIMEA.....</b>	<b>211</b>
Batiskin S.A.	
<b>COMPARATIVE ANALYSIS OF TRANSTIBIAL AND TRANSFEMORAL AMPUTATIONS IN PATIENTS WITH PERIPHERAL ARTERY DISEASE IN LOWER LIMBS .....</b>	<b>212</b>
Pavlova T.A., Grechanyi S.V.	
<b>THE ROLE OF DIETETIC TREATMENT IN THE COMPLEX OF REHABILITATION FOR AUTISM SYNDROME. ....</b>	<b>214</b>
Timankova E.S.	
<b>PSYCHOLOGICAL ASPECT OF EQUINE THERAPY IN RECOVERY WORK WITH CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS.....</b>	<b>214</b>
Plotnikov M.S.	
<b>STATIC EXERCISES USED IN MEDICAL REHABILITATION, AS ONE OF THE TECHNIQUES OF REFLEXOLOGY.....</b>	<b>216</b>

Voloshina N.I.

<b>THE MAIN ASPECTS REHABILITATION OF METROPOLITAN WORKERS UNDER SANATORIAL CONDITIONS.....</b>	<b>217</b>
Golubeva J.B., Gorelova I.K., Zimina E.L., Skirmont E.I.	
<b>RESEARCH AND EXPERT ASSESSMENT OF CHILDREN'S ORTHOPEDIC SHOES.....</b>	<b>219</b>
Lebedeva N.V., Kosyakova O.A., Strekalova S.A., Romanenko E.V., Adrianov A.V.	
<b>ACLINICAL CASE OF 11 MONTH MYOTONIC DYSTROPHY ROSSOLIMO-KURSHMANN- STEINERT-BATTENPATIENT. ....</b>	<b>220</b>
<b>Index of autors .....</b>	<b>232</b>

## **Раздел 1. Реабилитация в России: пути развития**

### **Инициатива ВОЗ «Реабилитация 2030: призыв к действию»**

#### **Chapter 1. Rehabilitation in Russia: the Way of Development The WHO Initiative "Rehabilitation 2030: Call for Action"**

Этьен Круг, Аларкос Сьеса

#### **УКРЕПЛЕНИЕ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ ПО РЕАБИЛИТАЦИИ**

Всемирная Организация Здравоохранения

Etienne Krug, MD, MPH, and Alarcos  
Cieza, MSc, MPH, PhD

#### **STRENGTHENING HEALTH SYSTEMS TO PROVIDE REHABILITATION SERVICES**

World Health Organization

В свете тенденций в области здравоохранения и демографии, мир сталкивается с новыми проблемами: старением населения, увеличением числа людей с неинфекционными заболеваниями и ростом числа последствий травм [1-3]. Социальные и экономические последствия тенденций, а также те, которые связаны со здоровьем, должны служить призывом для политиков к вложению средств не только в медицинские услуги, которые снижают смертность и заболеваемость, но и в те, которые улучшают функционирование и, следовательно, качество жизни. Эти последние результаты лежат в основе реабилитации, но службы реабилитации часто недоразвиты, не снабжены ресурсами в нужной мере и недооценены.

Резкое увеличение абсолютного количества лет жизни с инвалидностью в сочетании с растущей распространен-

ностью тяжелых инвалидизирующих заболеваний привело к спросу на реабилитацию, который в значительной степени не удовлетворён. Семьдесят четыре процента лет, прожитых с инвалидностью – это результат нарушений здоровья, которым реабилитация может быть полезной [4]. Распространенность нарушений здоровья, связанных с тяжелыми уровнями инвалидности, возросла почти на 23% с 2005 года [5]. Однако, во многих странах недостаточно работников в сфере реабилитации. Например, в регионах Африки и восточного Средиземноморья, находящихся под контролем Всемирной организации здравоохранения, число подготовленных специалистов, необходимых для удовлетворения потребностей в реабилитационных услугах (таких как эрготерапевты, физиотерапевты и логопеды), оценивается как одна десятая часть от необходимого [4].

Факторы, способствующие недостаточной удовлетворенности потребности в реабилитационных услугах, включают плохую доступность, транспортные барьеры, высокие издержки самих пациентов и длительные ожидания [6,7]. Дополнительным фактором является недостаточная осведомленность о необходимости реабилитации - что это такое, что она делает, и кому это может принести пользу.

Реабилитация включает в себя комплекс мер, направленных на снижение инвалидности и оптимизацию функционирования у людей с данными нарушениями здоровья, учитывая их окружение. Таким образом, реабилитация не сводится к малой группе лиц с ограниченными возможностями или лиц с существенными хроническими нарушениями.

Реабилитация также имеет отношение к людям, испытывающим ограничения в функционировании, связанные со старением, травмой или другими нарушениями. Например, данные свидетельствуют о том, что реабилитация улучшает функционирование для тех, у кого был острый инфаркт миокарда или инсульт, и также может давать положительные результаты

для пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата или нарушениями психического здоровья [8-11].

Роль, которую играет реабилитация в увеличении влияния на другие медицинские услуги, такие как хирургические вмешательства, травматологическую помощь и помощь при неинфекционных заболеваниях, и ее потенциал для значительной экономии средств также часто неправильно понимается и недооценивается [12]. Например, было установлено, что реабилитация сокращает продолжительность пребывания в стационаре и уменьшает число случаев повторной госпитализации, тем самым смягчая негативные социальные и медицинские риски, связанные с длительной госпитализацией.

В контексте сложных нарушений, требующих интенсивной и высокоспециализированной реабилитации, можно сэкономить средства как отдельного человека, так и сектора здравоохранения. Улучшая способность человека более полно участвовать в повседневной жизни, реабилитация снижает затраты, связанные с постоянным уходом и поддержкой, и может ускорить возможность возврата к образованию или труду.

Реабилитация является частью универсального медицинского обслуживания и должна быть включена в пакет основных услуг наряду с профилактикой, пропагандой, лечением и паллиативной поддержкой. С этой целью 7 февраля 2017 года Всемирная организация здравоохранения, государства-участники, международные и профессиональные организации, неправительственные организации и эксперты по реабилитации выпустили руководство «Реабилитация 2030: призыв к действию», отражающее приверженность ключевым мерам по укреплению реабилитационных услуг в странах-участниках [4]. Эти действия включают в себя следующее: улучшение управления и финансирования в области реабилитации, увеличение подготовки высококвалифицированного реабилитационного штата и расширение сбора данных по реабилитации.

Обязательство по усилению системы оказания помощи через повышение обеспеченности реабилитационной помощью, должно позволить, для миллионов людей, не только увеличить продолжительность жизни, но также сохранить качество жизни.

The world faces new challenges in light of health and demographic trends, populations are ageing, and the number of people living with noncommunicable diseases and the consequences of injuries is increasing [1–3]. The health, social, and economic consequences of these trends should serve as a call to policy makers to invest not only in health services that reduce mortality and morbidity but also in those that improve functioning and consequently well-being. These latter outcomes are at the core of rehabilitation, yet rehabilitation services are often underdeveloped, underresourced, and undervalued.

A dramatic increase in the absolute number of years lived with disability combined with a rising prevalence of severely disabling conditions has led to a demand for rehabilitation that is largely going unmet. Seventy-four percent of years lived with disability are the result of health conditions for which rehabilitation may be beneficial [4]. The prevalence of health conditions associated with severe levels of disability has increased by nearly 23% since 2005 [5]. However, in many parts of the world, the size of the rehabilitation workforce is insufficient. For example, in the World Health Organization African and Eastern Mediterranean Regions, the number of trained professionals required to meet the demand for rehabilitation services (such as occupational therapists, physiotherapists, and speech therapists) is estimated to be a tenth of that required [4].

Factors contributing to the unmet need for rehabilitation services include poor accessibility, transport barriers, high out-of-pocket expenses, and long waiting times [6,7]. An additional factor is a lack of awareness of the need for rehabilitation—what it is, what it does, and whom it may benefit.

Rehabilitation comprises a set of interventions designed to reduce disability and

to optimize functioning in individuals with health conditions in interaction with their environment. As such, it is not restricted to a minority group of persons with disabilities or those with significant long-term impairments.

Rehabilitation is also relevant to people experiencing limitations in functioning associated with ageing, an injury, or other conditions. For example, evidence indicates that rehabilitation improves functioning for those who have had acute myocardial infarction or strokes, while it can also have positive results for those with musculoskeletal or mental health conditions [8–11].

The role that rehabilitation plays in maximizing the impact of other health services—such as surgical interventions, trauma care, and management of noncommunicable diseases—and its potential for significant cost savings are also frequently misunderstood and underestimated [12]. For example, rehabilitation has been found to be beneficial in reducing length of stay in hospitals and decreasing readmissions, thus mitigating the negative social and health risks associated with prolonged hospitalizations.

In the context of complex conditions that require intensive and highly specialized rehabilitation, cost savings to both the individual and the health sector may be realized. By improving a person's ability to participate more fully in everyday life, rehabilitation reduces the costs related to ongoing care and support and may accelerate the ability to return to education or employment.

Rehabilitation is part of universal health coverage and should be incorporated into the package of essential services, along with prevention, promotion, treatment, and palliation. To this end, on February 7, 2017, World Health Organization, Member States, international and professional organizations, nongovernmental organizations, and rehabilitation experts issued “Rehabilitation 2030: a call for action,” a commitment to key actions to strengthen rehabilitation services in Member States [4]. These actions include the following: improving rehabilitation governance and investment, expanding a high-quality rehabilitation workforce, and enhancing rehabilitation data collection. The

commitment to strengthen health systems to provide rehabilitation services should make it possible for millions of people not only to live longer but also to live well.

## REFERENCES

1. World Health Statistics 2016 Monitoring Health for the SDGs. Geneva: World Health Organization; 2016
2. GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2016;388:1545–602
3. Chatterji S, Byles J, Cutler D, et al: Health, functioning, and disability in older adults—present status and future implications. *Lancet* 2015;385:563–75
4. Rehabilitation 2030: A Call for Action. Geneva: World Health Organization; 2017. Available at: <http://www.who.int/disabilities/care/ConceptNote.pdf?ua=1>. Accessed February 8, 2017
5. The Need to Scale up Rehabilitation. Geneva: World Health Organization; 2017. Available at: <http://www.who.int/disabilities/care/NeedToScaleUpRehab.pdf?ua=1>. Accessed February 8, 2017
6. Eldar R, Kullmann L, Marincek C, et al: Rehabilitation medicine in countries of central/eastern Europe. *Disabil Rehabil* 2008;30:134–41
7. Bjarnason-Wehrens B, McGee H, Zwisler AD, et al: Cardiac rehabilitation in Europe: results from the European cardiac rehabilitation inventory survey. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2010;17:410–8
8. Dalal HM, Doherty P, Taylor RS: Cardiac rehabilitation. *BMJ* 2015;351:h5000
9. Pollock A, Baer G, Campbell P, et al: Physical rehabilitation approaches for the recovery of function and mobility after stroke. *Stroke* 2014;45:e202
10. Williams RM, Westmorland MG, Lin CA, et al: Effectiveness of workplace rehabilitation interventions in the treatment of work-related low back pain: a systematic review. *Disabil Rehabil* 2007;29:607–24
11. Crowther R, Marshall M, Bond G, et al: Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2001:D003080
12. Howard-Wilsher S, Irvine L, Fan H, et al: Systematic overview of economic evaluations of health-related rehabilitation. *Disabil Health J* 2016;9:11–25  
УДК 364.023; 364.144; 349.3

Рожко К.Н., Шошмин А.В.  
**АНАЛИЗ ИСПОЛНЕНИЯ ПРАВ  
ИНВАЛИДОВ ПО  
ПРЕДОСТАВЛЕНИЮ  
ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ  
В РАЗНЫХ СТРАНАХ.**

ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта  
Минтруда России  
Россия, Санкт-Петербург

Rozhko C.N., Shoshmin A.V.

**THE ANALYSIS OF THE  
IMPLEMENTATION OF THE RIGHTS  
OF THE DISABLED UPON  
PROVIDING ASSISTIVE  
TECHNOLOGIES IN DIFFERENT  
COUNTRIES.**

Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific  
Centre of Rehabilitation of the Disabled named after  
G.A. Albrecht" of the Ministry of Labour and Social  
Protection of the Russian Federation  
Russia, St. Petersburg

**Аннотация:** Современные технологии значительно расширяют возможности реализации прав инвалидов на реабилитацию. Компенсация нарушенных функций, активности и участия в общественной жизни может быть безопасно, легко и надежно выполнена с помощью новейших технологий и устройств, максимально используя потенциал инвалидов. Исходя из этого, правительственные организации развивают законодательную базу, регулиующую производство и распространение вспомогательных устройств и технологий. В разных странах реализация данного процесса имеет свои отличия. Лучшие практики могут быть использованы при развитии национального законодательства.

**Abstract:** Modern technologies expand significantly the possibilities to implement the rights of the disabled for rehabilitation. Compensation for impaired functions, activity and participation in social life can be accomplished safely, easily and reliably with the help of the latest technologies and devices, making maximum use of the potential of the disabled. On this basis, governmental organizations are developing the legislative framework governing the production and distribution of assistive devices and

technologies. In different countries, the implementation of this process has its differences. Best practices can be used to develop national legislation.

**Ключевые слова:** ассистивные технологии и средства, вспомогательные технологии, законодательное регулирование, права инвалидов, Конвенция о правах инвалидов.

**Keywords:** Assistive technologies and devices, legislative regulation, the rights of the disabled, the Convention on the Rights of Persons with Disabilities.

Права инвалидов, определяющие право на реабилитацию, регулируются «Конвенцией ООН о правах инвалидов» (КПИ) (резолюция 61/106 Генеральной Ассамблеи от 13.12.2006 г) [1], которая ратифицирована Российской Федерацией 03.05.2012 г. [2]

Значительную роль в реабилитации имеют вспомогательные технологии. Вспомогательные технологии – собирательный термин, охватывающий системы и службы, связанные с предоставлением вспомогательных средств и услуг. Вспомогательные средства предназначены для поддержания или повышения функциональных возможностей и самостоятельности, таким образом способствуя их благополучию [3].

26.01.2018 ВОЗ приняла резолюцию «Улучшение доступа к вспомогательным технологиям» [4], в которой сделан акцент на распространение и применение вспомогательных технологий в государствах-участниках ВОЗ.

Ратификация КПИ требует от стран развития законодательства в данной области, в том числе регулирующих все аспекты вспомогательных технологий и средств.

Был проведен сравнительный анализ законодательства 22 стран. Основное внимание уделялось следующим вопросам:

- Какие органы власти регулирует законодательную базу по вопросам вспомогательных технологий;
- Количество законодательных актов, регулирующих предоставление вспомогательных технологий;
- Как организовано непосредственное распространение и внедрение вспомо-

гательных технологий и средств (Фонды, организации государственные, частные, НКО, общественный сектор и т.п.);

- На какие категории инвалидов направлено законодательство.

Предварительные результаты анализа показали, что большинство законодательных актов направлено на лиц трудоспособного возраста и их профессиональную реабилитацию. Следующей целью законодательного регулирования являются инвалиды с нарушением мобильности и сенсорных систем. Комплексный подход к реализации прав инвалидов на обеспечение вспомогательными средствами при реабилитации основанной на оценке функционирования во взаимоотношении с факторами окружающей среды и персональными факторами (биопсихосоциальной модели инвалидности [5]) слабо развит.

Лучшие законодательные практики позволяют использовать опыт наиболее успешных стран, таких как Австралия, Канада, Великобритания, Австрия, Бельгия.

#### Список литературы:

1. Конвенция о правах инвалидов, принятая Резолюцией Генеральной Ассамблеи № 61/106 от 13.12.2006 г. Доступно по ссылке: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N06/500/81/PDF/N0650081.pdf?OpenElement> Ссылка активна на 23.03.2018
2. Федеральный закон от 03.05.2012 № 46-ФЗ «О ратификации Конвенции о правах инвалидов». Доступно по ссылке: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/35237> Ссылка активна на 23.03.2018
3. Определение ВОЗ Доступно по ссылке: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/assistive-technology/ru/> Ссылка активна на 23.03.2018
4. Резолюция Семьдесят первой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения № EB142.R6 от 26.01.2018 «Улучшение доступа к вспомогательным технологиям» Доступно по ссылке: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB142/B142\\_CO NF2-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB142/B142_CO NF2-en.pdf) Ссылка активна на 23.03.2018
5. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (с изменениями и дополнениями по состоянию на 2016 год). – СПб: Человек, 2017. – 262 с.

УДК: 616-036.82/.85

Шестаков В.П., Свинцов А.А.,  
Радутто В.И., Чернякина Т.С.,  
Герашенко Л.И.

## **ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ РАЗРАБОТКЕ И РЕАЛИЗАЦИИ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ (АБИЛИТАЦИИ) ИНВАЛИДОВ НА РЕГИОНАЛЬНОМ И МУНИЦИПАЛЬНОМ УРОВНЕ**

ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта  
Минтруда России  
Россия, Санкт-Петербург

Shestakov V.P., Svintsov A.A.,  
Raduto V.I., Chernyakina T.S.,  
Gerashchenko L.I.

## **LEGAL ASPECTS OF INTERDEPARTMENTAL INTERACTION IN THE DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION OF INDIVIDUAL REHABILITATION PROGRAMS (HABILITATION) FOR PEOPLE WITH DISABILITIES AT THE REGIONAL AND MUNICIPAL LEVELS**

Federal State Budgetary Institution “Federal Scientific  
Centre of Rehabilitation of the Disabled named after  
G.A. Albrecht” of the Ministry of Labour and Social  
Protection of the Russian Federation  
Russia, St. Petersburg

**Аннотация:** Обсуждаются вопросы межведомственного взаимодействия на региональном и муниципальном уровне при реализации индивидуальных программ реабилитации (абилитации) инвалидов.

**Abstract:** The issues of interdepartmental interaction at the regional and municipal levels and the implementation of individual rehabilitation programs (habilitation) for disabled people are discussed.

**Ключевые слова:** реабилитация (абилитация) инвалидов, индивидуальная программа, межведомственное взаимодействие

**Keywords:** rehabilitation (habilitation) of disabled people, individual program, interdepartmental interaction

Целью работы являлось определение основных направлений межведомственного взаимодействия на региональном и муниципальном уровне в части реализации индивидуальных программ реабилитации (абилитации) инвалидов.

Отношения в области реализации индивидуальных программ реабилитации (абилитации) инвалидов носят межотраслевой характер, обусловленный их основными направлениями (здравоохранение, образование, труд, занятость, физическая культура и спорт). Реализацией мероприятий в рамках вышеуказанных направлений призваны осуществлять соответствующие каждой организационно-функциональные единицы (органы управления и организации реабилитационной (абилитационной) направленности). Эффективность реабилитационных (абилитационных) мероприятий детерминирована, в том числе и регламентацией отношений в области их межведомственного взаимодействия.

В рамках реализации индивидуальных программ реабилитации (абилитации) инвалидов в части межведомственного взаимодействия на региональном и муниципальном уровне:

- определяются должностные лица ответственные за организацию межведомственного взаимодействия исполнительных органов государственной власти по исполнению мероприятий, возложенных на них индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида (Республика Бурятия);

- создаются координирующие органы (Белгород, Уфа, Балтасинский муниципальный район);

- регламентируются процессуальные аспекты (Порядок межведомственного взаимодействия по реализации индивидуальных программ реабилитации инвалидов (детей-инвалидов) на территории Красноярского края);

- затрагиваются вопросы информационного (Новосибирская область, Удмуртская Республика), в том числе электронного (Чувашская Республика - Чувашия) взаимодействия.

В рамках межведомственного взаимодействия осуществляются

- организация и координация деятельности различных органов и организаций при предоставлении услуг или осуществлении сопровождения;

- информирование получателей услуг о деятельности органов государственной власти, их территориальных органов и подведомственных организаций;

- участие в семинарах, совещаниях, иных совместных мероприятиях по вопросам осуществления межведомственного взаимодействия;

- анализ и обобщение результаты межведомственного взаимодействия.

К формам межведомственного взаимодействия правовые акты относят:

- обмен информацией между участниками межведомственного взаимодействия;

- осуществление совместных действий (мероприятий) в рамках реализации индивидуальных программ;

- планирование совместной деятельности.

- заключение соглашений о сотрудничестве;

- образование межведомственных рабочих групп;

- оказание необходимой помощи по вопросам, возникающим в процессе межведомственного взаимодействия;

- межведомственные запросы.

УДК 304.44

Исаева Е.Р.<sup>1</sup>, Рогачева Т.В.<sup>2</sup>

## **ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА**

<sup>1</sup>Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. Академика И.П. Павлова

<sup>2</sup>ГАУ «Областной центр реабилитации инвалидов», Екатеринбург

Isaeva E.R.<sup>1</sup>, Rogacheva T.V.<sup>2</sup>

## THEORETICAL THE BASIS FOR THE DETERMINATION THE EFFECTIVENESS OF THE REHABILITATION PROCESS

<sup>1</sup>The First St.Petersburg State Medical University's Academician I. P. Pavlov, St. Petersburg

<sup>2</sup>SAI "Regional Center for Rehabilitation of Disabled People", Ekaterinburg

**Аннотация:** В статье рассматриваются теоретические положения, позволяющие специалистам, занимающимся реабилитацией и абилитацией инвалидов, однозначно оценивать реабилитационный процесс. Указано на разноплановость трактовки понятия «результативность» в социальной практике. Предложено под результативностью понимать соответствие запланированной реабилитационной деятельности (цели реабилитации) достигнутому результату.

**Abstract:** The article examines the theoretical issues, allowing the specialists involved in the rehabilitation and habilitation of persons with disabilities, to clearly assess the rehabilitation process. It is indicated that the interpretation of the concept of "effectiveness" in social practice is diverse. It is proposed to understand «effectiveness» as the relevance of the planned rehabilitation activity (the purpose of rehabilitation) to the achieved result under the effectiveness.

**Keywords:** effectiveness, efficiency, purpose of rehabilitation.

**Ключевые слова:** результативность, эффективность, цель реабилитации.

Российская практика оценивания процессов социальной направленности, результатом которых выступают улучшение социального функционирования человека, восстановление или компенсация способностей или максимальное приспособление к новым условиям до сих пор рассматривается, по словам доктора экономических наук Т.Ч. Амалиева, «как затратная, а критерием эффективности часто является экономия на содержании и снижении удельных затрат» [4,5]. Это подтверждается мониторингом эффективности реализации индивидуальных программ реабилитации инвалидов. Так, по

Нижегородской области в 2010 году только у 2,2% инвалидов достигнуто полное восстановление нарушенных функций, результаты медицинской реабилитации отсутствуют у 18,9%, социальной реабилитации – у 19,4% инвалидов [8].

С учетом многообразия опубликованных монографий и статей на тему эффективности и результативности деятельности социальных организаций, разноплановости проводимых исследований неизбежна множественность трактовок понятий «результативность» и «эффективность», а также методов, методик и мер измерения. Итог — отсутствие четкого однозначно трактуемого определения данных понятий.

В научной литературе, освещающей проблемы оценивания, понятия «результативность» и «эффективность» часто употребляются как синонимы. М. Лебас и К. Юске указывают на то, что «...термин результативность представляет собой одно из "слов-чемоданов", внутрь которого каждый помещает подходящие ему понятия, переключая заботу об определении на контекст» [15]. Например, Л.В. Топчий в учебном пособии «Социальное обслуживание населения» [12] в разделе «Подходы к оценке эффективности социальных услуг» описывает факторы результативности как «соотношение стандартов и норм качества социальных услуг со степенью достигнутых результатов».

Контекстуальный характер определения эффективности и результативности дополняется субъективизмом оценки. Оценка эффективности и результативности всегда субъективна, поскольку проводится с точки зрения конкретного субъекта оценки, имеющего индивидуальное восприятие деятельности.

К.И. Фальковская считает, что в настоящее время «применительно к социальной работе ... эффективность рассматривается как фактически достигнутые и необходимые результаты» [13]. Однако, автор указывает и на недостатки такого определения результативности применительно ко всей социальной работе, а также по отношению к реабилитационному

процессу. Автор подчеркивает, что «цель и задачи социальной работы носят не четко очерченный характер. Традиционно к ним относят: усиление степени самостоятельности клиентов; создание условий, при которых клиенты могут максимально проявить свои возможности; создание условий, при которых люди с физическими недостатками, психическими и психологическими проблемами могут сохранить чувство собственного достоинства и уважения к себе со стороны окружающих» [13]. Следовательно, делает вывод К.И.Фальковская, «понятие «эффективность» абстрактно, поэтому оно всегда должно быть «привязано» к какому-либо объекту, субъекту или процессу разрешения социальной проблемы (технологиям, способам, методам)» [13].

Национальный стандарт «Социальное обслуживание населения. Качество социальных услуг» [1, 4] трактует понятие «результативность» синонимично понятию «эффективность» и определяет его с двух сторон. Первая сторона - «материальная (степень решения материальных или финансовых проблем клиента), оцениваемая непосредственным контролем результатов выполнения услуги». Вторая – «нематериальная (степень улучшения психоэмоционального, физического состояния клиента, решение его правовых, бытовых и других проблем в результате взаимодействия с исполнителем услуги), оцениваемая косвенным методом, в том числе путем проведения социальных опросов, при этом должен быть обеспечен приоритет клиента в оценке качества услуги» [1, 4].

В системе менеджмента качества предложено определять результативность в соответствии с ГОСТ Р ИСО 9000-2001 как «степень реализации запланированной деятельности и достижения запланированных результатов», а эффективность как «связь между достигнутым результатом и использованными ресурсами» [2, 8]. В ГОСТР ИСО 9001—2015 [3] даны рекомендации организациям по анализу и оцениванию результативности процесса, к которым в организациях социального обслуживания населения относятся:

- степень удовлетворенности потребителей качеством оказания услуг;
- результативность реабилитационного процесса.

Экономисты считают, что «при операционализации понятия эффективности принято различать результативность (effectiveness) и экономичность (efficiency) ее деятельности» [14]. Первая измеряет степень достижения установленных для организации целей. Вторая же, сопоставляя получаемые анализируемой единицей результаты со значениями факторов (обычно затратами ресурсов), при которых они были достигнуты, дает представление о том, насколько экономично она функционирует.

Обычно социальная деятельность сопряжена с созданием специфичных для нее результатов, как правило, принимающих форму услуг. Организация при этом выступает в роли преобразователя имеющихся у нее на «входе» предлагаемых реабилитационных мероприятий в получаемые на «выходе» результаты оказания реабилитационных услуг. Таким образом, в самом общем виде содержание задачи оценки результативности деятельности организации сводится к определению продуктивности и качества осуществляемого ею преобразования предлагаемых услуг в получаемые результаты.

Проблема оценки результативности в современной научной литературе представлена несколькими подходами.

**Первый подход** можно назвать экономическим. Представители данного подхода [9] ссылаются на работу Д.Синка «Управление производительностью: планирование, измерение и оценка, контроль и повышение» [10], в которой дано определение результативности применительно к деятельности любой системы. К показателям результативности Д. Синк отнес:

1. Действенность (effectiveness) как степень достижения системой поставленных целей, степень завершения «нужной» работы. Критериями достижения целей выступают:

- качество (совершают ли специалисты конкретной системы определенные действия в соответствии с заранее определенными требованиями);

- количество (делаются ли все определенные действия);

- своевременность (делаются ли все определенные действия вовремя).

Таким образом, показатель «действительность» позволяет сравнить, намерения и фактическое исполнение планируемых намерений.

2. Качество (quality) как степень соответствия услуг требованиям и ожиданиям как специалиста, так и потребителя услуг.

Процесс измерения результативности рассматривается в данном подходе как в первую очередь составная часть анализа и контроля. Д.Синк предлагает правила, которые могут служить критериями выбора измерительных методов и процедур [10]:

1. Пригодность (действительно ли измеритель определяет то, для чего предназначен).

2. Правильность и точность (измеритель правильно и точно определяет статистические характеристики поведения данного феномена).

3. Полнота (или исчерпывающий характер) – (все ли желаемые параметры /переменные измерены).

4. Уникальность (конкретные измерители в системе должны быть уникальны, т.е. не должно быть избыточных или пересекающихся измерителей).

5. Надежность (измерители должны постоянно обеспечивать обоснованные результаты. Ошибки измерений должны удовлетворять принятым статистическим предпосылкам).

6. Понятность (измерители должны соответствовать уровню квалификации специалистов).

7. Квантифицируемость и контролируемость измерительных методов и процедур.

**Второй подход** базируется на зарубежных исследованиях в области качества, проводимые, как отмечает А. Ниили, «...в академическом сообществе ... представителями функционально различных отраслей знания. Специалисты таких

сфер, как учет, экономика, управление человеческими ресурсами, маркетинг, операционный менеджмент, психология и социология, — все они изучают данный предмет» [16, 2]. Среди этих исследований, прежде всего, можно назвать концептуальные разработки У. Шухарта, Э. Деминга, Г. Тагути, Дж. Джурана, Ф. Кросби, А. Фейгенбаума, К. Исикавы, Дж. Ван Эттингера и Дж. Ситтига, представляющие собой сформированные в теоретическом плане модели управления качеством, а сами разработчики имеют почетное звание «гуру в области качества».

Для нашей работы наибольший интерес представляет модель Э. Деминга. При построении своей теории Деминг активно использовал многие идеи и концепции П. Друкера, ведущего теоретика в области управления. Именно Друкеру принадлежат слова о том, что «задача - так хорошо познать и понять клиента, что товар или услуга будут точно подходить последнему и продавать себя сами» [7]. Мощная гуманистическая составляющая метода Деминга, основанная на понимании и уважении человеческой индивидуальности, безусловно, восходит к школе человеческих отношений американского исследователя Ф. Мейо, работам по психологии А. Маслоу, Ф. Герцберга. Модель У. Деминга [10] представляет собой динамическую формулу:

**Plan → Do → Check → Act**  
**(Планируй → Выполняй → Проверяй → Действуй)**

Где:

Планируй – согласование целей и необходимых компетенций; прояснение, какие задачи должны быть поставлены;

Выполняй – выполнение работ, необходимых для решения поставленных задач в соответствии с нормативными документами (в нашем случае, в соответствии с ИПРА, ИППСУ);

Проверяй – мониторинг хода выполнения работ и реакции специалистов, выполняющих эти работы;

Действуй – обсуждение положительных и отрицательных результатов, ресурсов и рисков.

Представители этого же подхода предложили способы измерения результативности. Основными критериями измерения выступают следующие показатели:

1. Удовлетворенность ключевых заинтересованных лиц (т.е. прояснение, кто выступает для организации ключевыми заинтересованными лицами, и каковы их потребности)

2. Качество стратегии (т.е. определение необходимых стратегий для удовлетворения потребностей и желаний ключевых лиц)

3. Качество процессов (т. е. прояснение тех процессов, которые появятся вследствие реализации предлагаемых стратегий)

4. Наличие способностей и компетенций у персонала

5. Вклад заинтересованных лиц.

**Третий подход** может быть назван целевым. Разработчиком данного подхода является еще один «гуру менеджмента» Ч.Барнард [5], который еще в 1938 году выделил проблему адекватной постановки цели. Далее П. Друкер в 1954 году ввел аббревиатуру SMART как систему и методику постановки целей. Сам термин происходит от английского "smart" – «умный» (хитрый, смекалистый) и содержит в себе 5 критериев постановки целей:

*specific* - конкретная;

*measurable* - цель измеримая;

*achievable* - цель достижимая;

*realistic* - цель реалистичная, прагматичная;

*timed* – цель, определенная по времени (*time-bound* – ограниченная во времени).

П. Друкер полагал, что правильно поставленная смарт-цель обязательно будет достигнута, если она соответствует этим пяти критериям:

*Specific* – конкретность, т.е. цель должна быть четко описана. Конкретность предполагает однозначность трактовок и понимания различными людьми. Если при описании цели употребляются слова «увеличение», «ускорение» и т.д., то они

обязательно делают цель не конкретно сформулированной.

*Measurable* – измеримость смарт-цели. Результат достижения цели должен быть измеримым. «Завоевание» или «улучшение показателей» трудно измерить какой-либо величиной. Причем критерии измерения должны быть определены не только для конечного результата, но и для определения достижимости промежуточных результатов.

*Assignable* – достижимость смарт-цели, в данном случае понимается возможность достичь цели своими силами: необходимо учитывать наличие собственных ресурсов для достижения СМАРТ-цели, собственные профессиональные возможности и личностные качества. Если полагается цель, для достижения которой требуются ресурсы, не зависящие от того, кто будет реализовывать программу достижения цели, цель может быть недостижимой. Другими словами, должен присутствовать потенциал для достижения цели, должны быть в наличии ресурсы (внешне или внутренне управляемые) для ее достижения.

*Realistic* – реалистичность достижения смарт-цели. Необходимо избегать постановки цели, если ее достижение очевидно не реально. Необходимо реально оценивать ресурсы, усилия, которые потребуются для достижения цели. Это не означает, что цель не должна быть амбициозной, как раз наоборот. Если цель при анализе является мало реалистичной, следует определить несколько последовательно достижимых подцелей. Каждое достижение очередной подцели должно открывать дорогу к следующей подцели, и так далее – к главной цели.

*Time related (Time-bound)* – смарт-цель, определенная во времени. Определение точки во времени, по наступлению которой цель должна быть достигнута. При полагании цели должны быть четко поставлены сроки ее достижения. Без четко определенных сроков достижения цели (подцелей) во времени смарт-цели быть не может.

Таким образом, в процессе определения цели эти требования выступают

своеобразными критериями оценки ее потенциальной результативности, т.е. выполнимости. Конкретизация SMART и определение способов измерения достижимости результата помогут лучше понять, что же на самом деле необходимо. В основе целевого подхода лежит следующая «цепочка»:

### **Цели (задачи) → Ресурсы → Результаты**

Обращает внимание, что в цепочке целевого подхода особое внимание уделено ресурсам, которые условно можно разделить на 2 группы. Первая группа названа неповеденческими (косвенными) ресурсами результативности [6, 32-33], к которым относятся факторы, подлежащие учету: условия, при которых оказываются услуги (технологии, оборудование, умения, навыки и способности специалистов и пр.), организационная структура учреждения/системы реабилитации, которая может как способствовать, так и тормозить осуществление реабилитационного процесса конкретному человеку, нормативы, стандарты и пр. Вторая группа относится к т.н. поведенческим факторам и имеет непосредственное отношение к людям, как к реабилитантам, так и к специалистам, оказывающим реабилитационные услуги. К этим факторам отнесены: система ожиданий, личностные проблемы, возможности и способности людей, различные инициативы. Особое место занимает в этой группе факторов «энергетическая нежелательность поведения» [6], т.е. те стратегии и методы, которыми пользуются как инвалиды (проблема рентных отношений и пр.), так и специалисты (проблема профессионального сгорания и пр.).

Следовательно, под **результативностью** реабилитационного процесса может пониматься соответствие процесса реализации запланированной реабилитационной деятельности (цели реабилитации) достижению запланированных результатов. В первую очередь, результативность должна измеряться относительно конкретного инвалида,

проходящего реабилитационный процесс в конкретном учреждении.

### **Литература:**

1. ГОСТ Р 52142-2013 Социальное обслуживание населения. Качество социальных услуг. Общие положения. М.: Стандартинформ, 2014. – 11с.
2. ГОСТ Р ИСО 9000-2001. Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь. М.: ИПК Издательство стандартов, 2001. – 68 с.
3. ГОСТ Р ИСО 9001—2015. Системы менеджмента качества. Требования. М.: Стандартинформ, 2015. – 29 с.
4. Амалиев Т.Ч. Проблемы оценки результативности прикладной научной деятельности. М.: ОО ПП Сервис, 2014. – 16 с.
5. Барнард Ч. Функции руководителя: власть, стимулы и ценности в организации. М., Челябинск: Социум, ИРИСЭН, 2009. — 333 с.
6. Бондарева Л.А. Мотивация и результативность труда. СПб.: ПГУПС, 2006. – 35 с.
7. Друкер П. Классические работы по менеджменту. — М.: «Альпина Бизнес Букс», 2008. — С. 220.
8. Каратаева О.А., Сергеева Т.Н., Герман С.В. Организация мониторинга эффективности реализации индивидуальных программ реабилитации инвалидов в Нижегородской области // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2012. - № 4. – С.15-18.
9. Романов П.В., Ярская-Смирнова Е.Р. Политика инвалидности. Проблемы доступной среды и возможности занятости // Социс. - 2005.-№2.-С. 44-55.
10. Синк Д. Управление производительностью: планирование, измерение и оценка, контроль и повышение. М.:Прогресс, 1989. – 5 22 с.
11. Стюарт-Котце Р. Результативность. М.: Альпина Паблишер, 2012. – 280 с.
12. Топчий Л.В. Социальное обслуживание населения: ценности, теория, практика. М.: РГСУ, 2011. -320 с.
13. Фальковская К.И. Эффективность социальной работы: теоретическое осмысление проблемы // Гуманитарные науки: теория и методология. – 2010. - №3. – С.89-93.
14. Фраттура Л. Инфографическое семейство индикаторов функционирования (FAFI): как измерить результативность на практике при использовании МКФ // Инвалидность и реабилитация. Мат-лы научно-практической конференции с международным участием. СПб.: Перо, 2016. – С.224-235.
15. Lebas M., Euske K. A conceptual and operational delineation of performance. In: Neely A. (ed.). Business Performance Measurement: Unifying Theory and Integrating Practice. Cambridge University Press: Cambridge, 2007. – P.125–139.
16. Neeley A., Adams C. The performance prism : The Scorecard for Measuring and Managing Business Success. Prentice Hall: NJ. The Economist. 2006. April, 15–21.

Шестаков В.П., Свинцов А.А.,  
Радуту В.И., Черныкина Т.С.,  
Рочева Я.С.

**ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ РЕАЛИЗАЦИИ  
КОНВЕНЦИИ ООН О ПРАВАХ  
ИНВАЛИДОВ НА РЕГИОНАЛЬНОМ  
УРОВНЕ В ЧАСТИ ДОСТУПНОСТИ  
РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ УСЛУГ ДЛЯ  
ИНВАЛИДОВ**

ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта  
Минтруда России  
Россия, Санкт-Петербург

Shestakov V.P., Svintsov A.A.,  
Raduto V.I., Chernyakina T.S.,  
Rocheva Ya.S.

**LEGAL ASPECTS OF THE  
IMPLEMENTATION OF THE UN  
CONVENTION ON THE RIGHTS OF  
PERSONS WITH DISABILITIES AT  
THE REGIONAL LEVEL IN TERMS OF  
ACCESSIBILITY OF  
REHABILITATION SERVICES FOR  
PEOPLE WITH DISABILITIES**

Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific  
Centre of Rehabilitation of the Disabled named after  
G.A. Albrecht" of the Ministry of Labour and Social  
Protection of the Russian Federation  
Russia, St. Petersburg

**Аннотация:** Рассматриваются актуальные направления правового регулирования обеспечения доступности для инвалидов реабилитационных услуг на региональном уровне в рамках исполнения обязательств Российской Федерации по статье 9 Конвенции

**Ключевые слова:** инвалид, реабилитационные услуги, правовое регулирование, региональный уровень

**Abstract:** The current directions of the legal regulation of ensuring accessibility of rehabilitation services for persons with disabilities at the regional level are considered in the framework of the fulfillment of the obligations of the Russian Federation under Article 9 of the Convention

**Keywords:** invalid, rehabilitation services, legal regulation, regional level

Целью работы являлось обозначение актуальных направлений в части совершенствования региональной правовой базы в рамках реализации положений Конвенции ООН о правах инвалидов.

Правовым основанием формирования регионального законодательства в части обеспечения доступности для инвалидов реабилитационных услуг следует считать положения пункта 5 статьи 4 Конвенции ООН о правах инвалидов (далее - Конвенция), устанавливающих, что положения настоящей Конвенции распространяются на все части федеративных государств без каких бы то ни было ограничений или изъятий.

Самым актуальным направлением правового регулирования на региональном уровне в рамках исполнения обязательств Российской Федерации по статье 9 Конвенции является регламентация отношений в части утверждения и реализации в сферах установленной деятельности мероприятий по повышению значений показателей доступности для инвалидов объектов и услуг - планов мероприятий ("дорожных карт") по повышению значений показателей доступности для инвалидов объектов и услуг.

В части совершенствования региональной правовой базы в рамках реализации "дорожных карт" в перечне мероприятий представляется желательным наличие таких как:

- разработка регионального закона "О внесении изменений в законодательные акты в целях приведения в соответствие с положениями Конвенции ООН о правах инвалидов и нормами Федерального закона от 1 декабря 2014 года N 419-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов";

- включение в административные регламенты предоставления государственных услуг органов исполнительной власти требований к обеспечению условий доступности для инвалидов;

- принятие распорядительных актов организаций региона, в соответствии с которыми на работников организаций возложены обязанности оказания инвалидам помощи при предоставлении им услуг;

- осуществление мониторинга нормативных правовых актов на соответствие законодательным актам Российской Федерации, принятым в связи с ратификацией Конвенции.

Дэвид Бэйнс

## ЭКОСИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ВНЕДРЕНИЮ АССИСТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Сервис доступа и инклюзивности Дэвида Банеса,  
Милтон Кейнс, Великобритания

David Banes

## AN ECOSYSTEM APPROACH TO IMPLEMENTATION OF ASSISTIVE TECHNOLOGY

David Banes Access and Inclusion Services, Milton  
Keynes, the United Kingdom

**Аннотация:** Широко признан тот факт, что доступ к технологиям является важной частью участия в обществе, образовании и занятости. Такой доступ имеет решающее значение для обеспечения инклюзивности для людей с ограниченными возможностями, которые остаются одними из самых социально отчужденных в мире. По оценке на них приходится не менее 10% мирового населения. В большинстве случаев они не имеют доступа к преимуществам, которые могут принести ассистивные технологии, и поэтому социальная отчужденность усиливается.

Экономическое обоснование положения о предоставлении доступных технологий было четко изложено. Во многих странах положение предусматривало социальное, политическое, технологическое и экономическое обоснование. В разработанной модели изложены основные элементы предоставления ассистивных технологий, которые необходимо создать для обеспечения успешной реализации. Структура может быть сформирована и применена к отдельным сообществам или странам в зависимости от демографических, экономических и географических влияний.

Экосистемная модель имеет большое значение для определения критериев анализа и существующей практики и проведения анализа пробелов для определения потенциальных приоритетов на будущее.

**Abstract:** It is widely acknowledged that access to technology is a crucial part of participation in community, education and employment. Such access is crucial to ensuring inclusion of people with disabilities who remain amongst the most marginalised in the world. Estimates suggest that they account for at least 10% of the global population. In most cases, they do not have access to the benefits that assistive technologies can bring, and therefore become further marginalised.

The business case for provision of accessible technology has been well stated. A case for provision based upon social, political, technological and an economic rationale has been made in many countries.

The model developed outlines the core elements of assistive technology provision which must be established to ensure successful implementation. The framework can then be shaped and applied to individual communities or countries according to demographic, economic and geographic influences. The ecosystem model has value in seeking to identify benchmarks and current practice and to conduct a gap analysis to suggest potential priorities for the future.

**Ключевые слова:** ассистивные технологии, применение, экосистема, услуги

**Key words:** assistive technology, implementation, ecosystem, services

Экосистему можно охарактеризовать как сеть организаций, в том числе поставщиков, дистрибьюторов, клиентов, конкурентов, правительство и агентства, которые участвуют в распространении продукта или услуги через конкуренцию и сотрудничество. Каждая заинтересованная сторона затрагивает других и имеет влияние с их стороны, создавая постоянно развивающиеся отношения, в которых каждое действие должно быть гибким и подстраивающимся к процветанию, аналогичным биологической экосистеме.

Экосистема «Ассистивные технологии» относится к ряду продуктов и услуг, которые поддерживают интеграцию людей с ограниченными возможностями в среду жизнедеятельности. Такая экосистема «заселена» как доступными, так и ассистивными технологиями. Мы опреде-

ляем ассистивные технологии, как те, которые специально предназначены для удовлетворения потребностей человека с инвалидностью, в то время как доступные технологии относятся к тем, которые предназначены для удовлетворения потребностей целого ряда пользователей и связаны с универсальным дизайном. Экосистема включает службы, которые поддерживают пользователей, чтобы наилучшим образом использовать доступные решения.

Новая ирландская экономическая модель описала, что технологии могут преобразить жизнь людей с ограниченными возможностями. Для обеспечения успешной реализации технологий необходимо будет располагать рядом услуг. Проведенное исследование показало, что услуги должны быть следующие:

- Осведомленность
- Политика и координация
- Консультации и оценка
- Обеспечение
- Обучение
- Поддержка
- Доступность контента
- Исследования и разработки

Каждый компонент экосистемы может предоставляться по-разному. Традиционные услуги, которые предоставляют профессионалы, не обеспечивают основу экосистемы во всех странах. Вместо этого люди с ограниченными возможностями имели доступ к информационным ресурсам и делились ими, чтобы выбирать и устанавливать необходимые им технологии без первоначальной ссылки на установленные службы.

Была подчеркнута важность расширения таких ресурсов по самосовершенствованию, но инвестиции в экосистему, основанную на равноценной поддержке и специально отобранном содержании, дали значительную возможность сократить расходы и привлечь большее число потенциальных лиц, получающих помощь.

An ecosystem can be defined as a network of organizations, including suppliers, distributors, customers, competitors, government and agencies that are involved in

the delivery of a product or service through both competition and cooperation. Each stakeholder affects and is affected by the others, creating a constantly evolving relationship in which each activity must be flexible and adaptable to thrive, analogous with a biological ecosystem.

The Assistive Technology ecosystem refers to the range of products and services that support access and inclusion for people with disabilities. This is populated by both accessible and assistive technologies. We define assistive technology as that specifically designed to address the needs of a person with a disability, whilst accessible technology refers to those designed to accommodate the needs of a range of users and relates to universal design. The ecosystem includes services that support users to make the best use of available solutions.

The recent Irish business case recognised that technology can transform the lives of those with disabilities. To ensure the successful implementation of technologies a series of services will need to be in place. The research conducted outlined these as:

- Awareness
- Policy and coordination
- Advice and Assessment
- Provision
- Training
- Support
- Accessible Content
- Research and Development

Each component of the ecosystem can be delivered in different ways. Traditional professional led services do not provide the basis of the ecosystem in all countries. Instead, people with disabilities accessed and shared information resources online to select and install the technologies they required, without initial reference to established services.

The importance of escalation from such self-help resources was highlighted, but investment in an ecosystem founded on peer support and curated content, offered a significant opportunity to reduce cost and reach greater numbers of potential beneficiaries.

initiative Global cooperation on Assistive technology [http://www.who.int/phi/implementation/assistive\\_technology/phi\\_gate/en/](http://www.who.int/phi/implementation/assistive_technology/phi_gate/en/)

2. Raja DS (2016) Bridging the Disability Divide through Digital Technologies World Bank

3. Coventry and Jacobs (2005) The Market Drivers and Business Case for Designing Accessible Public Technology.

4. Accessible Design in the Digital World Conference Enable Ireland and Disability Federation of Ireland (2016) Assistive Technology for people with disabilities and older people – A discussion paper DFI

УДК 616-0532-056.54; 364.0434;311.42

Васильченко Е.М.

## РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ С УТРАТОЙ КОНЕЧНОСТИ. РОССИЙСКАЯ И МЕЖДУНАРОДНАЯ ПРАКТИКА

ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр  
медико-социальной экспертизы и реабилитации  
инвалидов» Министерства труда и социальной  
защиты Российской Федерации  
Российская Федерация, Новокузнецк

Vasilchenko E.M.

## REHABILITATION OF THE DISABLED PERSONS WITH LIMB LOSS. RUSSIAN AND INTERNATIONAL PRACTICE

Federal State Budgetary Scientific and Practical Centre  
for Medical and Social Evaluation and Rehabilitation of  
Disabled Persons in Novokuznetsk, Ministry of Labour  
and Social Protection of the Russian Federation  
Russian Federation, Novokuznetsk

**Аннотация:** Проведен итоговый (обобщающий) анализ медико-социальных параметров контингента лиц с утратой нижней конечности и результатов реабилитации в популяции жителей г. Новокузнецка в период 1996-2015 гг. Несмотря на наличие и доступность протезно-ортопедической помощи, оказываемой населению в рамках системы государственных гарантий, результаты реабилитации контингента инвалидов с утратой конечности не вполне удовлетворительны и могут быть существенно улучшены путем совершенствования организации оказания медицинской помощи и процесса реабилитации. С учетом опыта ряда европейских стран и США определены направления совершенствования

организации реабилитации инвалидов после ампутации конечности.

**Abstract:** A total analysis of medical and social parameters of the population of persons with limb loss and rehabilitation results in the population of Novokuznetsk city residents during the period from 1996 till 2015 was performed. Despite the presence and availability of prosthetic and orthotic care provided to the population within the system of state guarantee, the rehabilitation results of the population of patients with limb loss are not quite satisfactory and might be significantly improved through an enhancement of the delivery of medical care and the rehabilitation process. Taking into account the experience of a number of European countries and the USA, the directions of enhancement of the delivery of medical care after limb amputation were identified.

**Ключевые слова:** инвалиды с утратой конечности, протезирование, реабилитация, направления совершенствования.

**Keywords:** disabled persons with limb loss, prosthetics, rehabilitation, directions of enhancement.

Проведен сравнительный анализ системы организации и результатов оказания протезно-ортопедической помощи в Российской Федерации и экономически развитых странах Европы и США.

**Материал и методы.** Выполнен поиск публикаций, посвященных организационным аспектам реабилитации инвалидов с утратой конечности, в электронных базах данных: PubMed, PMC, The Cochrane Library, University of Cambridge – Library Search+, а также HighWire. Глубина поиска составила: 2006-2016 гг.

Определены медико-социальные параметры контингента лиц с утратой нижней конечности (распределение по полу, средний возраст, уровень ампутации конечности, смертность и продолжительность жизни) и результаты реабилитации (обращаемость на первичное протезирование, функциональность пользования протезом) в популяции жителей г. Новокузнецка в период 1996-2015 гг. на основе регистра ампутаций конечности. Проанализирована система оказания протезно-ортопедической помощи в Кемеровской области.

**Результаты.** Установлено, что, у жителей г. Новокузнецка причиной

ампутаций нижней конечности в 79,4 % случаев являлись заболеваниями периферических артерий (ЗПА). Выявлено значительное преобладание лиц мужского пола (64,7 %). Средний возраст – 65-66 лет. Ампутации по поводу облитерирующих заболеваний артерий преимущественно выполнялись на уровне бедра. Состоявшаяся большая ампутация конечности служит одним из важнейших предикторов смерти больных с ишемией конечности. Таким образом, реабилитация инвалидов с утратой конечности вследствие ЗПА, преимущественно пожилого возраста, проходит в условиях ограниченной прогнозируемой продолжительности жизни – пятидесятипроцентный порог смертности в среднем достигается за 2 года, на фоне низких показателей физического и социального функционирования.

Для проведения мероприятий первичного протезирования в среднем обращались не более 32,1 % пациентов, функциональность пользования протезом не превышала 66 %.

Несмотря на наличие и доступность протезно-ортопедической помощи, оказываемой населению в рамках системы государственных гарантий, результаты реабилитации контингента инвалидов с утратой конечности не вполне удовлетворительны и могут быть существенно улучшены путем совершенствования организации оказания медицинской помощи и процесса реабилитации.

С учетом опыта ряда европейских стран и США определены направления совершенствования организации реабилитации инвалидов после ампутации конечности.

УДК 616-036.82/85

Радута В.И., Шестаков В.П.,  
Свинцов А.А., Черныкина Т.С.

**ОТДЕЛЬНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ  
РЕГИОНАЛЬНОГО И  
МУНИЦИПАЛЬНОГО  
МОНИТОРИНГА В РАКУРСЕ  
РЕАЛИЗАЦИИ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ  
ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ И  
АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ**

ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации  
Россия, Санкт-Петербург

Raduto V.I., Shestakov V.P.,  
Svintsov A.A., Chernyakina T.S.

**SEPARATE DIRECTIONS OF  
REGIONAL AND MUNICIPAL  
MONITORING IN THE ANALYSIS OF  
THE REALIZATION OF INDIVIDUAL  
PROGRAMS OF REHABILITATION  
AND ABILITATION OF DISABLED  
PEOPLE**

The Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific Center for the Rehabilitation of the Disabled. G.A. Albrecht" of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation  
Russia, St. Petersburg,

**Аннотация:** В статье обозначены примеры осуществления мониторинга в ракурсе реализации индивидуальных программ реабилитации (абилитации) инвалидов на региональном и муниципальном уровнях.

**Ключевые слова:** мониторинг, направления реабилитации и абилитации инвалидов, индивидуальные программы реабилитации (абилитации) инвалидов, субъекты Российской Федерации, муниципальные образования.

**Abstract:** The article outlines examples of monitoring in terms of implementation of individual rehabilitation programs (habilitation) for disabled people at the regional and municipal levels.

**Keywords:** monitoring, directions of rehabilitation and habilitation of disabled people, individual rehabilitation programs (habilitation) for disabled people, subjects of the Russian Federation, municipalities

Предмет правового регулирования в области реабилитации и абилитации инвалидов носит межотраслевой характер, что обусловлено главным образом, обозначением нормами части 2 статьи 9 Федерального закона от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" основных направлений реабилитации и абилитации.

В соответствии с положениями частей 2, 7 статьи 11 Федерального закона от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" в реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов могут участвовать соответствующие органы государственной власти и органы местного самоуправления. В данной связи, следует выделить прецеденты правовой регламентации в области осуществления мониторинга в части:

качества предоставления государственных и муниципальных услуг (Курская область), (Ярославская область) и их доступности (Омск); деятельности действующих многофункциональных центров (Волгоградская область), (Курганская область); информации, размещаемой на официальных сайтах органов исполнительной власти (Тамбовская область); эффективности деятельности органов местного самоуправления (Ставропольский край), (Кемеровская область).

Положения пункта 1 статьи 26 Конвенции ООН о правах инвалидов (далее - Конвенция) побуждают государственных участников организовывать укреплять и расширять комплексные абилитационные и реабилитационные услуги и программы, особенно в сфере здравоохранения, занятости, образования и социального обслуживания. В Волгоградской и Пензенской области, например, регламентированы вопросы организации мониторинга за реализацией мероприятий государственных программ в сфере здравоохранения и образования.

В соответствии с положениями подпункта «в» пункта 1 статьи 26 Конвенции реабилитационные услуги и программы должны способствовать

вовлечению и включению инвалидов в местное сообщество и во все аспекты жизни общества, быть доступными для инвалидов как можно ближе к местам их непосредственного проживания, в том числе, в сельских районах. В Нижнем Новгороде регламентированы отдельные вопросы осуществления мониторинга реализации индивидуальных программ реабилитации инвалидов.

В рамках выполнения положений пункта 1, подпунктов «а» и «б» пункта 2, пункта 5 статьи 24 Конвенции, чтобы инвалиды могли иметь доступ к начальному образованию и среднему образованию, общему высшему образованию, профессиональному обучению на региональном уровне регламентируются вопросы проведения мониторинга: системы образования (Нижегородская область), (Калужская область), информатизации системы образования (Челябинская область), продолжения образования, в том числе, инвалидами (Свердловская область), (Москва), а также процессуальных аспектов проведения мониторинга специальных образовательных условий для организации инклюзивного образования детей с ограниченными возможностями здоровья в организациях, осуществляющих образовательную деятельность по адаптированным основным общеобразовательным программам, финансируемым за счет средств региональных бюджетов (Калининградская область), внедрения в общеобразовательных организациях, осуществляющих образовательную деятельность по адаптированным основным общеобразовательным программам, системы мониторинга здоровья обучающихся (Чувашская Республика).

В рамках выполнения положений статьи 25 Конвенции целям реализации прав детей-инвалидов на наивысший достижимый уровень здоровья, профилактики инвалидности служит формирование региональной нормативной правовой базы в области оказания услуг ранней помощи. В данной связи необходимо отметить, в частности, регламентацию вопросов мониторинга в части: наличия врожденных пороков

развития у детей (Республика Крым); состояния здоровья детей, родившихся с экстремально низкой массой тела (Брянская область); состояния здоровья детей первого года жизни из групп перинатального риска по формированию хронической и инвалидизирующей патологии (Свердловская область).

В рамках выполнения положений статьи 27 Конвенции на региональном уровне осуществляется мониторинг реализации специальных мероприятий предоставления инвалидам гарантий трудовой занятости (Республика Коми).

В рамках реализации положений статьи 30 Конвенции участием инвалидов в культурной жизни, проведении досуга и отдыха и занятии спортом может способствовать проведение мониторинга удовлетворенности населения качеством услуг, предоставляемых в сфере культуры (Удмуртская Республика), а также основных показателей физической культуры и спорта (Тюмень).

Одними из основных субъектов предоставления реабилитационных услуг инвалидам в соответствии с индивидуальными программами реабилитации и абилитации инвалидов являются организации социального обслуживания. В данной связи следует отметить, что на региональном уровне осуществляется мониторинг:

- качества социальных услуг, предоставляемых, в том числе и негосударственными организациями социального обслуживания (Московская область);
- показателей деятельности учреждений социального обслуживания;
- показателей деятельности сотрудников учреждений социального обслуживания (Республика Татарстан);
- исполнения государственных заданий на оказание гарантированных государством социальных услуг (Хабаровский край);
- размещения (актуализации) на официальном сайте в сети Интернет информации государственных учреждений социального обслуживания (Свердловская область);

- состояния комплексной безопасности объектов социального обслуживания (Ямало-Ненецкий автономный округ).

Отношения в области реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов взаимосвязаны и взаимообусловлены с отношениями по обеспечению инвалидам доступа наравне с другими к физическому окружению.

В рамках выполнения положений статьи 9 Конвенции целям обеспечения инвалидам доступа наравне с другими к физическому окружению служит регламентация процессуальных аспектов проведения мониторинга:

- доступности приоритетных объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов и других маломобильных групп населения (Республика Саха (Якутия), Воронежская область);
- реализации планов мероприятий "дорожных карт" по повышению значений показателей доступности для инвалидов объектов и предоставляемых на них услуг (Владимирская область).

В Нижегородской области следует отметить прецедент проведения мониторинга правоприменения нормативных правовых актов области обеспечения доступности для инвалидов различных объектов инфраструктуры, в частности, Закона Нижегородской области "О безбарьерной среде для маломобильных граждан на территории Нижегородской области".

Осуществление мероприятий в области реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов обусловлено, в том числе и проведением мониторинга не только в области реабилитации и абилитации, но и в смежных отраслях общественных отношений (здравоохранение, образование, социальное обслуживание, занятость, культура, физическая культура и спорт).

Основополагающее значение регламентации указанных отношений на региональном и муниципальном уровнях состоит, во-первых, в закреплении в деятельности органов государственной и муниципальной власти и соответствующих

организаций приоритета принципа профилактики инвалидности, а, во-вторых, в повышении эффективности реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов.

В последнем случае представляется целесообразным на региональном и муниципальном уровнях регламентировать организационные и процессуальные аспекты осуществления мониторинга реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов.

УДК 364.07

Медведская Д.Р.

**О РЕАЛИЗАЦИИ ПИЛОТНОГО  
ПРОЕКТА ПО ОТРАБОТКЕ  
ПОДХОДОВ К ФОРМИРОВАНИЮ  
СИСТЕМЫ КОМПЛЕКСНОЙ  
РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ  
ИНВАЛИДОВ В СВЕРДЛОВСКОЙ  
ОБЛАСТИ**

Министерство социальной политики  
Свердловской области  
Российская Федерация, Екатеринбург

Medvedskaya D.R.

**SPEAKING OF IMPLEMENTATION  
OF THE FIRST STAGE OF A PILOT  
PROJECT ON DEVELOPING  
APPROACHES TO FORM THE  
SYSTEM FOR COMPLEX  
REHABILITATION AND  
HABILITATION OF DISABLED  
PEOPLE IN SVERDLOVSK OBLAST**

The Ministry of social policy of Sverdlovsk region  
Russian Federation, Ekaterinburg

**Аннотация:** В докладе представлены результаты реализации первого этапа пилотного проекта по отработке подходов к формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, в Свердловской области, предложена модель межведомственного взаимодействия.

**Abstract:** This report represents the results of implementation of the first stage of a project on developing approaches to form the system for complex rehabilitation and habilitation of disabled people, including disabled kids, in Sverdlovsk oblast. The pattern of an interdepartmental cooperation is also suggested.

**Ключевые слова:** комплексная реабилитация и абилитация.

**Keywords:** comprehensive rehabilitation and habilitation.

В 2017 году Свердловская область приступила к реализации пилотного проекта Минтруда России по отработке подходов к формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, в рамках реализации государственной программы Российской Федерации «Доступная среда».

Основные мероприятия пилотного проекта определены техническим заданием, утвержденным приказом Минтруда России от 18.08.2016 № 436н.

В целях организации работы по реализации пилотного проекта, обеспечения межведомственного взаимодействия органов государственной власти Свердловской области, органов местного самоуправления муниципальных образований, расположенных на территории Свердловской области, общественных объединений и подведомственных исполнительным органам государственной власти Свердловской области организаций, участвующих в реализации мероприятий пилотного проекта, приняты нормативные и организационно-распорядительные документы на уровне как ведомств, так и Правительства Свердловской области.

Для решения задач пилотного проекта:

– проведен анализ ресурсной базы системы реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов) в Свердловской области;

- проведен анализ федеральных и региональных нормативных правовых актов, государственных и национальных стандартов;

- сформированы межведомственные рабочие группы по разработке моделей

межведомственного взаимодействия, ранней помощи и сопровождения.

- изучены и проанализированы лучшие социальные практики по организации социокультурной реабилитации и абилитации инвалидов, включая детей-инвалидов, ранней помощи, сопровождаемого проживания.

В процессе работы выявлены факторы и проблемы, препятствующие формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов.

С привлечением научного сообщества, некоммерческих организаций подготовлены методические пособия по вопросам комплексной реабилитации/абилитации, ранней помощи, сопровождения.

Пособия содержат примерные формы нормативных и методических документов для организации деятельности региональной системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, ранней помощи и сопровождения.

В рамках соглашений между организациями в сфере социального обслуживания, учреждениями здравоохранения, центром занятости, управлением образования, управлением физической культуры и спорта органов местного самоуправления разработана схема межведомственного взаимодействия по реабилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, включая детей с тяжелыми множественными нарушениями развития, разрабатываются технологические карты и типовые маршруты для оказания услуг ранней помощи на территории Свердловской области.

По итогу первого года реализации пилотного проекта определены концептуальные подходы построения региональной системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов.

Подходы к реабилитации должны основываться на положениях Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) [1], степени ограничений жизнедеятельности, принципе доступности

реабилитационных и абилитационных мероприятий. Сущность реабилитации – не только (и не столько) в восстановлении здоровья, сколько в восстановлении (или создании) возможностей для социального функционирования при том состоянии здоровья, которым после лечения располагает человек.

Целью системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, является создание условий для обеспечения доступности, качества, результативности и эффективности оказания услуг по реабилитации и абилитации для всех категорий инвалидов (детей-инвалидов) в зависимости от степени ограничения их жизнедеятельности, потребностей и реабилитационного потенциала [2].

Для обеспечения возможности моделирования реабилитационного маршрута инвалида (ребенка-инвалида) необходима горизонтальная и вертикальная интеграция при организации межведомственного взаимодействия.

В целях формирования системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, обеспечения анализа и мониторинга исполнения индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида), повышения эффективности межведомственного взаимодействия в Свердловской области создаются справочно-информационные сервисы, доступные как для инвалида, так и для сотрудников реабилитационных организаций, осуществляющих маршрутизацию гражданина и его семьи.

В 2018 году на основе разработанных на первом этапе пилотного проекта материалов осуществляется подготовка ведомственных и региональных нормативных правовых актов, регламентирующих организацию работы и межведомственное взаимодействие в системе комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, ранней помощи, сопровождения.

## Литература:

1. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. – Женева: ВОЗ, 2001.
2. Шошмин А. В., Мартынова Н. В., Бесстрашнова Я. К., Зима Т. В. Основы управления реабилитационными ресурсами. СПб: Из-во ФГУ «СПб НЦЭР им. Г. А. Альбрехта», 2009.- 96 с.

УДК 364-7; 364.4

Злоказов А.В.<sup>1</sup>, Онохова Т.С.<sup>2</sup>

### **ФАКТОРЫ (ПРОБЛЕМЫ), ПРЕПЯТСТВУЮЩИЕ ЭФФЕКТИВНОМУ МЕЖВЕДОМСТВЕННОМУ ВЗАИМОДЕЙСТВИЮ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ И ПУТИ ИХ МИНИМИЗАЦИИ (УСТРАНЕНИЯ)**

<sup>1</sup>Министерство социальной политики  
Свердловской области

<sup>2</sup>ГАУ «Областной центр реабилитации инвалидов»

Zlokazov V.A.<sup>1</sup>, Onohova T.S.<sup>2</sup>

### **FACTORS (PROBLEMS) THAT PREVENT EFFECTIVE INTERAGENCY COOPERATION REHABILITATION ORGANIZATIONS IN THE SVERDLOVSK REGION AND WAYS OF THEIR MINIMIZATION (ELIMINATION)**

<sup>1</sup>Ministry of social policy  
of Sverdlovsk region

<sup>2</sup>SEI “Regional center for rehabilitation  
of disabled people»

**Аннотация:** В статье рассматриваются результаты социологического исследования, проведенного в Свердловской области, посвященные проблеме выявления факторов (проблем), препятствующих эффективному межведомственному взаимодействию реабилитационных организаций. Описаны выявленные группы факторов: категориально-понятийного характера; информационные; нормативно-правовые; кадровые; методологические; нормативно-методические. Факторы представлены с разных позиций: самих инвалидов

(родителей детей-инвалидов), общественных организации инвалидов, специалистов, занимающихся реабилитацией и абилитацией, представителей органов исполнительной государственной власти.

**Abstract:** the article discusses the results of a sociological study conducted in the Sverdlovsk region, devoted to the problem of identifying factors (problems) that impede the effective interdepartmental interaction of rehabilitation organizations. The revealed groups of factors are described: categorical-conceptual character; informational; normative-legal; personnel; methodological; normative-methodical. The factors are presented from different positions: from disabled people themselves (parents of disabled children), from public organizations of disabled people, from specialists engaged in rehabilitation and habilitation, from representatives of Executive state authorities.

**Ключевые слова:** реабилитационный процесс, межведомственное взаимодействие, факторы (проблемы), препятствующие эффективному межведомственному взаимодействию.

**Keywords:** rehabilitation process, interagency cooperation, factors (problems) that prevent effective interagency cooperation.

В ходе реализации пилотного проекта по отработке подходов к формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов в Свердловской области было проведено масштабное социологическое исследование по выявлению факторов (проблем), препятствующих эффективному межведомственному взаимодействию реабилитационных организаций, обеспечивающих реализацию ранней помощи, преобладающую в работе с инвалидами, в том числе с детьми-инвалидами и их сопровождение. В результате анализа материалов 7 дискуссионных фокус-групп с участием 61 эксперта, полученных данных социологического опроса 244 инвалидов и родителей детей-инвалидов из 33 населенных пунктов Свердловской области по вопросу барьеров в организации межведомственного взаимодействия, были выявлены шесть основных групп факторов: факторы понятийно-категориального характера, информационные, нормативно-правовые, методологические, нормативно-методические факторы (проблемы).

Межведомственный и междисциплинарный характер реабилитационной (абилитационной) деятельности находит свое выражение в понятийно-категориальном аппарате, который используется для того, чтобы специалисты различных ведомств говорили на одном языке. Поэтому, в систему категорий межведомственного взаимодействия по вопросам реабилитации и абилитации инвалидов должны войти понятия, отражающие как общие подходы к реабилитации и абилитации инвалидов (виды и направления реабилитации, реабилитационная организация, реабилитационная услуга, комплексная реабилитация и абилитация инвалидов и т. п.), так и специфику реабилитационной деятельности в различных сферах (реабилитация в здравоохранении, в социальном обслуживании населения, в образовании, в сфере занятости населения, сфере физической культуры и спорта), иные аспекты профессиональной и непрофессиональной деятельности по организации процесса реабилитации и абилитации инвалидов (экономика реабилитации, управление процессом реабилитации, качество, результативность и эффективность реабилитационного процесса).

К проблемам категориально-понятийного характера, препятствующим развитию межведомственного взаимодействия реабилитационных организаций, можно отнести:

- отсутствие формулировок категорий и понятий, являющихся общими для всех субъектов межведомственного взаимодействия в сфере реабилитации и абилитации инвалидов (межведомственное взаимодействие, реабилитационная организация; узкоспециализированная (монопрофильная) реабилитационная организация; многопрофильная реабилитационная организация; комплексная реабилитация и абилитация инвалидов [1]; реабилитационная организация комплексной реабилитации и абилитации инвалидов; система комплексной реабилитации и абилитации инвалидов);

- дефицит категорий, которые являются специфическими для каждого ведомства – субъекта реализации индивидуальной

программы реабилитации и абилитации (ИПРА) инвалида (ребенка-инвалида), актуальными для действующей нормативно-правовой базы по вопросам реабилитации и абилитации инвалидов (например, для формирования системы реабилитации и абилитации инвалидов в сфере образования специфическими являются такие понятия, как инклюзивное образование, адаптированные образовательные программы, дифференциация образования и т. п.; для сферы занятости населения – информирование инвалида по вопросам трудоустройства, поддерживаемое трудоустройство и т. п.). Этими понятиями одновременно должны владеть специалисты реабилитационных организаций в других сферах, отвечающие за межведомственное взаимодействие;

- отсутствие определений, которые не являются специфическими для сферы межведомственного взаимодействия по вопросам комплексной реабилитации и абилитации инвалидов. Обозначаемые ими явления и процессы используются в других сферах (отраслях), но данными категориями необходимо пользоваться при описании подходов к организации взаимодействия реабилитационных организаций различной ведомственной принадлежности (например, качество, результативность и эффективность процесса реабилитации, цель, потребности инвалида и т. п.).

Минимизации факторов понятийно-категориального характера будет способствовать единый для всех ведомств терминологический словарь (глоссарий), включающий в себя все термины, определения и сокращения, которыми необходимо владеть специалистам, реализующим процесс межведомственного взаимодействия по вопросам комплексной реабилитации и абилитации инвалидов как на уровне органов исполнительной государственной власти (ОИГВ), так и на уровне реабилитационных организаций. Проект такого словаря был разработан в Свердловской области в ходе реализации пилотного проекта.

Выявленные информационные проблемы можно разделить на следующие группы:

1. *Проблемы информирования инвалидов о возможностях межведомственного взаимодействия ОИГВ и реабилитационных организаций по вопросам реализации ИПРА*, в том числе осуществлении мероприятий комплексной реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов).

Фокус-группы с представителями общественных организаций инвалидов, социологический опрос выявили ряд проблем, которые связаны с несформированностью системы информирования (информационного сопровождения) инвалидов по самым актуальным вопросам, а именно:

- многие участники исследования не знают о новых подходах к формированию ИПРА, по-прежнему называют программу ИПР (индивидуальной программой реабилитации), не реализуют мероприятия ИПРА, считая их необязательными, не дающими результата;

- большая часть опрошенных используют только назначения в части получения услуг по санаторно-курортному лечению, медицинской реабилитации (в части лекарственной и немедикаментозной терапии);

- высказывают крайне негативное отношение к ИПРА, считая, что в дальнейшем она мешает найти работу, ограничивает право на получение иных услуг и даже «блокирует» получение ряда услуг. Представители общественных организаций родителей детей-инвалидов в качестве проблемы назвали неподкрепленность ИПРА бюджетными денежными средствами на ее реализацию;

- участники опроса продемонстрировали недостаточную информированность по следующим вопросам:

- о перечне услуг, которые они могут получить в рамках реализации ИПРА в организациях социального обслуживания населения, в службе занятости населения, в учреждениях физической культуры и спорта (в этой области информированность инвалидов практически отсутствует), нес-

колько лучше обстоят дела с учреждениями здравоохранения и образования;

- о местах, где их могут проконсультировать и оказать содействие в реализации реабилитационного маршрута;

- о том, какое министерство играет координирующую роль в вопросах межведомственного взаимодействия, в чем заключается данная роль.

По мнению инвалидов, координирующую роль должно играть учреждение медико-социальной экспертизы (МСЭ), т. к. оно имеет федеральную подчиненность и имеет возможность «контролировать» региональные ОИГВ по вопросам реализации ИПРА. По мнению организаций родителей детей-инвалидов, координирующую роль должен играть тот ОИГВ, который «дает» деньги.

Как и ожидалось, большинство участников опроса считают важнейшим направлением реабилитации медицинскую (делая упор именно на лечении заболевания, приведшего к инвалидности). Социальной реабилитации и абилитации было определено второе место, что говорит о том, что в регионе до сих пор не сформирована био-психо-социальная модель реабилитации, основанная на принципах международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) [5].

Представители общественных организаций инвалидов в качестве проблемы отметили отсутствие в каждом министерстве специалиста, который мог бы информировать и консультировать инвалидов по выбору реабилитационных услуг, которые можно получить в рамках реализации ИПРА в организациях данного ведомства.

2. *Проблемы межведомственного информационного взаимодействия.*

Выявленные проблемы межведомственного информационного взаимодействия также можно классифицировать в зависимости от пользователей:

- для инвалидов:

- не решена проблема многократных обращений инвалидов в различные инстанции по оформлению документов для получения реабилитационных услуг,

существующие информационные системы не позволяют инвалидам пользоваться личным кабинетом для того, чтобы, однажды собрав пакет необходимых документов, направить его (в один клик) одновременно во все реабилитационные организации;

- не решена проблема получения инвалидом любой информации по вопросам получения реабилитационных (абилитационных) услуг, в том числе о реабилитационных организациях, услугах, специалистах, необходимых документах и т. п.;

- отсутствует возможность инвалиду вносить через информационную систему изменения в реабилитационный маршрут при наличии уважительных причин (болезнь, отъезд и т. п.);

- не обеспечен доступ инвалидов (родителей детей-инвалидов) к сведениям о ходе реализации ИПРА инвалида, а также программы реабилитации инвалида, инвалидность которого наступила вследствие несчастного случая на производстве и профессиональных заболеваний; к сведениям о предусмотренных законодательством Российской Федерации мерах социальной защиты (поддержки) инвалидов;

- для реабилитационных организаций (в т. ч. специалистов реабилитационных организаций, выполняющих функции координатора случая или интеграционного консультанта):

- в настоящее время разработаны и используются ведомственные информационные системы, предполагающие пользование ими со стороны ОИГВ, доступ реабилитационным организациям в эти системы закрыт;

- отсутствует единая информационная система, позволяющая реабилитационным организациям планировать и отслеживать реабилитационный маршрут инвалида как внутри ведомства, так и на межведомственном уровне;

- не созданы условия электронного обмена информацией, необходимой для формирования реабилитационного маршрута инвалида и оценки его

результативности по защищенным каналам связи;

- реабилитационные организации не имеют возможности по результатам реабилитации направлять с помощью единой информационной системы предложения в МСЭ по внесению изменений в ИПРА инвалида (ребенка-инвалида) на основании заключения реабилитационно-экспертной комиссии, а также не имеют возможности получить необходимую консультацию по уточнению мероприятий ИПРА или реабилитационного потенциала инвалида;

- отсутствует возможность получить информацию об исполнении мероприятий ИПРА инвалида (и их результативности), рекомендациях инвалиду в реабилитационных организациях других ведомств;

- отсутствует возможность связи специалиста через информационную систему с любым территориальным ОИГВ для ускорения решения проблем инвалида (ребенка-инвалида);

Устранению факторов, препятствующих информационному взаимодействию реабилитационных организаций, главным образом будет способствовать создание информационно-справочной и аналитической системы учета и реабилитации инвалидов, позволяющей использовать имеющуюся в ней информацию (об инвалидах и их потребностях, о реабилитационных услугах и организациях, их предоставляющих, описание среды жизнедеятельности и т.п.) как организациям МСЭ для разработки ИПРА, так и всем заинтересованным сторонам (руководителям всех рангов, специалистам, непосредственно инвалидам), способной гибко реагировать на структурные перестройки, происходящие в социальной сфере, в частности, на изменения федерального и регионального законодательства, нормативно-правовой базы (подзаконных актов), регламента работы службы МСЭ и реабилитации инвалидов, вида, структуры и содержания документооборота, методической базы МСЭ и реабилитации инвалидов и прочего.

Основная сложность в осуществлении процесса межведомственного взаимодействия по вопросам предоставления инвалидам государственных услуг в сфере комплексной реабилитации и абилитации во многом определяется наличием следующих нормативно-правовых проблем:

- многоаспектность и разнородность мероприятий, которые не только находятся в ведении различных ведомств, но и регламентируются различными сферами законодательства, подчас противоречащими друг другу ввиду отсутствия единого понятийного аппарата и практических механизмов реализации, алгоритма межведомственного взаимодействия для осуществления персонального сопровождения инвалидов (прежде всего с 3 степенью ограничений жизнедеятельности);

- невозможность учреждениям МСЭ разработать результативную ИПРА инвалида (ребенка-инвалида) из-за отсутствия, с одной стороны, информации о существующих ресурсах реабилитационных организаций региона, а с другой – квалифицированных специалистов, способных определить индивидуально для индивида комплекс мероприятий ИПРА на основе оценки нарушений функций и структур организма, степени ограничений жизнедеятельности с целью обеспечения устранения или как можно более полной компенсации этих ограничений;

- отсутствие системы учета и аккредитации как монопрофильных, так и многопрофильных организаций, осуществляющих деятельность в области комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, а также единых регламентов их деятельности (проведенное исследование показывает, что каждое ведомство по-разному представляет структуру, кадровый состав и функции таких организаций), нормативов обеспеченности региона организациями комплексной реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов);

- отсутствие федерального нормативного правового акта (федерального закона), накладывающего обязательства на каждый ОИГВ – субъект реализации ИПРА

инвалида (ребенка-инвалида) осуществлять межведомственное взаимодействие по вопросам комплексной реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов), обеспечивая данный процесс всеми необходимыми ресурсами (кадры, оборудование, информационное взаимодействие и т.п.);

- отсутствие типового регламента межведомственного взаимодействия по вопросам комплексной реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов), определяющего принципы, формы и виды межведомственного взаимодействия;

- отсутствие системы подготовки и переподготовки руководителей реабилитационных организаций и специалистов, оказывающих услуги по реабилитации/абилитации инвалидов. Конвенция о правах инвалидов накладывает на государства, ее ратифицировавшие, обязательство обеспечивать данный процесс;

- общественные организации инвалидов в качестве одной из наиболее важных проблем выделили проблему денежных расчетов между организациями различной ведомственной принадлежности, отсутствие нормативных актов, определяющих процедуры взаимных расчетов в рамках сетевого межведомственного взаимодействия.

Устранению или минимизации нормативно-правовых факторов (проблем), препятствующих формирующейся системе межведомственного взаимодействия реабилитационных организаций, прежде всего, будут способствовать:

- внесение изменений в действующее федеральное законодательство в части закрепления полномочий за ОИГВ обязанностей по организации взаимодействия по вопросам комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, утверждению форм, видов и регламента межведомственного взаимодействия;

- определение на законодательном уровне ОИГВ, координирующего межведомственное взаимодействие в регионе и орган, оценивающий результативность комплексной реабилитации и абилитации инвалида, в том числе ребенка-

инвалида (по предложению всех участников опроса таким органом должно быть бюро МСЭ);

- утверждение на законодательном уровне механизма межведомственного взаимодействия для осуществления персонального сопровождения инвалидов с 3 степенью ограничений жизнедеятельности;

- утверждение положений о монопрофильных и многопрофильных организациях комплексной реабилитации и абилитации инвалидов с учетом возможности реализации на их базе различных форм и видов межведомственного взаимодействия;

Отсутствие единой методологической основы для построения системы межведомственного взаимодействия по вопросам комплексной реабилитации и абилитации инвалидов является одним из определяющих фактором, препятствующих формированию системы межведомственного взаимодействия реабилитационных организаций. Во многих странах мира в качестве подобной основы много лет используется (МКФ), которая исходит из биопсихосоциальной модели инвалидности, рассматривает взаимодействие между статусом здоровья и факторами контекста, в котором происходит функционирование индивида, а оно в свою очередь рассматривается на 3-х уровнях: организма – человека - общества. Этим трем уровням функционирования соответствуют три составляющие МКФ: функции и структуры организма, активность (выполнения задач и действий) и участие (вовлечение в жизненную ситуацию, инклюзия); контекстовые факторы (факторы окружающей среды и личностные факторы).

В модели МКФ инвалидность уже не атрибут индивида, а комплексное сочетание условий, многие из которых сформированы социальным окружением [5]. С точки зрения МКФ, реабилитационные мероприятия, направленные на повышение уровня участия инвалида, должны быть нацелены не только на индивидуальный уровень, например, медицинскую реабилитацию, направленную на коррекцию конкретного нарушения здоровья, или социальную, направленную

на улучшение выполнения базового действия по самообслуживанию, но и на уровень общества, например, на введение универсального дизайна или разумных приспособлений для повышения доступности услуг по комплексной реабилитации и абилитации.

Таким образом, МКФ может стать методологической основой для организации межведомственного взаимодействия по вопросам комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, т. к. позволит всем ведомствам подходить к формированию перечня услуг, направленных на реализацию мероприятий ИПРА, а также к их содержанию с единой точки зрения.

Все теоретические, методические и практические вопросы по разработке, функционированию и развитию системы межведомственного взаимодействия по вопросам комплексной реабилитации и абилитации инвалидов должны быть обоснованы и изложены в соответствующих нормативно-методических документах федерального и регионального уровня, а также на уровне реабилитационных организаций в каждом ведомстве.

Федеральные нормативно-методические документы должны дальше развивать вопросы, которые регламентируются в межгосударственных документах, региональные документы – развивать применение федеральных нормативно-методических документов на региональном уровне, а каждая реабилитационная организация – разрабатывать аналогичные документы для своих структурных подразделений и сотрудников, участвующих в организации межведомственного взаимодействия. На схеме (Рис. 1), представленной ниже, наглядно демонстрируется, что, при переходе от высшего уровня к низшему эти документы должны быть изложены более подробно, носить уточняющий характер, при этом их количество может прирастать, но документы нижестоящего уровня ни в коей мере не должны противоречить документам вышестоящего уровня.



Рис. 1. Иерархия нормативно-методических документов, регулирующих межведомственное взаимодействие по вопросам реабилитации и абилитации

По результатам проведенного в Свердловской области исследования было отмечено, что в состав нормативно-методических документов, необходимых для формирования эффективной и результативной системы межведомственного взаимодействия, должны входить следующие виды: примерные нормативные акты, проекты стандартов, методики, положения, инструкции, методические рекомендации, содержащие алгоритмы действий, схемы, таблицы, позволяющие осуществлять формирование системы взаимодействия реабилитационных организаций различных ведомств на основании единого подхода с наилучшим результатом.

Однако, в настоящее время подобный подход к созданию нормативно-методической базы межведомственного взаимодействия не сформирован, нормативно-методические документы на федеральном уровне представлены только рекомендациями в комплекте материалов, разработанных по заказу Минтруда России и направленных в Свердловскую область и Пермский край в рамках реализации пилотного проекта по отработке подходов к формированию системы комплексной реабилитации и абилитации [6]. В этих рекомендациях описаны общие подходы к формированию подобной базы документов, предлагается примерное содержание данных документов, что несомненно требует доработки и расширения. В ходе реализации пилотного проекта в Свердловской области разработаны предложения по перечню необходимых нормативно-методических документов для каждого из трех уровней

По мнению участников исследования, в качестве наиболее важных кадровых факторов (проблем), препятствующих созданию системы межведомственного взаимодействия по вопросам комплексной реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов) были выделены четыре основные проблемы:

- отсутствие в реабилитационных организациях всех ведомств, за исключением системы социального обслуживания населения, штатных единиц специалистов, отвечающих за организацию межведомственного взаимодействия;

- либо отсутствие, либо недостаток обученных специалистов, готовых к работе по активному и продуктивному взаимодействию с организациями других ведомств, реализующих услуги по реабилитации и абилитации инвалидов;

- несовершенство действующих профессиональных стандартов по должностям специалистов, занятых в сфере реабилитации и абилитации инвалидов, таких как «Специалист по реабилитационной работе в социальной сфере», «Сопровождающий инвалидов, лиц с ограниченными возможностями здоровья и несовершеннолетних», «Психолог в социальной сфере», «Ассистент (помощник) по оказанию технической помощи инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья» и др.;

- недостаточное количество разработанных профессиональных стандартов, а утвержденные на сегодняшние стандарты не покрывают потребность реабилитационных организаций в кадровом обеспечении.

По мнению многих участников опроса - специалистов всех ведомств – субъектов реализации ИПРА инвалидов (детей-инвалидов), осуществляющих межведомственное взаимодействие, специалистов необходимо обучать одновременно в одном потоке, чтобы формировать у них единое, общее для всех понимание сущности межведомственного взаимодействия, его видов и форм, иметь представление о едином подходе к документационному и информационному сопровождению межведомственного взаимодействия. К одной из

важных следует отнести проблему повышения квалификации руководителей реабилитационных организаций по вопросам развития форм и видов межведомственного взаимодействия в процессе комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, что, по мнению участников опроса, будет способствовать ускорению процесса формирования системы межведомственного и внутриведомственного взаимодействия.

Преодоление вышеперечисленных проблем позволит в полной мере сформировать систему взаимодействия реабилитационных организаций различного типа и ведомственной принадлежности по вопросам комплексной реабилитации и абилитации лиц, имеющих инвалидность, а также реализовать опорные принципы Конвенции ООН о правах инвалидов и создать механизм координации всех звеньев системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов), межведомственной и межуровневой кооперации и интеграции реабилитационных ресурсов.

#### Список использованной литературы.

1. Бронников В.А., Зозуля Т.В., Кравцов Ю.И., Надымова М.С. Справочник по комплексной реабилитации инвалидов. Пермь: Из-во Пермской гос. Медицинской академии, 2010. – 530 с.
2. Инвалидность и социальное положение инвалидов в России. // Под ред. Т.М. Малевой. - М.: Издательский дом ДЕЛЮ, 2017.- 256 с.
3. Конвенция о правах инвалидов (принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи ООН от 13 декабря 2006 г., подписана от имени Российской Федерации 24 сентября 2008 г., ратифицирована Федеральным законом №46-ФЗ от 03.05.2012).
4. Концепция развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года, распоряжение Правительства Российской Федерации от 31.08. 2016 № 1839-р.
5. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) // Женева: Всемирная Организация Здравоохранения; СПб.: Институт усовершенствования врачей-экспертов, 2001. – 38 с.
6. Проекты типовых нормативных правовых актов по организации межведомственного взаимодействия реабилитационных организаций, обеспечивающего систему комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, раннюю помощь, преемственность в работе с инвалидами, в том числе детьми-инвалидами и сопровождение. Методические материалы для апробации и внедрения в рамках

пилотного проекта по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов. <http://ocri.ru/pilotnyy-proekt>.

7. Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов, приняты резолюцией 48/96 Генеральной Ассамблеи от 20 декабря 1993 [http://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/conventions/disabled.shtml](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disabled.shtml)

УДК 364.444

Бронников В.А.<sup>1</sup>, Долгомирова Н.В.<sup>2</sup>

### ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В СИСТЕМЕ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В ПЕРМСКОМ КРАЕ

<sup>1</sup>КГАУ «Центр комплексной реабилитации инвалидов»

<sup>2</sup>Министерство здравоохранения Пермского края Россия, Пермь

Bronnikov V.A.<sup>1</sup>, Dolgomirova N.V.<sup>2</sup>

### ORGANIZATION OF MEDICAL-SOCIAL INTERACTION IN THE SYSTEM COMPLEX REHABILITATION OF DISABLED PEOPLE IN THE PERM REGION

<sup>1</sup>Center of the Complex Rehabilitation of Disabled People,

<sup>2</sup>Ministry of Health of Perm region Russia, Perm

**Аннотация:** в статье сделан анализ деятельности межведомственной комиссии по разработке и исполнению плана мероприятий реабилитации и абилитации ребенка-инвалида  
**Abstract:** The activities of the interdepartmental commissions for the development and implementation of a plan of rehabilitation and habilitation for a disabled child are analyzed in the article.

**Ключевые слова:** межведомственная комиссия, индивидуальный реабилитационный маршрут.

**Keywords:** interdepartmental commission, individual rehabilitation route.

При реализации мероприятий пилотного проекта по отработке подходов к формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в

том числе детей инвалидов при учреждениях здравоохранения в Пермском крае были созданы межведомственные комиссии в составе специалистов территориальных управлений Министерства социального развития Пермского края, учреждений здравоохранения, представителей реабилитационных организаций.

Каждая комиссия в процессе заседания на основании выписок из ИПРА разрабатывает план реабилитационных (абилитационных) мероприятий, оформляя его в виде «маршрутного листа» в амбулаторной карте ребенка, определяет кратность курсов реабилитации в зависимости от ведущих ограничений жизнедеятельности.

В настоящее время на территории Пермского края функционируют 53 межведомственные комиссии, разрабатывающие индивидуальный реабилитационный маршрут более чем 4 тыс. детей-инвалидам в год.

Работа межведомственных комиссий доказала свою эффективность т.к.:

- осуществляется механизм последовательности и преемственности в проведении мероприятий медико-социальной реабилитации ребенка-инвалида;

- контролируется получение ребенком-инвалидом направлений (сертификатов) на курс медико-социальной реабилитации;

- доводится до сведения родителей (законных представителей) ребенка-инвалида реабилитационный маршрут ребенка и контролируется его выполнение;

- предусматривается возможность варьировать периодичность и кратность мероприятий медицинской и социальной реабилитации в зависимости от конкретных потребностей ребенка-инвалида.

По результатам анализа деятельности межведомственных комиссий по составлению индивидуальных реабилитационных маршрутов в отношении ребенка-инвалида планируется перенос полученного опыта работы на организацию процесса реабилитации или абилитации совершеннолетних инвалидов.

УДК 616-01/-099

Карасаева Л.А., Деденева И.В.,  
Павлова С.В., Хорькова О.В.,  
Горьянова М.В.

## **ОПРЕДЕЛЕНИЕ КРИТЕРИЯ "СТОЙКОСТИ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА", КАК ОСНОВЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ**

ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России  
Россия, С-Петербург

Karasaeva L.A., Dedeneva I.V.,  
Pavlova S.V., Hor'kova O.V.,  
Goryainova M.V.

## **DETERMINATION OF THE CRITERION OF "PERSISTENCE OF THE DISTURBANCE OF BODY FUNCTIONS", AS THE BASIS FOR REHABILITATION OF THE DISABLED**

FGBU DPO SPIUVEK the Ministry of labor of Russia,  
Saint-Petersburg  
Russia, St.Petersburg

**Аннотация:** Предлагается к обсуждению необходимость разработки унифицированных подходов при определении стойкости нарушенных функций организма.

**Abstract:** It is proposed to discuss the need to develop unified approaches for determining the resistance of impaired body functions.

**Ключевые слова:** стойкие нарушения функций, инвалид, реабилитация

**Keywords:** persistent violations of functions, a disabled person, rehabilitation

**Введение.** Согласно действующей правовой базе выявление потребностей инвалидов и формирование реабилитационных мероприятий определяются на основе стойких нарушений функций организма, приводящих к ограничениям жизнедеятельности.

Определения понятия «стойкое расстройство функций организма» в нормативных правовых документах не представлено, что порождает недопонимание при взаимодействии учреждений МСЭ с медицинскими организациями.

Обсуждение результатов. Общее определение сформулировано Коробовым М.В.: «стойким нарушением функций организма признается нарушение, неустранимое разрешенными к применению лечебно-реабилитационными методами в ориентировочные сроки временной нетрудоспособности» [1], дефиниции содержатся в публикации «Принципы и критерии определения стойкости нарушения функций организма в практике проведения медико-социальной экспертизы» [2].

Нами предлагается унифицированный алгоритм определения критерия «стойкие нарушения функций», включающий:

- клинико-функциональный диагноз;
- характер течения заболевания;
- динамику степени выраженности нарушений функций;
- полноту проведенного лечения и реабилитационных мероприятий;
- наличие осложнений, непереносимости лекарственных средств; устойчивости к терапии, противопоказаний к операции;
- прогноз заболевания;
- ориентировочные сроки временной нетрудоспособности.

Заключение. Анализ течения заболеваний с объективизацией «стойкости» нарушенных функций позволит оптимизировать процедуру МСЭ и реабилитацию инвалидов.

#### Литература:

1. Коробов М.В. Методические основы установления ограничения способности к трудовой деятельности. Учебно-методическое пособие. Изд. 4-е, исправленное и дополненное – СПб:СПБИУВЭК – 2016 – 55с.
2. Гончаренко А.Г., Акимов Е.И. Принципы и критерии определения стойкости нарушения функций организма в практике проведения медико-социальной экспертизы // Мед.-соц. эксперт. и реабил. – 2016. – №19 (3) – С 123-125.

УДК 651.011.42

Горайнова М.В., Карасаева Л.А.,  
Мясников И.Р.

## НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ ОСНОВА ДЕЛОПРОИЗВОДСТВА В УЧРЕЖДЕНИЯХ МЕДИКО- СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

ФГБУ ДПО СПИУВЭК Минтруда России,  
Санкт-Петербург

Goriainova M.V., Karasaeva L.A.,  
Myasnikov I.R.

## NORMATIVE AND LEGAL FRAMEWORK OF CASE PRODUCTION INSTITUTIONS OF MEDICAL-SOCIAL EXPERTISE AND REHABILITATION OF DISABLED PEOPLE

FGBU DPO SPIUVEK the Ministry of labor of Russia,  
Saint-Petersburg

**Аннотация:** В работе представлены основные нормативно-правовые документы, регулирующие делопроизводство учреждений медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов. Правильная организация делопроизводства является основой четкой и успешной работы по проведению государственной услуги по МСЭ и разработке индивидуальной программы реабилитации/абилитации инвалидов.

**Abstract:** The paper presents the main legal documents regulating office work of medical and social expertise institutions and rehabilitation of disabled people. Correct organization of office work is the basis for a clear and successful work on the implementation of the public service for ITU and the development of an individual rehabilitation / habilitation program for disabled people.

**Ключевые слова:** инвалид, делопроизводство, учреждения медико-социальной экспертизы и реабилитации.

**Keywords:** disabled, office work, establishments of medical and social expertise and rehabilitation

**Введение.** Делопроизводство учреждений, осуществляющих государственные услуги по МСЭ и реабилитации инвалидов, обеспечение документирования на основе действующей нормативной правовой базы, текущая организация работы учреждения с официальными документами в процессе реализации его функций лежит в основе

успешной и результативной деятельности учреждений МСЭ и реабилитации.

**Материалы и методы.** В работе использован аналитический и экспертный методы. Материалом исследования послужила совокупность действующих нормативных правовых актов и государственных стандартов по делопроизводству.

**Результаты исследования.** Важнейшим направлением деятельности учреждения МСЭ и реабилитации в процессе реализации его функций является работа с организационно-распорядительной документацией. *Документ* (от лат. documentum — «образец, свидетельство, доказательство») — материальный объект, содержащий информацию в зафиксированном виде. В узком смысле «*документ*» — облечённый в письменную форму носитель информации, удостоверяющий наличие фактов определённого значения. Создание официальных документов и организацию работы с ними обеспечивает делопроизводство. Делопроизводство — есть весь процесс от момента создания документа и до его уничтожения или передачи на хранение в архив. Оно осуществляется в соответствии с «Правилами делопроизводства в федеральных органах исполнительной власти» [10]. Основой делопроизводства является документ, обеспечивающий реализацию управленческих функций, планы, учётные и отчётные показатели и другую информацию.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций» [15], учреждения медико-социальной экспертизы относятся к медицинским организациям особого типа, поскольку решают не только медицинские, но и социально-экономические проблемы человека, в том числе, согласно п.3 Приказа Минтруда России № 310н, определяют потребности освидетельствуемого лица в различных мерах социальной защиты, включая реабилитацию [14]. При организации общего делопроизводства в учреждениях МСЭ и реабилитации руководствуются

определёнными правилами и принципами с учетом требований нормативно-правовых актов Российской Федерации: «Трудового кодекса Российской Федерации» [1], Федерального закона «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» [3], Федерального закона «О персональных данных» [4], Постановления Правительства Российской Федерации № 477 «Об утверждении правил делопроизводства в федеральных органах исполнительной власти» [10] с учетом требований ГОСТа Р 7.0.8-2013 «СИБИД. Делопроизводство и архивное дело. Термины и определения» [6] и «Общероссийского классификатора управленческой документации» [8].

Оформление документов в учреждении МСЭ осуществляется в соответствии с требованиями ГОСТ 6.30 – 2003 «Унифицированные системы документации. Унифицированные системы организационно-распорядительной документации. Требования к оформлению документов» [5].

Движение документов в учреждении медико-социальной экспертизы с момента их создания или получения до завершения исполнения, помещения в дело и (или) отправки (документооборот) осуществляется в соответствии с «ГОСТ Р 54733-2011 Медико-социальная экспертиза. Документооборот федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы. Печатные и электронные формы входных и выходных документов» [7].

Формирование документального фонда учреждения МСЭ осуществляется путем составления номенклатуры – систематизированного перечня дел, образующегося в деятельности организации, с указанием сроков хранения и оформленного в установленном порядке. При составлении номенклатуры дел руководствуются Уставом учреждения медико-социальной экспертизы, положениями о его структурных подразделениях, штатным расписанием, планами и отчетами о работе, номенклатурами дел за предшествующие годы, «Перечнем типовых управленческих архивных документов, образующихся в процессе деятельности государственных

органов, органов местного самоуправления и организаций, с указанием сроков хранения» [11]. Номенклатура дел учреждения МСЭ составляется ежегодно в 4 квартале текущего года, в установленном порядке согласовывается экспертно-проверочной комиссией учреждения медико-социальной экспертизы, утверждается руководителем и вводится в действие с 1 января следующего года.

Порядок предоставления государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы регулируется приказом Минтруда России от № 59н «Об утверждении Административного регламента по предоставлению государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы» [16]. Форма акта медико-социальной экспертизы утверждена приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации №373н «Об утверждении формы акта медико-социальной экспертизы гражданина и порядка его составления» [13]. Форма протокола проведения медико-социальной экспертизы граждан утверждена приказом Минтруда России №1171н «Об утверждении формы протокола проведения медико-социальной экспертизы гражданина в федеральном государственном учреждении медико-социальной экспертизы» [17].

Результатом предоставления государственной услуги при установлении инвалидности является выдача справки, подтверждающей факт установления инвалидности [12] и индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида) [18], а также оформляется направление выписки из акта освидетельствования гражданина, признанного инвалидом, в орган, осуществляющий его пенсионное обеспечение, выписки из индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида в территориальный орган Фонда социального страхования Российской Федерации, либо в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченный на осуществление полномочий по предоставлению мер социальной защиты инвалидам по обеспечению техническими

средствами реабилитации, по месту жительства инвалида (ребенка-инвалида)

Состав документов и (или) информация, необходимая для передачи в рамках межведомственного взаимодействия, в целях оказания инвалидам реабилитационных или абилитационных услуг, утвержден приказом Минтруда России «Об утверждении примерного порядка организации межведомственного взаимодействия организаций, предоставляющих реабилитационные услуги» от 27.09. 2017 г. №701 [19], при этом межведомственный электронный документооборот регулируется постановлением Правительства Российской Федерации № 754 «Об утверждении Положения о системе межведомственного электронного документооборота» [9]. Организации хранения, комплектования, учета и использования документов регулируется Федеральным законом «Об архивном деле в Российской Федерации» [2].

Документы, составленные в ходе и по результатам проведения МСЭ граждан, хранятся в федеральном государственном учреждении МСЭ 75 лет, начиная с года, следующего за годом вынесения решения об установлении группы инвалидности бессрочно либо об отказе в установлении инвалидности.

#### Список нормативных правовых актов:

1. «Трудовой кодекс Российской Федерации» от 30.12.2001 г. № 197-ФЗ
2. Федеральный закон «Об архивном деле в Российской Федерации» от 22.10.2004 г. № 125-ФЗ
3. Федеральный закон «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» от 27.07.2006 г. № 149-ФЗ
4. Федеральный закон «О персональных данных» от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ
5. ГОСТ 6.30 – 2003 «Унифицированные системы документации. Унифицированные системы организационно-распорядительной документации. Требования к оформлению документов», Постановление Госстандарта России от 03. 03. 2003 г. № 65-ст.
6. ГОСТ Р 7.0.8-2013 «СИБИД. Делопроизводство и архивное дело. Термины и определения». Приказ Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 17.11. 2013 г. № 1185-ст
7. ГОСТ Р 54733-2011 Медико-социальная экспертиза. Документооборот федеральных государственных учреждений медико-социальной

экспертизы. Печатные и электронные формы входных и выходных документов. Приказ Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 13.12. 2011 г. № 906-ст

8. ОК 011-93 Общероссийский классификатор управленческой документации (ОКУД). Постановление Госстандарта России от 30.12.93 № 299

9. Постановление Правительства Российской Федерации «Об утверждении Положения о системе межведомственного электронного документооборота» от 22.09.2009 г. № 754

10. Постановление Правительства Российской Федерации «Об утверждении правил делопроизводства в федеральных органах исполнительной власти» от 15.06.2009 г. № 477

11. Приказ Министерства культуры Российской Федерации «Об утверждении Перечня типовых управленческих архивных документов, образующихся в процессе деятельности государственных органов, органов местного самоуправления и организаций, с указанием сроков хранения» от 25.08.2010 г. № 558

12. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации «О формах справки, подтверждающей факт установления инвалидности, и выписки из акта освидетельствования гражданина, признанного инвалидом, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и порядке их составления» от 24.11.2010 г. №1031н

13. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации «Об утверждении формы акта медико-социальной экспертизы гражданина и порядка его составления» от 17.04.2012 г. №373н 14. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации «Об утверждении Порядка организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы» от 11.10.2012 г. №310н

15. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций» от 06.08.2013 г. № 529н

16. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации «Об утверждении Административного регламента по предоставлению государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы» от 29.01.2014 г. № 59н

17. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации «Об утверждении формы протокола проведения медико-социальной экспертизы гражданина в федеральном государственном учреждении медико-социальной экспертизы» от 29.12.2015 г. №1171н

18. Приказ Министерства труда и социальной защиты «Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых

федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм» от 13.06.2017г. №486н

19. Приказ Министерства труда и социальной защиты «Об утверждении примерного порядка организации межведомственного взаимодействия организаций, предоставляющих реабилитационные услуги, обеспечивающего формирование системы комплексной реабилитации инвалидов, раннюю помощь, преемственность в работе с инвалидами, в том числе детьми-инвалидами, и их сопровождение» от 27.09. 2017 г. №701

УДК 616-036.86+ 342.72/.73

Пономаренко Г.Н., Сокуров А.В.,

Свинцов А.А., Ермоленко Т.В.

## **СООТВЕТСТВИЕ ПРОЕКТА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТАНДАРТА «СПЕЦИАЛИСТ ПО МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ» ФЕДЕРАЛЬНОМУ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВУ**

ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта

Минтруда России

Россия, Санкт-Петербург

Ponomarenko G.N., Sokurov A.V.,

Svintsov A.A., Ermolenko T.V.

## **DISCUSSION OF THE DRAFT OF THE PROFESSIONAL STANDARD "SPECIALIST IN MEDICAL REHABILITATION"**

Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht" of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation

Russia, St. Petersburg

**Аннотация:** В статье содержится перечень замечаний по профессиональному стандарту «Специалист по медицинской реабилитации» и обосновывается необходимость его переработки.

**Abstract:** Article contains the list of comments according to the professional standard "Specialist in Medical Rehabilitation" and need of his processing is proved.

**Ключевые слова:** профессиональный стандарт, медицинская реабилитация, нормативные и правовые акты

**Keywords:** professional standard, medical rehabilitation, regulations.

Проект профессионального стандарта (далее – ПС) «Специалист по медицинской

реабилитации» (далее – «СМР») (на 66 л.) содержит нарушения федерального законодательства. В частности, раздел II код А/04.8 как и другие позиции противоречат разделу II. Федерального закона Российской Федерации от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (далее – 181-ФЗ). Понятие «реабилитационная медицинская помощь» противоречит ст. 32 Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – 323-ФЗ). В описании ряда трудовых действий идет ссылка на порядки оказания медицинской помощи, что при немедицинских специальностях противоречит ст. 37 323-ФЗ. Возложение медицинской экспертизы в отношении пациентов, имеющих потребности в социальной защите, в том числе реабилитации, вызванных ограничениями жизнедеятельности на специалиста по медицинской реабилитации противоречит ст. 7, ст. 8 181-ФЗ, а также ст. 58; ст. 59 323-ФЗ. Ряд трудовых действий (например, исследование психомоторного развития ребенка от рождения до трёх лет, назначение технических средств реабилитации и других), противоречит п. 1 ст. 69 323-ФЗ, ст. 11.1. 181-ФЗ и входит в трудовые функции ПС других специалистов, утверждённых приказами Минтруда России. Право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие медицинское или иное образование в Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие свидетельство об аккредитации специалиста (п. 1 ст. 69 323-ФЗ). Между тем аккредитация специалистов осуществляется по направлениям подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры; включенная в проект ПС специальность «Физическая и реабилитационная медицина» (далее – «ФРМ») отсутствует в Номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое обра-

зование, утверждённой Приказом Минздрава России от 07.10.2015 № 700н.

Проект ПС содержит ряд нарушений действующих нормативных правовых актов, а также содержит юридико-лингвистическую неопределённость: употребляются неустоявшиеся, двусмысленные термины и категории оценочного характера, относящиеся к перечню коррупциогенных факторов (п. 4 Методики, утверждённой Постановлением Правительства Российской Федерации от 26.02.2010 № 96).

Таким образом, проект ПС нуждается в переработке.

УДК 651.011.42

Горяйнова М.В., Карасаева Л.А.,  
Деденева И.В., Павлова С.В.,  
Хорькова О.В.

**ОСОБЕННОСТИ  
ДЕЛОПРОИЗВОДСТВА  
УЧРЕЖДЕНИЙ РЕАБИЛИТАЦИИ  
ИНВАЛИДОВ**

ФГБУ ДПО СПИУВЭК Минтруда России, Санкт-Петербург  
Россия, Санкт-Петербург

Goryainova M.V., Karasaeva L.A.,  
Dedeneva I.V., Pavlova S.V.,  
Hor'kova O.V.

**FEATURES OF OFFICE WORK OF  
REHABILITATION INSTITUTIONS**

FGBU DPO SPIUVEK the Ministry of labor of Russia,  
Saint-Petersburg  
Russia, St. Petersburg

**Аннотация:** В работе представлены основные нормативно-правовые документы, регулирующие делопроизводство учреждений реабилитации инвалидов.

**Abstract:** The main legal documents regulating office work of rehabilitation institutions for disabled people.

**Ключевые слова:** инвалид, делопроизводство, реабилитация

**Keywords:** disabled, office work, rehabilitation

Введение. Делопроизводство учреждений, осуществляющих реабилитацию

инвалидов, обеспечивает документирование и организацию работы учреждения с официальными документами в процессе реализации его функций.

Результаты исследования. Делопроизводство осуществляется в соответствии с «Правилами делопроизводства в федеральных органах исполнительной власти», утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 15.06.2009 г. №477.

Оформление организационно-распорядительных документов, регулирующих общее делопроизводство учреждений, осуществляется в соответствии с требованиями ГОСТ 6.30 – 2003 «Унифицированные системы документации. Унифицированные системы организационно-распорядительной документации. Требования к оформлению документов», принятого Постановлением Госстандарта России от 03.03.2003 г. №65-ст. Порядок разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации инвалида (ребенка-инвалида), выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм регулируется приказом Минтруда России от 13.06.2017 №486н.

Состав документов и (или) информация, необходимая для передачи в рамках межведомственного взаимодействия, в целях оказания инвалидам реабилитационных или абилитационных услуг, обеспечения принципа ранней помощи и преемственности в работе с инвалидами, и их сопровождения утвержден приказом Минтруда России от 27.09.2017 г. №701.

Учетная документация учреждений реабилитации инвалидов включает в себя личные дела инвалидов, учетную документацию по медицинской, социальной и профессиональной реабилитации инвалидов. Оформление документов осуществляется в соответствии с требованиями ГОСТ Р 54734-2011 «Реабилитация инвалидов. Учетно-отчетная документация учреждений реабилитации инвалидов».

Заключение. Состав и характеристики документации учреждений реабилитации инвалидов должны соответствовать типу и

уровню учреждения, специфики обслуживаемой категории, категорий инвалидов, характера предоставляемых реабилитационных услуг.

УДК 616-036.86+ 342.72/.73

Владимирова О.Н., Сокуров А.В.,  
Герашенко Л.И., Ермоленко Т.В.,  
Радуто В.И., Ломоносова О.В.,  
Жданов Ю.И.

## **АККРЕДИТАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ: ПРОБЛЕМЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ**

ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта  
Минтруда России  
Россия, Санкт-Петербург

Vladimirova O.N., Sokurov A.V.,  
Gerashchenko L.I., Ermolenko T.V.,  
Raduto V.I., Lomonosova O.V.,  
Zhdanov Yu.I.

## **PROBLEMATIC QUESTIONS OF THE ORGANIZATION OF WORK OF THE REHABILITATION CENTERS FOR PERSONS WITH DISABILITIES**

Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht" of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation  
Russia, St. Petersburg

**Аннотация:** В статье рассматриваются проблемные вопросы организации системы аккредитации реабилитационных организаций для инвалидов в Российской Федерации. Обоснованы возможные направления совершенствования правового урегулирования аккредитации реабилитационных организаций.

**Abstract:** In article problematic issues of the organization of system of accreditation of the rehabilitation organizations for disabled people in the Russian Federation are considered. The possible directions of improvement of legal settlement of accreditation of the rehabilitation organizations are proved

**Ключевые слова:** реабилитационные организации, инвалиды, нормативные и правовые акты.

**Keywords:** rehabilitation organizations, persons with disabilities, regulations.

Федеральным законом от 01.12.2014 № 419-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов» были внесены изменения в Федеральный закон Российской Федерации от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (вступил в силу 01.01.2015) (далее – 181-ФЗ), по которым «Реабилитация, абилитация инвалидов осуществляются организациями независимо от их организационно-правовых форм, прошедшими в установленном законодательством Российской Федерации порядке аккредитацию (за исключением организаций, осуществляющих медицинскую деятельность) и осуществляющими деятельность в области реабилитации и абилитации инвалидов».

Федеральным законом Российской Федерации от 29.12.2015 № 394-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации», были внесены поправки, по которым пункт об аккредитации организаций, независимо от их организационно-правовых форм, вступит в силу только с 01.01.2019.

Анализ полномочий федеральных и региональных органов власти, установленных нормами 181-ФЗ в сфере социальной защиты (поддержки) инвалидов, показывает, что полномочия по аккредитации организаций, осуществляющих реабилитацию и абилитацию инвалидов, отнесены на федеральный уровень.

Ввиду многообразия форм подчинённости организаций, осуществляющих реабилитацию и абилитацию инвалидов (регионального, муниципального уровней и иных), представляется целесообразным их аккредитацию возложить на регионы. Для реализации этого сценария требуется либо внести соответствующие изменения в статью 5 181-ФЗ, либо обозначить организационную вертикаль в презюмируемом порядке аккредитации организаций независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, осуществляющих деятельность в области реабилита-

ции, абилитации инвалидов (пункт 7 статьи 4 181-ФЗ).

Во исполнение Федерального закона от 06.10.1999 № 184-ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» необходимо внести изменения в раздел II Положения о Министерстве труда и социальной защиты Российской Федерации, утверждённом Постановлением Правительства Российской Федерации от 19.06.2012 № 610 (в частности, пп. 5.2.24).

Целесообразно рекомендовать субъектам Российской Федерации с учётом специфики регионов осуществить своё нормативное правовое регулирование в области аккредитации организаций, осуществляющих деятельность в области реабилитации, абилитации инвалидов, определив сроки регламентации.

УДК 616-036.86+ 342.72/.73

Сокуров А.В., Старобина Е.М.,  
Радуто В.И., Ермоленко Т.В.,  
Жданов Ю.И.

## **ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ЦЕНТРОВ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ**

ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта  
Минтруда России  
Россия, Санкт-Петербург

Sokurov A.V., Starobina E.M.,  
Raduto V.I., Ermolenko T.V.,  
Zhdanov Yu.I.

## **PROBLEMATIC QUESTIONS OF THE ORGANIZATION OF WORK OF THE REHABILITATION CENTERS FOR PERSONS WITH DISABILITIES**

Federal State Budgetary Institution “Federal Scientific  
Centre of Rehabilitation of the Disabled named after  
G.A. Albrecht” of the Ministry of Labour and Social  
Protection of the Russian Federation  
Russia, St. Petersburg

**Аннотация:** В статье рассматриваются проблемные вопросы организации работы реабилитационных организаций для инвалидов (детей-инвалидов) в Российской Федерации. Обоснована необходимость выработки единого подхода к формированию штатного расписания организаций, осуществляющих реабилитацию и абилитацию инвалидов.

**Abstract:** In article problematic questions of the organization of work of rehabilitation institutions for disabled people (disabled children) in the Russian Federation are considered. Need of elaboration of uniform approach to formation of the staff list of the organizations which are carrying out rehabilitation and an abilitation of disabled people is proved.

**Ключевые слова:** реабилитационные центры, инвалиды, структура, штат

**Keywords:** rehabilitation centers, persons with disabilities, the structure, staff

Предлагаемые Минтрудом России проекты Положений о многопрофильном центре реабилитации и абилитации, основаны на типовых структурно-функциональных моделях системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов. Однако в структуре перспективных центров отсутствуют подразделения для проведения восстановительного лечения, реконструктивной хирургии, протезирования и ортезирования, блок подразделений по профессиональной реабилитации, обеспечивающий проведение профессиональной ориентации, профессионально-производственную адаптацию и содействие трудоустройству инвалидов.

Проект положения не учитывает существующие нормативные документы, отражающие, в том числе, и структуру реабилитационного центра для детей-инвалидов.

Обзор нормативных и правовых актов показал, что федеральные органы исполнительной власти ведомственными приказами не предпринимают попытки устанавливать штатные расписания реабилитационных учреждений.

Однако в организациях реабилитации инвалидов (детей-инвалидов), находящихся в подчинении некоторых региональных администраций, отмечается многообразие, как структурных подразделений, так и

штатных должностей медицинского и административно-хозяйственного персонала.

Проект перспективных штатных нормативов организаций определяет перечень специалистов, предоставляющих услуги по социальной и профессиональной реабилитации, однако услуги по профессиональной реабилитации обозначены только в расширенном и комплексном уровнях в отделе профессиональной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов. Но и там профессиональная реабилитация предназначена только для инвалидов с ментальными нарушениями.

Цель искусственного вычленения кабинета социально-психологической реабилитации и абилитации не совсем понятна, т.к. именно социально-психологическая реабилитация и абилитация подразумевает психологическое консультирование, психологический тренинг, в том числе, когнитивных навыков, и психокоррекцию, в том числе, эмоциональных нарушений.

На комплексном уровне имеется кабинет развития когнитивных навыков (при ДЦП, ментальных нарушениях) методами арт-терапии, игротерапии (игротренингов) отдела социально-психологической и профессиональной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов. В штате кабинета запланирована работа четырёх специалистов. Остаётся открытым вопрос: как можно организовать работу таких специалистов в одном помещении?

В рамках развития и совершенствования института ранней помощи представляется целесообразным создание соответствующего структурного подразделения для оказания ранней помощи.

В целях социальной поддержки инвалидов следует предусмотреть в структуре центра пункт проката технических средств реабилитации.

Выработка единого подхода к формированию структуры, штатного расписания организаций, осуществляющих реабилитацию и абилитацию инвалидов, применительно к предлагающейся четырёх-

уровневой структуре, позволит обеспечить доступность для инвалидов реабилитационных услуг в субъекте Российской Федерации, а также рационально использовать ресурсный потенциал субъекта.

УДК 616-036.86+ 342.72/.73

Владимирова О.Н., Сокуров А.В.,  
Герашенко Л.И., Ермоленко Т.В.,  
Радуту В.И., Ломоносова О.В.,  
Жданов Ю.И.

## ПОЛНОМОЧИЯ РЕГИОНОВ ПО АККРЕДИТАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ

ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта  
Минтруда России  
Россия, Санкт-Петербург

Vladimirova O.N., Sokurov A.V.,  
Gerashchenko L.I., Ermolenko T.V.,  
Raduto V.I., Lomonosova O.V.,  
Zhdanov Yu.I.

## POWERS OF REGIONS ON ACCREDITATION OF THE REHABILITATION ORGANIZATIONS

Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific  
Centre of Rehabilitation of the Disabled named after  
G.A. Albrecht" of the Ministry of Labour and Social  
Protection of the Russian Federation  
Russia, St. Petersburg

**Аннотация:** В статье обоснована необходимость аккредитации реабилитационных организаций для инвалидов ввиду многообразия форм их подчинённости на региональные органы власти.

**Abstract:** In article need of accreditation of the rehabilitation organizations for disabled people in view of variety of forms of their subordination on regional authorities is proved.

**Ключевые слова:** региональные органы власти, реабилитационные организации, инвалиды, нормативные и правовые акты

**Keywords:** regional authorities, rehabilitation organizations, persons with disabilities, regulations.

Анализ полномочий федеральных и региональных органов власти, установленных нормами Федерального закона Российской Федерации от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (вступил в силу 01.01.2015) (далее – 181-ФЗ) в сфере социальной защиты (поддержки) инвалидов, показывает, что полномочия по аккредитации организаций, осуществляющих реабилитацию и абилитацию инвалидов, отнесены на федеральный уровень.

Ввиду многообразия форм подчинённости организаций, осуществляющих реабилитацию и абилитацию инвалидов (регионального, муниципального уровней и иных), представляется целесообразным их аккредитацию возложить на регионы. Для реализации этого сценария требуется либо внести соответствующие изменения в статью 5 181-ФЗ, либо обозначить организационную вертикаль в презюмируемом порядке аккредитации организаций независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, осуществляющих деятельность в области реабилитации, абилитации инвалидов (пункт 7 статьи 4 181-ФЗ).

Во исполнение Федерального закона от 06.10.1999 № 184-ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» необходимо внести изменения в раздел II Положения о Министерстве труда и социальной защиты Российской Федерации, утверждённом Постановлением Правительства Российской Федерации от 19.06.2012 № 610 (в частности, пп. 5.2.24).

В указанном порядке целесообразно рекомендовать субъектам Российской Федерации с учётом специфики регионов осуществить своё нормативное правовое регулирование в области аккредитации организаций, осуществляющих деятельность в области реабилитации, абилитации инвалидов, определив сроки регламентации.

Для дальнейшей реализации 181-ФЗ Правительством Российской Федерации реализуется государственная программа «Доступная среда» на 2011-2020 гг., в соответствии с которой разрабатывается единая система организаций, обеспечивающих реабилитационный и абилитационный процесс, а также система по управлению этим процессом. Функционирование этой программы основывается на принципах ранней помощи, эффективного межведомственного взаимодействия и преемственности в работе. При этом разрабатываются и утверждаются нормативные правовые акты, регламентирующие реабилитационный процесс, в том числе национальные стандарты по реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов) с различной патологией, а также осуществляется их внедрение. Кроме того, осуществляется обучение специалистов, обеспечивающих реабилитацию, абилитацию инвалидов. Создается механизм учёта и контроля исполнения организациями мероприятий, включенных в индивидуальные программы реабилитации или абилитации инвалидов.

УДК 364.048.6

Бурлуцкая М.Г., Кузьмин К. В.,  
Лайковская Е. Э., Петрова Л. Е.,  
Сосунова Л. И.

## **ИССЛЕДОВАНИЕ ПОТРЕБНОСТЕЙ ИНВАЛИДОВ И ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ ВО ВРЕМЕННОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ ТЕХНИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ**

Уральский государственный медицинский университет (Бурлуцкая М.Г., Кузьмин К.В., Лайковская Е.Э., Петрова Л.Е.); Комплексный центр социального обслуживания «Осень»  
(Сосунова Л.И.)  
Российская Федерация  
Екатеринбург, Первоуральск

Burlutskaya M.G., Kuzmin K.V.,  
Laykovskaya E.E., Petrova L.E.,  
Sosunova L.I.

## **THE STUDY OF NEEDS OF THE DISABLED ADULTS AND CHILDREN IN TECHNICAL MEANS OF REHABILITATION FOR TEMPORARY USE IN SVERDLOVSK OBLAST**

Ural State Medical University (Burlutskaya M.G.,  
Kuzmin K.V., Laykovskaya E.E., Petrova L.E.),  
Complex Center of Social Service "Osen"  
(Sosunova L.I.)  
Russian Federation  
Yekaterinburg, Pervouralsk

**Аннотация:** На основе опроса инвалидов или их законных представителей (800 чел.) и экспертов, работающих с инвалидами и детьми-инвалидами (20 чел.) по оценке работы пунктов проката технических средств реабилитации в Свердловской области, были выявлены следующие тенденции: отсутствует вовлеченность инвалидов в работу пунктов проката, не сформирован спрос на услуги, нет алгоритмов повышения качества жизни за счет обращения в пункты проката; эксперты оценили уровень работы пунктов проката как «средний», указав на недостаточный ассортимент и количество технических средств реабилитации, а также бюрократизм процесса их получения. Выработаны предложения по совершенствованию работы социальных пунктов проката.

**Abstract:** Based on a survey of the disabled people or their legal representatives (800 respondents) and experts working with the disabled adults and children (20 respondents) conducted to evaluate the work of the rental services of technical means of rehabilitation in the Sverdlovsk Oblast, the following trends were identified: the disabled people were not involved in the rental service, the demand for services was not evaluated, the algorithms to improve the quality of life by using the rental services were not developed. The experts evaluated the level of service in the rental offices as "average" due to the insufficient range and number of technical means of rehabilitation, and the bureaucracy of the process to rent them.

**Ключевые слова:** инвалиды и дети-инвалиды; технические средства реабилитации; изучение спроса на услуги пунктов проката

**Keywords:** disabled adults and children; technical means of rehabilitation; study of demands for rental services

В Свердловской области организована работа пунктов проката технических средств реабилитации (ТСР) в учреждениях социального обслуживания. В рамках пилотного проекта по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации для подготовки предложений по совершенствованию организации работы социальных центров (пунктов) проката ТСР в ноябре 2017 года кафедрой социальной работы и социологии медицины УГМУ (Екатеринбург) по заказу КЦСОН «Осень» (Первоуральск) Министерства социальной политики Свердловской области было проведено социологическое исследование на тему: «Анализ потребностей инвалидов (детей-инвалидов) во временном обеспечении техническими средствами реабилитации, подготовка предложений по перечню ТСР для оснащения центров (пунктов) проката технических средств реабилитации для граждан с ограниченными возможностями здоровья, в том числе инвалидов (детей-инвалидов)».

Исследование проводилось на основе анализа правовых документов и данных статистики по обороту ТСР в пунктах проката, а также с применением следующих методов сбора социологической информации: 1) опрос инвалидов или их законных представителей; 2) опрос экспертов-специалистов, работающих с инвалидами и детьми-инвалидами.

В первом случае было опрошено 800 человек; выборка строилась с учетом численности инвалидов по управленческим округам Свердловской области. Метод сбора информации – структурированное интервью (телефонный опрос или личное заполнение анкет в учреждениях социального обслуживания). Опрос показал, что лишь треть респондентов за последние 3 года пользовалась услугами пунктов проката, что объяснило тот факт, что 88% участников опроса не смогли дать предложений по улучшению их работы. Нет вовлеченности в работу пунктов проката, не сформирован спрос на услуги,

нет полного представления о технологии и алгоритме получения ТСР, недостаточен уровень понимания механизма повышения качества жизни за счет обращения в пункты проката.

Было опрошено 20 руководителей и специалистов медицинских и общественных организаций. Сбор данных проходил в форме онлайн-опроса. Исследование показало, что эксперты в целом информированы об услугах пунктов проката ТСР, но не ассоциируют их с учреждениями социального обслуживания, уровень удовлетворенности их работой средний. Более половины выставили оценку «хорошо», треть экспертов – «удовлетворительно». Основные проблемные зоны: 1) недостаточный ассортимент и количество ТСР, особенно - для детей-инвалидов; 2) бюрократизм процесса получения ТСР.

Результаты проведенного исследования были одобрены в декабре 2017 года на заседании экспертной группы Министерства социальной политики Свердловской области по реализации пилотного проекта по отработке подходов к формированию и совершенствованию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов (в том числе детей-инвалидов). Сформулированы следующие предложения: 1) разработать методические материалы по организации работы социальных центров (пунктов) проката ТСР и блок схемы механизма получения ТСР гражданами; 2) проработать вопрос оснащения пунктов проката в соответствии с потребностями инвалидов и, особенно, детей-инвалидов; 3) в целях повышения информированности граждан о работе пунктов проката ТСР на базе учреждений социального обслуживания разместить соответствующую информацию на сайтах, мониторах, стендах учреждений, в т.ч. медицинских; 4) организовать информирование инвалидов, родителей детей-инвалидов о возможности и механизме получения ТСР в пунктах проката учреждений социального обслуживания, в т.ч. через общественные организации инвалидов.

Рябоконе А.Г., Доронина О.Е.,  
Муостафин Р.Н.

## **ПОТРЕБНОСТЬ ИНВАЛИДОВ В ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВАХ РЕАБИЛИТАЦИИ**

ФКУ «ГБ МСЭ по Ленинградской области»

Минтруда России

Российская Федерация, Санкт-Петербург

Riabokon A.G., Doronina O.E.,  
Mustafin R.N.

## **THE NEED FOR DISABLED PEOPLE IN ADDITIONAL TECHNICAL MEANS OF REHABILITATION**

FCI «GB MSE of the Leningrad region»

of Mintrud of Russia

Russia, Saint-Petersburg

**Аннотация:** Проведен анализ назначений инвалидам Ленинградской области дополнительных технических средств реабилитации (ДТСР) в 2017 году и установлена потребность в наиболее значимых ДТСР для уменьшения или компенсации ограничений жизнедеятельности.

**Abstract:** The analysis of appointments to disabled people of the Leningrad Region of the additional technical means of rehabilitation in 2017 is carried out and the need for the most significant means for reduction or compensation of disabilities is established.

**Ключевые слова:** инвалид, ограничения жизнедеятельности, реабилитация, дополнительные технические средства реабилитации.

**Keywords:** invalid, disabilities, rehabilitation, additional technical means of rehabilitation.

**Введение.** В целях предоставления дополнительных мер социальной поддержки инвалидам за счет средств областного бюджета Ленинградской области утвержден перечень дополнительных технических средств реабилитации (ДТСР), являющихся устройствами или приспособлениями для компенсации и (или) устранения ограничений жизнедеятельности инвалида, не включенных в федеральный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду (ребенку-инвалиду).

Цель работы - анализ потребности инвалидов и детей-инвалидов в Ленинградской области в дополнительных технических средствах реабилитации.

Результаты. В 2017 году разработано 24 222 ИПРА инвалидов, из них 21 931 взрослым и 2 291 детям в возрасте до 18 лет. Потребность в ТСР указана в 7 361 ИПРА взрослых инвалидов (33,8%), в том числе назначено 13 491 ТСР из федерального перечня и 714 ДТСР из регионального перечня. 632 ИПРА детей-инвалидов содержали ТСР (27,59%), в которых рекомендовано 8 020 ТСР и 461 ДТСР. Всего в 2017 году определена потребность в 1 175 ДТСР.

Перечень содержит 33 наименования ДТСР, среди которых 21 специальное средство предназначено для ухода, быта, досуга, 2 - для передвижения, 10 - для ориентирования, общения и обмена информацией.

Анализ рекомендованных ДТСР инвалидам в их ИПРА показывает, что наиболее востребованными из них являются средства для ухода, быта и досуга (406 единиц), которые способствуют компенсации ограничений способности к передвижению и самообслуживанию, и в первую очередь у детей-инвалидов. Так, из них назначено 170 сидений для ванной комнаты и душа со спинкой, 80 кресел с крепежами для мытья ребенка, 77 кресел-вертикализаторов, 74 стула ортопедического (функционального для детей-инвалидов), 39 подъемников передвижного для ванны, 31 функциональная кровать с механическим приводом для детей-инвалидов.

Для общения, обмена информацией определено 231 ДТСР, из которых приоритетными явились часы будильники с синтезатором речи (100 ед.) и часы наручные с синтезатором речи (90 ед.).

**Выводы.** Потребность инвалидов и детей-инвалидов в ДТСР обусловлена преимущественно наличием у них выраженных и значительно выраженных стойких нарушений функций организма для уменьшения или компенсации ограничения способности к передвижению, самообслуживания и ориентации.

Демина Э.Н.

## ЦЕНТР ПРОКАТА ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ РЕАБИЛИТАЦИИ

ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта  
Минтруда России  
Россия, Санкт-Петербург

Demina E.N.

## RENTAL CENTER OF TECHNICAL MEANS OF REHABILITATION

Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific  
Centre of Rehabilitation of the Disabled named after  
G.A. Albrecht" of the Ministry of Labour and Social  
Protection of the Russian Federation  
Russia, St. Petersburg

**Аннотация:** Одной из задач Государственной программы Российской Федерации "ДОСТУПНАЯ СРЕДА" НА 2011 - 2020 годы является совершенствование системы организации работы центров проката ТСР. Актуальность данной работы - на основе комплексного анализа работы существующих центров проката на всей территории Российской Федерации провести анализ нормативно-правового регулирования, механизмов финансирования, ассортимента ТСР для взрослого и детского населения с целью решения одной из задач Государственной программы Российской Федерации "ДОСТУПНАЯ СРЕДА" НА 2011 - 2020 годы - совершенствование системы организации работы центров проката ТСР.

**Abstract:** Technical means of rehabilitation (TCP) is an essential part of the system of medico-social rehabilitation. Technical tools ensure availability of social infrastructure, eliminate the barriers. TSR required disabled persons with impaired locomotor, vision and hearing. A large number of offices of TSR in the Russian Federation due to the special needs of persons with disabilities (children with disabilities) and the elderly in the temporary provision of TSR. The relevance of the organization of the offices of TSR due to the following factors - long time interval between the need of the disabled person, a disabled child in the means of rehabilitation and timeliness of its provision, the limited list provided by TCP, all TCP only if there are recommendations in the individual program of rehabilitation (habilitation), as well as people with disabilities in the use of faulty TSR, subject to current repair or maintenance, for the period of repair or service to

citizens in need of TSR for medical reasons (including after trauma, surgery), for the period of rehabilitation.

**Ключевые слова:** технические средства реабилитации (ТСР), центр проката ТСР, инвалид, ребенок-инвалид, ассортимент ТСР, Федеральный округ (ФО), нормативно-правовое обоснование, источники финансирования

**Keywords:** technical means of rehabilitation (TSR), rental center TSR, disabled person, disabled child, range of TSR, Federal district (FD), regulatory legal justification, sources of financing,

В последнее время одним из востребованных видов сервиса для инвалидов, детей-инвалидов является прокат технических средств реабилитации. Основопологающей позицией цели обеспечения инвалидов ТСР является их медико-функциональная и социальная адекватность для компенсации утраченных функций. ТСР способствуют восстановлению способности к самообслуживанию, передвижению, образованию, трудовой деятельности. Кроме того, важная роль в решении вопросов социально-бытовой и экономической независимости инвалидов принадлежит также ТСР, Именно ТСР способствуют реализации социального аспекта комплексной реабилитации - восстанавливают или улучшают способность инвалида к самообслуживанию, передвижению, образованию, трудовой деятельности. ТСР являются составной частью реализации реабилитационных мероприятий. ТСР предназначены для компенсации или устранения стойких ограничений жизнедеятельности и повышения качества жизни инвалидов и пожилых людей с нарушениями мобильности, зрения, слуха. Необходимо отметить, что без ТСР инвалид не может выполнять многие необходимые действия - передвижение, самообслуживание, ориентацию. Технические средства реабилитации устраняют или возможно более полно компенсируют ограничения жизнедеятельности инвалидов при нарушении мобильности, зрения слуха. Большинство технических средств реабилитации инвалиды получают через Фонд социального страхования. Другими

источниками получения технических средств реабилитации являются: самостоятельное приобретение, пункты проката, получение в дар. Актуальность организации центров проката ТСР обусловлена следующими факторами – продолжительный временной промежуток между потребностью инвалида, ребенка-инвалида в средстве реабилитации и своевременностью его предоставления, ограниченность перечня предоставляемых ТСР, предоставление ТСР только при наличии рекомендаций в индивидуальной программе реабилитации (абилитации), а так же инвалидам, имеющим в пользовании неисправные ТСР, подлежащие текущему ремонту или техническому обслуживанию, на период ремонта или обслуживания, гражданам, нуждающимся в ТСР по медицинским показаниям (в том числе перенесшим травмы, хирургические операции), на период реабилитации.

Дэвид Бэйнс

## ВЛИЯНИЕ ПРОРЫВНЫХ ИННОВАЦИЙ НА ИНДУСТРИЮ АССИСТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Сервис доступа и инклюзивности Дэвида Банеса,  
Милтон Кейнс, Великобритания

David Banes

## THE IMPACT OF DISRUPTIVE INNOVATION ON THE ASSISTIVE TECHNOLOGY INDUSTRY

David Banes Access and Inclusion Services, Milton  
Keynes, the United Kingdom

**Аннотация:** Инновации могут быть как долгосрочной, так и прорывными. Первая основана на постепенном изменении доказанной или установленной технологии, в то время как прорывная технология может пытаться «сбросить груз старых ошибок», предлагая новый подход к удовлетворению потребности. (Christensen 1997)

Традиционные подходы к ассистивным технологическим продуктам и услугам в последние годы претерпели быстрые изменения. Появление прорывных инноваций привело к смещению существующих технологий, внедрению новых бизнес-моделей и «взбалтыванию» отрасли.

Существует множество примеров инновационных технологий, которые приносят пользу людям с ограниченными возможностями, разрушающие существующие стандарты услуг и продуктов, но появляются новые продукты и услуги ассистивных технологий, которые могут привести к дальнейшему прорыву в будущем.

В данной работе определяются некоторые из факторов давления, которые приводят к прорывам, и предполагается, что последующий прорыв может предложить новые возможности для людей с инвалидностью.

**Abstract:** Innovation can be either sustaining or disruptive. The former is based on incremental change to a proven or established technology, whilst disruptive technology may seek to “wipe the slate clean”, offering a new approach to fulfilling a need. (Christensen 1997)

Traditional approaches to assistive technology products and services have undergone rapid change in recent years. The advent of disruptive innovation has displaced established technologies, introduced new business models and is “shaking up” the industry.

There are many examples of innovative technologies that have benefited people with disabilities by disrupting existing services and products, but there are emerging assistive technology products and services which may cause further disruption in the future.

The paper identifies some of the pressures that lead to disruption and suggests that continued disruption has the potential to offer new opportunities for people with a disability.

**Ключевые слова:** инновация, прорыв, бизнес-модель, изменение, ассистивные технологии.

**Key words:** Innovation, disruption, business model, change, Assistive Technology.

В последние годы произошли значительные изменения в технологии, включая облачные вычисления, портативные устройства и взрывное количество новых приложений. Мы ожидаем, что дальнейшие инновации, в том числе умные дома, расширенная реальность, искусственный интеллект и робототехника станут широко распространенными и доступными, если не повсеместными. Все чаще существует возможность для пользователей создавать собственные ассистивные технологии (АТ) при помощи 3D печати.

Благодаря взаимодействию доступных и ассистивных технологий функции доступа становятся неотъемлемой частью

операционных систем. Благодаря универсальному дизайну преобладающие продукты стали ассистивными средствами, функциональностью которых пользуются многие люди, не осознавая их ценность для людей с ограниченными возможностями.

Влияние таких изменений только начинает ощущаться. Традиционные продукты сталкиваются с неопределенным прогнозом, поскольку внешние воздействия влияют как на дизайн, так и на бизнес-модели. Контекст распространения АТ быстро развивается, чему способствуют тенденции в дизайне, государственной политике, поведении пользователей и кризисе государственного финансирования. Это побуждает компании появляться не только на текущих рынках, но и в глобальных регионах, в том числе на Ближнем Востоке и в Азии.

Из 50 продуктов, перечисленных в Списком приоритетных вспомогательных устройств ВОЗ (ВОЗ 2016) 24, доступны через смартфоны и планшеты, еще 10 могут быть расширены с помощью новых технологий или могут быть изготовлены на месте с использованием открытой разработки и трехмерной печати. В результате мы увидели установление и запуск компаний и продуктов (3) (4), связанных с потерей зрения и слуха, мобильностью, отсутствием обучения и расширенным кодированием аудио (ААС) с переходом на мобильные платформы с гораздо меньшими затратами.

Такие темпы изменений могут встретить сопротивление среди людей с инвалидностью и профессионалов. Однако тенденции в поведении пользователей предполагают, что такие изменения неизбежны.

Появление тех, кто имеет онлайн влияние и внедряет технологии незамедлительно, может ускорить спрос. Ценность обратной связи от доверенных посредников не может быть недооценена, и перед профессионалами появится проблема сохранения позиций на одном уровне с текущими и возникающими решениями, поскольку надежные продукты станут недоступными, потребуются новые подходы к профессиональному развитию

для максимального воздействия инноваций. (5)

Recent years have seen significant change in technology including cloud computing, portable devices, and the explosion of “apps”. We anticipate further innovation including smarthomes, augmented reality, artificial intelligence and robotics becoming widely available and affordable if not universally. Increasingly there is potential for users to create their own AT through 3D printing.

Through the convergence of accessible and assistive technologies, access features become an indivisible part of operating systems. Through universal design, mainstream products have become assistive devices with many people benefitting from functionality without awareness of the value for those with disabilities.

The impact of such change is only beginning to be felt. Traditional products face an uncertain outlook, as external influences affect both design and business models. The context of delivery is evolving rapidly, driven by trends in design, public policy, user behaviour and a public funding crisis. These encourage companies to emerge, not only from current markets but also from global locations including the Middle East, and Asia.

Of the 50 products listed in the GATE Priority Assistive Products list (WHO 2016) 24 are available through smartphones and tablets, a further 10 could be enhanced through emerging technologies or have the capacity to be fabricated locally using open design and 3D printing. As a result, we have seen the acquisition and launch of companies and products (3) (4) related to vision and hearing loss, mobility, learning disability and AAC with products shifting to mobile platforms at much lower cost.

Such pace of change may meet resistance among those with a disability and professionals. However, trends in user behaviour suggests that such change is inevitable.

The advent of online influencers and early adopters may accelerate demand. The value of feedback from trusted intermediaries cannot be underestimated and professionals will be challenged to remain abreast of current and emerging solutions as trusted products become

unavailable, new approaches to professional development will be required to maximise the impact of innovation. (5)

1. Christensen C M (1997) The Innovators Dilemma Harvard
2. WHO (2016) GATE Priority Assistive Products List - WHO
3. AI squared and GW Micro merge forces (2014) retrieved from <https://www.aisquared.com/news/ai-squared-and-gw-micro-merge-forces/>
4. Tobii acquired aac leader dynavox systems (2014) retrieved from <https://www.tobii.com/group/news-media/press-releases/tobii-acquires-aac-leader-dynavox-systems-llc/>
5. Banes D (2018) Building capacity in disability services – ATIA, Orlando Florida

Наташа Алтин

## ПЕРЕСМОТР ФУНДАМЕНТАЛЬНЫХ ОСНОВ КАНАДСКОЙ СИСТЕМЫ АССИСТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Школа здравоохранения Далла-Лана,  
университет Торонто  
Торонто, Канада

Natasha Altin

## RE-EXAMINING FOUNDATIONAL UNDERPINNINGS OF CANADIAN ASSISTIVE TECHNOLOGY SYSTEM

University of Toronto, Dalla Lana School of Public  
Health  
Toronto, Canada

**Аннотация:** Для улучшения системы ассистивных технологий (АТ) мы должны выйти за рамки традиционных «бандажных» решений и пересмотреть идеологию стандартов, на которых основана существующая система АТ. В этой работе используются различные концептуальные модели инвалидности (медицинская и социальная модели) для изучения фундаментальных принципов существующей системы АТ в Канаде. Укрепление системы АТ в устаревшей идеологии восприятия инвалидности неизбежно приводит к неполноценной и дискриминационной политике, которая еще сильнее отесняет на задний план людей, которых система пыталась поставить на первое место.

**Abstract:** In order to improve assistive technology system, we need to move beyond traditional

‘bandage’ solutions and re-examine ideological standards which current AT system is rooted in. This paper draws on various conceptual models of disability (individual and social pathology) to explore foundational underpinnings of current assistive technology system in Canada. Grounding of the AT system in the out-dated ideology of perceiving disability inevitably results in inferior and exclusionary policies further marginalizing people who the system is intended to benefit in a first place.

**Ключевые слова:** ассистивные технологии, система ассистивных технологий, инвалидность, политика.

**Keywords:** Assistive technology, Assistive technology system, disability, policy.

**Введение и цели:** Существующая канадская система АТ, описанная как система с недостаточным финансированием (1); сильно фрагментированная, ограниченная, непостоянная и сложная (1-3); слабо координирующаяся между федеральными, провинциальными и территориальными правительствами (1,2); и страдающая нехваткой центрального участия пользователей АТ(1-3). Для улучшения системы АТ мы должны выйти за рамки традиционных «бандажных» решений и пересмотреть идеологию стандартов, на которых основана существующая система АТ. Цель этой работы - изучить, как преобладающая формулировка инвалидности влияет на существующую систему АТ.

**Методы:** В этой работе используются различные концептуальные модели инвалидности (медицинская и социальная модели) для изучения фундаментальных принципов существующей системы АТ в Канаде.

**Результаты:** Существующая система АТ не отражает продвижения общества в понимании инвалидности, поскольку традиционные подходы, которые рассматривают инвалидность в качестве медицинской модели инвалидности и связывают АТ с клиническим диагнозом для уменьшения дисфункции, вызванной инвалидностью, продолжают преобладать в существующей системе, являясь результатом неполноценной и дискриминационной политики (4,5). Системы АТ,

основанная на устаревшей идеологии восприятия инвалидности, неизбежно повышает ценность профессиональных экспертов здравоохранения и органов исполнительной власти в отношении значимого выбора и предпочтений пользователей АТ на основе накопленного опыта и приоритетных ценностей АТ с точки зрения результатов, связанных со здоровьем, качеством жизни и удовлетворением потребностей (4). Таким образом, нынешняя канадская система АТ отказывает своим потребителям, их личной независимости и властям, принимающим решения, что приводит к дальнейшему бессилию и силовому неравенству.

**Вывод:** Для того, чтобы перестроить канадскую непригодную систему АТ, мы должны сначала пересмотреть формулировку инвалидности в рамках системы АТ и перенаправить ее из медицинской модели инвалидности в социальную, тем самым встряхнув свой базовый принцип для новой формулировки политической и социальной стратегиям, которая привела к структурной дискриминации в системе АТ.

**Background and aims:** Current Canadian assistive technology (AT) system described as underfunded (1); highly fragmented, restricted, variable and complex (1-3); poorly coordinated between federal, provincial and territorial governments (1,2); and lacking central engagement of AT users (1-3). In order to improve AT system, we need to move beyond traditional 'bandage' solutions and re-examine ideological standards which current AT system is rooted in. The aim of this paper is to examine how a dominant formulation of disability impacts current AT system.

**Methods:** This paper draws on various conceptual models of disability (individual and social pathology) to explore foundational underpinnings of current assistive technology system in Canada.

**Results:** Current AT system is not reflective of society's advances in understanding of disability as traditional approaches, which assume disability as individual pathology and link AT to a clinical diagnosis to reduce dis-function brought about by disability, continue to dominate the current

system, resulting in inferior and exclusionary policies (4,5). The grounding of the AT system in the out-dated ideology of perceiving disability inevitably puts greater value on healthcare professionals' expertise and decision making authority over AT users' meaningful choice and preference based on lived experience and prioritizes AT value in terms of health outcome over quality of life and satisfaction (4). Therefore, the current Canadian AT system denies its users, decision-making authority and personal autonomy, leading to further disempowerment and power inequality.

**Conclusion:** In order to readdress Canadian insufficient AT system, we must first shift the formulation of disability within the AT system from individual to social pathology, therefore shaking its foundational framework to reformulate political and social policies that led to structural discrimination within the AT system in the first place.

#### References:

1. Gordon, P., Kerzner, L., Sheldon, T., & Hansen, E. (2007). Assistive Devices in Canada: Ensuring Inclusion and Independence. ARCH Disability Law Centre, Toronto, Ontario.
2. Durocher, E., Wang, R., Bickenbach, J., Schreiber, D., & Wilson, M. (2017). 'Just access? Questions of equity in access and funding for assistive technology. Ethics and Behaviour, DOI: 10.1080/10508422.2017.1396461
3. Schreiber, D., Wang, R., Durocher, E., & Wilson, M. (2017). Access to Assistive Technology in Canada: A jurisdictional scan of programs.
4. Steel, E., & Layton, N. (2016). Assistive technology in Australia: Integrating theory and evidence into action. Australian Occupational Therapy Journal, 63, 381-390
5. Harpur, P. (2012). Embracing the new disability rights paradigm: The importance of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Disability and Society, 27(1), 1-14

Наташа Алтин

## АССИСТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ ПОЖИЛЫХ В КАНАДЕ: БУДУЩЕЕ НАПРАВЛЕНИЕ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ПОЛИТИЧЕСКОЙ СТРАТЕГИИ

Школа здравоохранения Далла-Лана,  
университет Торонто  
Торонто, Канада

Natasha Altin

## ASSISTIVE TECHNOLOGY FOR OLDER ADULTS IN CANADA: FUTURE DIRECTIONS FOR POLICY DEVELOPMENT

University of Toronto, Dalla Lana School  
of Public Health  
Toronto, Canada

**Аннотация:** Доступ к АТ был определен Конвенцией Организации Объединенных Наций о правах инвалидов (КПИ) в качестве обязательства в области прав человека. В настоящем документе используется принцип доступности подхода, основанного на правах человека ООН, и используется современная литература по АТ для изучения существующего доступа к АТ в Канаде. В рамках подхода, основанного на правах человека ООН освещают неравенство доступа АТ в четырех измерениях доступности. Несмотря на то, что благодаря глобальным инициативам наблюдается активное стремление к потенциалу АТ, местные канадские политики и программы не адаптировались достаточно быстро, чтобы обеспечить равный доступ к АТ, что привело к дальнейшему усилению неравенства.

**Abstract:** Access to AT has been identified by the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities (UNCRPD) as a human rights obligation. This paper draws on the accessibility principle of the United Nation's Human Rights-Based Approach (HRBA) and current literature on AT to examine current access to assistive technology in Canada. The HRBA framework illuminates AT access inequities in four dimensions of accessibility. Although, there has been an eager uptake of AT potential by global initiatives, the local Canadian policies and programs have not adapted quickly enough to insure equitable AT access leading to further amplification of inequities.

**Ключевые слова:** Ассистивные технологии (АТ), КПИ, права человека, равный доступ, адаптация ассистивных технологий.

**Keywords:** assistive technology (AT), UNCRPD, human rights, equitable access, adaptation of assistive technology.

**Введение и цели:** Старение населения Канады является актуальной проблемой. Всемирная организация здравоохранения

предложила ассистивные технологии (АТ) как глобальную стратегию для выравнивания возможностей для пожилых людей путем максимизации функциональных возможностей (1-3). Однако без равного доступа к АТ их преимущества бесполезны. Доступ к АТ был определен Конвенцией Организации Объединенных Наций о правах инвалидов (КПИ) как право человека (3-5). Канада, которая ратифицировала КПИ в 2010 году, обязана сделать АТ доступным для всех (3, 6-7).

Цель настоящей работы состоит в том, чтобы:

1) изучить, является ли нынешний доступ к АТ равным и представляет собой обязательство Канады перед КПИ;

2) описать стратегию изменения политики в рамках АТ.

**Методы:** Данная работа опирается на принцип доступности подхода ООН по правам человека (8) и современную литературу по АТ для изучения доступа к АТ.

**Результаты:** Доступ к АТ неустойчив на всей территории Канады, что приводит к нереализованным потребностям (9-11). Косвенные неравенства в доступе очевидны из-за несоответствий в федеральных положениях, поскольку они применяются только к определенным группам канадцев (10-11). Экономическая (ценовая) доступность является ключевым препятствием для доступа к АТ, что приводит к выбору более доступных, но менее подходящих вариантов АТ, что в свою очередь снижает функциональность и безопасность (9-11). Ограниченный выбор АТ ущемляет возможности пользователей, в результате чего возникают компромиссы, которые не отвечают потребностям пользователей (9-11). Программы АТ практически не интегрируются, что приводит к сложности навигации и отсутствию информационной доступности. (9-11).

**Вывод:** В рамках подхода ООН по правам человека освещено неравенство доступа в четырех измерениях доступности: отсутствие дискриминации; экономическая, физическая и информационная доступность. Существующий доступ к АТ не обеспечивает адекватной

поддержки обязательств Канады по отношению к КПИ. Для максимизации потенциала и устойчивости технологий, имеется срочная необходимость в содействии развитию и внедрению политики, обеспечивающей равный доступ к АТ.

**Background and aims:** Ageing of Canada's population is a pressing imperative. Assistive technology has been proposed by the World Health Organization as a global strategy to equalize opportunities for older adults by maximizing functional ability (1-3). However, without equitable access to assistive technology (AT), its benefits are futile. Access to AT has been identified by the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities (UNCRPD) as a human right (3-5). Canada, who has ratified the UNCRPD in 2010, has an obligation to make AT accessible to all (3, 6-7).

The aim of this paper is to:

1) examine if current access to AT is equitable and representative of Canada's obligation to UNCRPD;

2) inform policy change strategy within AT.

**Methods:** This paper draws on the accessibility principle of the United Nation's Human Rights-Based Approach (HRBA) (8) and current literature on AT to examine access to AT.

**Results:** Access to AT is erratic throughout Canada resulting in unmet needs (9-11). Indirect inequities in access are evident through inconsistencies in federal provisions as they apply to only specific subset of Canadians (10-11). Economic accessibility (affordability) is a key barrier to AT access leading to selection of more affordable but less appropriate AT options, therefore decreasing functionality and safety (9-11). Limited selection of AT restricts users' choices, resulting in compromises that do not meet users' needs (9-11). AT programs are highly disintegrated, leading to the lack of information accessibility and difficulty in navigation (9-11).

**Conclusions:** The HRBA framework illuminates AT access inequities in four dimensions of accessibility: non-

discrimination; economical, physical and information accessibility. Current access to AT does not adequately support Canada's obligation to UNCRPD. To maximize the promise and sustainability of technology, there is an urgent need to facilitate development and uptake of policies that enhance equitable access to AT.

#### References:

1. World Health Organization. (2017). Global research, innovation and education in Assistive Technology: GREAT summit 2017 report. Geneva, Switzerland: Natasha Layton.
2. World Health Organization. (2016). Assistive technology: Fact sheet. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/assistive-technology/en/>
3. Khasnabis, C., Mizra, Z., & MacLachlan, M. (2015). Opening the GATE to inclusion for people with disabilities. *The Lancet*, 386, 2229-2230
4. World Health Organization. (2014). Concept note: Opening the GATE for assistive health technology: Shifting the paradigm. Retrieved from [http://www.who.int/phi/implementation/assistive\\_techology/concept\\_note.pdf](http://www.who.int/phi/implementation/assistive_techology/concept_note.pdf)
5. Tebbutt, E., Broadmann, R., Borg, J., MacLachlan, M., Khasnabis, C., & Horvath, R. (2016). Globalization and Health, 12(79), 1-6
6. Council of Canadians with Disabilities. (2010). Canada ratifies United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Retrieved from <http://www.ccdonline.ca/en/international/un/canada/crpd-pressrelease-11March2010>
7. Government of Canada. (2014). Convention on the Right of Persons with Disabilities. First report of Canada
8. OHCHR. (2006). Frequently Asked Questions on a Human Rights-Based Approach to Development Cooperation. New York & Geneva: United Nations.
9. Gordon, P., Kerzner, L., Sheldon, T., & Hansen, E. (2007). Assistive Devices in Canada: Ensuring Inclusion and Independence. ARCH Disability Law Centre, Toronto, Ontario.
10. Durocher, E., Wang, R., Bickenbach, J., Schreiber, D., & Wilson, M. (2017). 'Just access? Questions of equity in access and funding for assistive technology. *Ethics and Behaviour*, DOI: 10.1080/10508422.2017.1396461
11. Schreiber, D., Wang, R., Durocher, E., & Wilson, M. (2017). Access to Assistive Technology in Canada: A jurisdictional scan of programs.

Хорхе Летечипиа

**ПРИМЕНЕНИЕ УСЛУГ  
ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ.  
МЕЖВЕДОМСТВЕННАЯ МОДЕЛЬ**

Университет Иberoамерикана, Мехико, Мексика

Jorge Letechipia, Prof. Dr.

**IMPLEMENTING ASSISTIVE  
TECHNOLOGY SERVICES. A  
COLLABORATIVE MODEL**

Universidad Iberoamericana, Mexico City, Mexico

**Аннотация:** В данной работе представлены общие аспекты внедрения ассистивных технологий (АТ) в нескольких странах Латинской Америки. Описаны три процесса: проектирование АТ-устройств, создание сети программ предоставления услуг и создание программы сертификации для рекомендаций АТ-устройств в соответствии со Списком приоритетных вспомогательных устройств ВОЗ.

Результаты описывают примеры АТ-устройств, которые были разработаны и используются сетью, а также общие сведения о программе сертификации.

**Abstract:** This paper presents general aspects regarding implementing Assistive Technology (AT) services in several Latin American countries. Three processes are described; design of AT devices, establishing a network of service delivery programs and creating a certificate program to recommend AT devices according with the WHO Priority Assistive Products List.

Results describe examples of AT devices that have been developed and are used by the network, as well as general details regarding the certificate program.

**Ключевые слова:** ассистивные технологии, предоставление услуг, процесс сертификации

**Keywords:** assistive technology, service delivery, certificate process

**Введение и цели:** Инвалидность препятствует участию индивидуумов условием, отношением или барьерами, налагаемыми другими [1]. Если окружающая среда является доступной, социальные отношения являются положительными, а государственная политика и услуги являются всеобъемлющими, то инвалидность значительно снижается [2, 3].

В Мексике 9% населения испытывают трудности с мобильностью или повседневной деятельностью [4].

Ассистивная технология (АТ) означает набор устройств, услуг и стратегий [5]. При правильной рекомендации АТ дает отдельному человеку возможности и обеспечивает его автономию [6, 7].

Рекомендации АТ требуют публичных законов, обученного персонала, экономически доступных АТ и спонсоров. Целью этого проекта было разработать и внедрить программы АТ и предоставления услуг для людей с ограниченными возможностями, проживающих в странах Латинской Америки.

**Методы:** Были реализованы три параллельных процесса:

- Качественные, недорогие устройства АТ были разработаны с использованием установленных методов проектирования [8,9]

- Одновременно в Мексике, Колумбии, Эквадоре и Перу была реализована сеть программ предоставления услуг,

- Была внедрена программа сертификатов, позволяющая определять характеристики рекомендованных базовых АТ-устройств в соответствии со Списком приоритетных вспомогательных устройств ВОЗ [10].

**Результаты:** Была создана сеть развития АТ. Было разработано несколько АТ, в том числе системы для изготовления контурных сидений и программного обеспечения для назначения инвалидных колясок. Был создан АТ-сертификат. Сертификат имеет официальную юридическую силу.

**Вывод:** Преимущества предоставления АТ хорошо известны [11], однако очень сложно подталкивать систему общественного здравоохранения, чтобы она обеспечивала АТ своим гражданам. В странах Латинской Америки университеты могут играть центральную роль в подготовке своих экспертов и разработке АТ. Наличие сертифицированных профессионалов и доступных на местном уровне АТ будет способствовать соблюдению прав людей с ограниченными возможностями по отношению к АТ. Когда будут внедрены

все компоненты предоставления услуг, люди с ограниченными возможностями смогут в полной мере участвовать в образовательных, социальных и связанных с работой мероприятиях.

**Background and aims:** Disability results when participation of individuals is prevented by condition, attitudes or barriers imposed by others [1]. If the environment is accessible, social attitudes are positive and public policy and services are inclusive, disability is greatly reduced [2, 3].

In Mexico 9% of the population experiences difficulty with mobility or activities of daily living [4].

Assistive Technology (AT) refers to a collection of devices, services and strategies [5]. When properly recommended, it empowers the individual and provides autonomy [6, 7].

The recommendation of AT requires public laws, trained personnel, commercially available AT and sponsors. The aim of this project was to design and implement AT and service delivery programs for people with disabilities living in Latin American countries.

**Methods:** Three parallel processes were implemented:

- Quality, low cost AT devices were developed using established design methods [8,9]

- Simultaneously, a network of service delivery programs was implemented in Mexico, Colombia, Ecuador and Peru,

- A certificate program was implemented to recognize proficiency in recommending basic AT devices according with the WHO Priority Assistive Products List [10].

**Results:** An AT development network has been established. Several assistive technologies have been developed, including systems to fabricate contoured seating and software to prescribe wheelchairs. An AT certificate was created. The certificate carries official validity.

**Conclusions:** The benefits of providing AT are well known [11], however, it is remarkably difficult to move a public health system to provide AT to its citizens. In Latin American countries, universities can play a

central role training their experts and developing assistive technologies. Having certified professionals and locally available AT will encourage people with disabilities to demand their AT rights. When all the service delivery components be implemented, people with disabilities will be able to fully participate in educational, social and work related activities.

1. Convention on the Rights of Persons with Disabilities.

<http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>, Accessed March 1st 2018,

2. Schneidert, M.; Hurst, R; Miller, J. Üstün, B. The role of Environment in the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Disability and Rehabilitation*. 2003; Vol. 25, No. 11-12, 588-595.

3. Mualla, E. Conceptual challenges between universal design and disability in relation to the body, impairment, and the environment. *Middle East Technical University. Journal of the Faculty of Architecture*. 2011/2 (28:2) 181-203.

4. Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño 2003. Secretaría de Salud. México.

5. International Standard ISO 9999: 2007. Assistive products for persons with disability. Classification and terminology.

6. Bernd, T; Van der Pijl, D; de Witte, L. P. Existing models and instruments for the selection of assistive technology in rehabilitation practice. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2009; 16: 146-158.

7. Lewis, Allen N.; Cooper, Rory A.; Seelman, Kate D.; Cooper, Rosemarie; Schein, Richard M. Assistive Technology in Rehabilitation: Improving Impact Through Policy. *Rehabilitation Education*, Volume 26, Number 1, pp.19-32, 2012.

8. Ulrich K.T. and Eppinger S.D. 2008 *Product Design and Development* 5th Ed. New York, USA McGraw-Hill Education.

9. Pugh S. 1996 *Creating Innovative Products Using Total Design Reading* Massachusetts, USA Addison-Wesley Publishing Company.

10. World Health Organization Priority Assistive Products List.

[http://www.who.int/phi/implementation/assistive\\_technology/global\\_survey-apl/en/](http://www.who.int/phi/implementation/assistive_technology/global_survey-apl/en/) Accessed March 1st, 2018.

11. Stumbo, N. J.; Martin, J. K.; Hedrick, B. N. Assistive technology: Impact on education, employment, and independence of individuals with physical disabilities. *Journal of Vocational Rehabilitation* 30 (2009) 99-110 DOI 10.3233/JVR-2009-0456 IOS Press

Кароль Е.В.<sup>1,2</sup>, Абросимов А.В.<sup>1</sup>,  
Попова Н.В.<sup>1</sup>, Мартынов А.С.<sup>1</sup>

## ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В 2015-2017 ГОДАХ

<sup>1</sup>ФКУ ГБ МСЭ по г. Санкт-Петербургу  
Минтруда России

<sup>2</sup>ГБОУ СЗГМУ им. И.И. Мечникова  
Россия, Санкт-Петербург

Carol E.V.<sup>1,2</sup>, Abrosimov A.V.<sup>1</sup>,  
Popova N.V.<sup>1</sup>, Martynov A.S.<sup>1</sup>

## THE MAIN DIRECTIONS OF REHABILITATION OF DISABLED PEOPLE IN ST. PETERSBURG IN 2015-2017

<sup>1</sup>Chief Bureau of Medical and Social Expertise the city  
of St. Petersburg

<sup>2</sup>North-Western state medical University n. I.I.  
Mechnikov, St. Petersburg, Russia  
Russia, St. Petersburg

**Аннотация:** Анализируются основные направления и виды реабилитации, рекомендованные инвалидам старше 18 лет в индивидуальных программах реабилитации и абилитации в Санкт-Петербурге в 2015-2017 гг. Установлено, что большинство ИПРА разрабатываются при повторных освидетельствованиях. Проанализирована структура ИПРА в зависимости от групп инвалидности и по основным направлениям реабилитации, видам технических средств реабилитации.

**Abstract:** Analyzes the main directions and types of rehabilitation recommended by the disabled persons over the age of 18 in the individual programs of rehabilitation and habilitation in Saint-Petersburg in 2015-2017 found that most of the individual rehabilitation program developed during repeated examinations. The structure of individual rehabilitation program depending on groups of disability and on the main directions of rehabilitation, types of technical means of rehabilitation is analyzed.

**Ключевые слова:** инвалиды, медико-социальная экспертиза, ограничения жизнедеятельности, индивидуальная программа реабилитации, медицинская реабилитация, профессиональная реабилитация, технические средства.

**Keywords:** disabled people, medical and social expertise, disability, individual rehabilitation program, medical rehabilitation, vocational rehabilitation, technical means.

Одним из основных направлений медико-социальной экспертизы (МСЭ) в современных условиях является определение потребности инвалидов в комплексе реабилитационных мероприятий. В СПб в 2015-2017 гг. инвалидам старше 18 лет было разработано 197944 ИПРА; из них 68,3% при повторном проведении МСЭ. 43,5% ИПРА разработано инвалидам II группы; 41,5% - III группы.

Медицинская реабилитация (МР) рекомендована 99,9% инвалидов; санаторно-курортное лечение (СКЛ) - 59,7%. В качестве профессиональной реабилитации (ПР) 61,6% инвалидов было рекомендовано содействие в трудоустройстве; в том числе в обычных производственных условиях - 40,5%, в специально созданных или на дому - 40,1%.

Анализ рекомендаций в ИПРА по обеспечению инвалидов техническими средствами реабилитации (ТСР) показал снижение за 3 года удельного веса ИПРА с рекомендациями по обеспечению ТСР к общему количеству разработанных ИПРА: от 50,4% в 2015 г. до 44,9% в 2017 г. при снижении абсолютного числа ИПРА с рекомендациями по обеспечению ТСР в 1,3 раза. По РФ в 2016 году данный показатель составлял 35,3%; в Северо-Западном Федеральном округе - 40,8%.

К наиболее востребованным видам ТСР относятся: трости опорные (48,4%); обувь ортопедическая (9,6%), подгузники (18,3%), поручни (16,0%); кресла-коляски с ручным приводом комнатные (9,8%) и прогулочные (9,1%); слуховые аппараты (8,5%). По указанным видам ТСР в 2015-2017 гг. отмечается превышение показателей по сравнению со среднестатистическими в РФ. Наиболее вероятные причины указанного превышения следующие:

- высокая доля среди населения Санкт-Петербурга лиц пенсионного возраста (26,2%);

- преимущественная разработка ИПРА при повторном освидетельствовании, вследствие чего ранее рекомендованные ТСР вновь вносятся в статистическую отчетность;

- достаточно высокий удельный вес инвалидов I и II групп, что обуславливает соответствующую структуру ограничений жизнедеятельности наличие медицинских показаний к обеспечению соответствующими ТСР.

Выводы. Вопросы реабилитации инвалидов в настоящее время имеют высокую социальную значимость. В СПб в 2015-2017 гг. приоритетными направлениями реабилитации, рекомендованные инвалидам старше 18 лет в ИПРА, были МР (в том числе СКЛ), ПР, обеспечение ТСР, среди которых наиболее востребованы компенсирующие ограничение способности к передвижению и самообслуживанию.

УДК 004.9

Соловьева В. А.

**ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ  
МЕЖДУНАРОДНОГО СОЮЗА  
СВЯЗИ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ  
ДОСТУПА К ИКТ ДЛЯ ЛЮДЕЙ С  
ОГРАНИЧЕННЫМИ  
ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

Международный союз электросвязи,  
ЗО для стран СНГ  
Россия, Moscow

Soloveva V.A.

**ITU ACTIVITIES IN THE FIELD OF  
ICT ACCESSIBILITY**

International Telecommunication Union,  
Area Office for CIS  
Russia, Москва

**Аннотация:** Основная деятельность МСЭ по продвижению доступных ИКТ заключается в предоставлении специализированных знаний Государствам-Членам для помощи в реализации инициатив в области доступных ИКТ; организации обучающих мероприятий и проведении учебно-разъяснительной работы, направленной на популяризацию доступных ИКТ в правительственных и регуляторных

органах, в производстве, в частном секторе и НКО; разработке информационных ресурсов, которые способствовали бы пониманию вопросов доступности ИКТ.

**Abstract:** ITU assists its ITU Members in designing policies and implementing strategies to promote and implement services and solutions that provide access to telecommunications ICT for PwD share good practices at global level. ITU-D works to make technology and content accessible to ALL so contribute to build an inclusive society!

**Ключевые слова:** МСЭ, ЛОВЗ, ИКТ доступные, вспомогательные и доступные с финансовой точки зрения, популяризировать доступность ИКТ, ЦУР, проводить учебно-разъяснительную работу, приобщение к активной социальной жизни, доступ к информации, рынку труда

**Keywords:** ITU, PwD, Accessible, Assistive and Affordable ICT, promote ICT accessibility, SDG, raise awareness, social inclusion, access to information, communication, trade market, UN CRPD

Международный союз электросвязи (МСЭ) – это специализированное агентство ООН, занимающееся развитием информационно-коммуникационных технологий.

Структура МСЭ включает в себя три сектора: Сектор развития электросвязи (МСЭ-D), Сектор стандартизации электросвязи (МСЭ-T), Сектор радиосвязи (МСЭ-R) и Генеральный секретариат, который обеспечивает межсекторальную координацию внутри организации.

Одним из важнейших направлений деятельности МСЭ-D является повышение доступности цифровых технологий для людей со специфическими нуждами (женщин, детей, молодежи, людей с ограниченными возможностями, коренных народов) и использованию ИКТ для экономического и социального развития этих людей.

В числе стратегических целей МСЭ Цель 2: Открытость (inclusiveness): Сократить цифровой разрыв и обеспечить широкополосную связь для всех. К 2020 году во всех странах должна быть создана благоприятная среда, обеспечивающая доступную электросвязь/ИКТ для людей с ограниченными возможностями.

Повышение доступности цифровых технологий означает расширение прав и

возможностей людей благодаря информационно-коммуникационным технологиям (ИКТ).

Деятельность МСЭ в области повышения доступности цифровых технологий направлена на популяризацию доступности ИКТ и использования ИКТ для социального и экономического развития людей со специфическими нуждами (ЛОВЗ, коренных народов и людей, живущих в сельских районах; женщин и девушек и детей и молодежь).

Участвуя в глобальных усилиях по повышению доступности цифровых технологий, МСЭ действует в соответствии с ЦУР 10: Сокращение неравенства и Конвенцией ООН о правах инвалидов (CRPD) (Статьи 9 и 30).

С учетом важности доступа к ИКТ для ЛОВЗ для получения информации, образования, трудоустройства, здравоохранения, социальной интеграции и экономического развития, МСЭ придерживается принципа 3А (Accessible, Assistive and Affordable): ИКТ – доступные, ассистивные и доступные с финансовой точки зрения.

Основная деятельность МСЭ по продвижению доступных ИКТ заключается в предоставлении специализированных знаний Государствам-Членам для помощи в реализации инициатив в области доступных ИКТ; организации обучающих мероприятий и проведении учебно-разъяснительной работы, направленной на популяризацию доступных ИКТ в правительственных и регуляторных органах, в производстве, в частном секторе и НКО; разработке информационных ресурсов, которые способствовали бы пониманию вопросов доступности ИКТ. Консультирование членов МСЭ проводится в рамках 1-й Исследовательской комиссии Сектора развития электросвязи: Вопрос 7/1: «Доступ к услугам электросвязи/ИКТ лиц с ограниченными возможностями и особыми потребностями».

Делая технологии и контент доступными для ВСЕХ, МСЭ таким образом способствует построению общества, предоставляющего равные возможности для всех!

УДК 339.138

Гордеева А.А., Давыдов А.Т.

## САЙТ ОРГАНИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИИ КАК ИНСТРУМЕНТ КОММУНИКАЦИИ С ПАЦИЕНТОМ

ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта

Минтруда России

Россия, Санкт-Петербург

Gordeeva A.A., Davydov A.T.

## THE ROLE OF THE REHABILITATION ORGANIZATION SITE IN COMMUNICATION WITH PATIENTS

Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht" of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation  
Russia, St. Petersburg

**Аннотация:** За последние годы в мире значительно выросла доступность современных компьютерных технологий, как следствие растет интернет-активность населения. По опросу пациентов, записывающихся на прием в поликлинику ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, в январе-марте 2018 года 61% из них узнали о предоставляемых услугах через интернет. Перед походом в клинику 80% российских пользователей ищут о ней информацию в Интернете [1].

**Abstract:** In recent years, the world has significantly increased the availability of modern computer technology, as a result of increasing Internet activity of the population. According to a survey of patients who make an appointment at the clinic Federal State Budgetary Institution «Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht» of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation, 61% of them learned about the services provided via the Internet.

**Ключевые слова:** сайт организации, коммуникация с пациентом, информационные технологии.

**Keywords:** the organization's website, communication with the patient, information technology.

Важным инструментом коммуникации организации реабилитации является Интернет сайт. Наполнение сайта медицинской и реабилитационной организации регламентируется следующими

нормативными документами: федеральный закон №323 от 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказ МЗ N 956н от 2014 года «Об информации, необходимой для проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, и требованиях к содержанию и форме предоставления информации о деятельности медицинских организаций, размещаемой на официальных сайтах МЗ РФ», органов государственной власти субъектов российской Федерации, органов местного самоуправления медицинских организаций в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет». [2]

Для положительной коммуникации с пациентами к сайту организации реабилитации должны быть поставлены четкие задачи и определены целевые аудитории.

Контент сайта должен быть полезный и доверительный, полная информация, визуализация[3], с контактными данными и фотографиями специалистов. Оптимально размещать лицензии, сертификаты, дипломы сотрудников. Функционал сайта – на сайте должна быть форма обратной связи, форма поиска по тексту, форма для отзывов, контактная информация (адрес, схема проезда, телефон, электронная почта, время приема граждан). Для коллег-специалистов рекомендуется организовывать личный кабинет. Юзабилити (удобство пользования) должно включать понятную навигацию, связку сайта с официальными группами в социальных сетях[4].

Вывод: таким образом, сегодня сайт организации реабилитации является важным инструментом коммуникации с пациентами.

Список литературы:

1. Журнал «Медицинский маркетинг» №5 (6) 2014
2. Федеральный закон №323 от 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
- Приказ Министерства Здравоохранения N 956н от 2014 года «Об информации, необходимой для проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, и требованиях к содержанию и форме предоставления информации

о деятельности медицинских организаций, размещаемой на официальных сайтах МЗ РФ»

3. Манн И. Маркетинг без бюджета – Москва: Манн, Иванов и Фербер, 2015. - С.175-178

4. Румянцев Д. Продвижение бизнеса в Вконтакте. Новые практики и технологии. – СПб.: Питер, 2017. – С.30-39

УДК 364.3

Крюкова Т. А.

## **ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МАТЕРИНСКОГО КАПИТАЛА ДЛЯ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ И ИНТЕГРАЦИИ В ОБЩЕСТВО ДЕТЕЙ- ИНВАЛИДОВ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ**

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение социального обслуживания населения

«Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Невского района

Санкт-Петербурга»

Россия, Санкт-Петербург

Kryukova T. A.

## **THE PROSPECTS OF USING MATERNITY CAPITAL FOR SOCIAL ADAPTATION AND INTEGRATION INTO SOCIETY THE DISABLED KIDS IN ST.PETERSBURG**

St. Petersburg state social-care budgetary institution

"Social Rehabilitation Centre for disabled children and persons with disabilities of Nevsky district in St.

Petersburg"

Russia, St. Petersburg

**Аннотация:** По состоянию на конец 2017 года в Санкт-Петербурге проживает более 15 тысяч детей-инвалидов, но только четыре семьи в течение года воспользовались правом использовать материнский капитал для улучшения качества жизни своих детей. Расширение перспектив использования сертификата семьями с детьми с особыми потребностями для социальной адаптации и интеграции детей-инвалидов связано с представлением необходимой информации по вопросу возможных затрат по материнскому капиталу.

**Abstract:** More than 15,000 of disabled children live in St. Petersburg, but only four families executed their right to convert their maternity capital to improve the quality of life of their

children. The prospect of using this certificate by families with special needed kids related to financial expenses at the moment of buying goods and lack of information.

**Ключевые слова:** материнский капитал, дети-инвалиды, социальная адаптация, качество жизни, сертификат, государственная поддержка, перспективы материнского капитала.

**Keywords:** maternity capital, disabled children, social adaptation, quality of life, certificate, state support, prospects of maternity capital

С 2016 года одной из дополнительных мер государственной поддержки семей, имеющих детей-инвалидов стала возможность использовать средства материнского (семейного) капитала (далее – МСК) на приобретение товаров и услуг, предназначенных для социальной адаптации и интеграции детей-инвалидов в общество.

При постоянном совершенствовании и развитии социальной поддержки населения в Санкт-Петербурге появляется все больше возможностей для социальной адаптации людей с ограниченными возможностями здоровья и, что особенно важно, детей-инвалидов. Перечень товаров и услуг, предназначенных для социальной адаптации и интеграции в общество детей-инвалидов, утвержден распоряжением Правительства Российской Федерации от 30.04.2016 г №831-р.

Процесс направления материнского капитала на обеспечение потребностей ребенка-инвалида осуществляется в рамках Правил, утвержденных постановлением Правительства РФ № 380 от 30.04.2016.

В Невском районе Санкт-Петербурга проживает более 1300 детей-инвалидов. 20% из них живут в семьях с двумя и более детьми, имеющими сертификат МСК. Но с момента нововведения единичные семьи в городе воспользовались правом использовать средства МСК для улучшения качества жизни их детей.

В первую очередь, это связано с тем, что владелец сертификата должен за свои средства приобрести товар, рекомендованный в индивидуальной программе реабилитации и абилитации, после чего пройти процедуру сбора и подачи

документов для компенсации расходов средствами сертификата.

Во-вторых, до сих пор в широком доступе нет пояснений к Перечню товаров и услуг, в связи с чем родители опасаются покупать за собственные средства товар, за который не смогут получить компенсацию. Опрос родителей детей-инвалидов в Невском районе показал, что при решении хотя бы одной из озвученных проблем более 18% семей готовы приобрести товары, необходимые для улучшения качества жизни и социальной адаптации их детей.

Таким образом, перспективы использования МСК семьями, имеющими детей с особыми потребностями, связаны с отсутствием информации и разъяснений по применению Перечня. Для активизации применения Правил необходимо дальнейшее проведение работы по массовому информированию о дополнительных мерах государственной поддержки семей с детьми-инвалидами и разработка четкой процедуры компенсации расходов средствами сертификата.

УДК 316.454.7

Герашенко Л. И.

## **САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ ИНВАЛИДОВ: СОЦИАЛЬНЫЕ УСТАНОВКИ И РЕАЛЬНОСТЬ**

ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта  
Минтруда России  
Россия, Санкт-Петербург

Gerashchenko L.I.

## **INDEPENDENT LIFESTYLE OF PERSONS WITH DISABILITIES: SOCIAL ATTITUDES AND REALITY**

Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific  
Centre of Rehabilitation of the Disabled named after  
G.A. Albrecht" of the Ministry of Labour and Social  
Protection of the Russian Federation  
Russia, St. Petersburg

**Аннотация:** В статье самостоятельный образ жизни рассматривается как целевая установка и результат социальной политики в отношении

инвалидов. Проведен анализ понятий «качество жизни», «независимая жизнь», «активный образ жизни», представлены статистические данные о положении инвалидов в российском обществе.

**Ключевые слова:** права инвалидов, самостоятельный образ жизни, доступность, вспомогательные услуги, услуги и объекты коллективного пользования

**Abstract:** In the article an independent lifestyle is regarded as a target setting and a result of social policy towards disabled people. The concepts “life quality”, “independent life”, “active way of life” are analyzed, statistical data on the situation of disabled people in the Russian society are presented.

**Keywords:** rights of persons with disabilities, an independent lifestyle, accessibility, support services, services and facilities of collective use.

Многогранность и многофакторность проблемы реализации прав инвалидов в Российской Федерации диктует потребность уточнения тех целевых установок социальной политики, которые в полной мере могут отражать и ее эффективность. На наш взгляд, ключевым аспектом в обосновании результативности социальных мер, предпринимаемых в отношении инвалидов, может рассматриваться их способность вести независимую жизнь, принимать активное участие в экономических, политических и социальных процессах.

В Конвенции ООН о правах инвалидов подчеркивается важность для инвалидов их личной самостоятельности и независимости, включая свободу делать свой собственный выбор. В статье 19 самостоятельный образ жизни определяется через наличие у инвалидов возможности «выбирать наравне с другими людьми свое место жительства и то, где и с кем проживать», иметь доступ к разного рода вспомогательным услугам на базе местного сообщества, а также услугам и объектам коллективного пользования.[2]

Научное осмысление различных аспектов самостоятельного образа жизни инвалидов отражают концепции качества жизни и независимой жизни.

Концепция качества жизни получила широкое признание в России в последние десятилетия. Качество жизни в ее рамках

рассматривается как сложное интегральное понятие. В науке принято выделять два методологических подхода или две стороны изучения качества жизни. В том случае, когда внимание исследователей сосредоточено на изучении среды обитания человека, экологических, социальных, экономических, демографических условий, в которых он живет, речь идет об объективных характеристиках качества жизни населения. В данном аспекте качество жизни выступает как социальная реальность, существующая в конкретно-историческом времени в конкретном социальном пространстве. [4, с. 62.]. А эмпирическую основу исследований формируют, чаще всего, показали статистики. Субъективный подход в изучении качества жизни сосредоточен на выявлении отношения людей к условиям жизни и оценке возможностей их использования для удовлетворения своих потребностей. В этом случае информативную основу, как правило, предоставляют результаты социологических исследований.

Качество жизни инвалидов характеризует уровень удовлетворения потребностей и качество материальных благ (пища, одежда, жилье), безопасность жизни, доступность медицинской и социальной помощи, наличие достаточных условий для получения образования и развития индивидуальных способностей, состояние природной среды, стабильные социальные отношения в обществе. [1, с. 132]

В центре внимания концепции независимой жизни находятся проблемы инвалида в свете его гражданских прав. Независимая жизнь трактуется как возможность инвалида самостоятельно определять стиль своей жизни, принимать решения и управлять жизненными ситуациями. При реализации его прав общество ориентируется на устранение социальных, экономических, психологических и других барьеров. [6]

Понятие «независимая жизнь» предполагает контроль над собственными делами, участие в повседневной жизни общества, исполнение целого ряда

социальных ролей и принятие решений, ведущих к самоопределению и уменьшению психологической и физической зависимости от других. Смысл термина «независимая жизнь» заключается в отсутствии вынужденности или принуждения человека к использованию, посторонней помощи или вспомогательных средств, необходимых для его физического функционирования. [3]

Претворение в жизнь основных положений 19 статьи Конвенции ООН о правах инвалидов нашло отражение в развитии нормативной правовой базы в этой области. Так, например, были:

- разработаны и внедрены в социальную практику законодательные акты, регулирующие отношения в сфере обеспечения жильем инвалидов и семей, имеющих детей-инвалидов, в частности предоставление субвенции на реализацию передаваемых полномочий Российской Федерации из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации (постановление Правительства Российской Федерации от 27 августа 2015 г. N 891);

- с 1 января 2015 года вступил в силу Федеральный закон от 28 декабря 2013 г. N 442-ФЗ "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации", который ввел нормы социального сопровождения граждан, в том числе инвалидов, при предоставлении социальных услуг, предполагающее содействие в оказании медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи, не относящейся к социальным услугам, основывающееся на межведомственном взаимодействии организаций, оказывающих такую помощь.

- утверждены профессиональные стандарты, расширяющие доступ инвалидов к разного рода вспомогательным услугам на базе местного сообщества: «Сопровождающий инвалидов, лиц с ограниченными возможностями здоровья и несовершеннолетних» (приказ от 16 ноября 2015 г. N 871н) и «Тифлосурдопереводчик» (приказ от 17 октября 2016 N 575н);

- регламентированы отношения в области создания и обеспечения деятельности региональных диспетчерских служб по социальному сопровождению инвалидов по слуху (Методические указания от 7 сентября 2015 г.); процессуальные аспекты предоставления социальных услуг на дому, в полустационарной и стационарной формах социального обслуживания (приказы Минтруда России от 24 ноября 2014 г. N 939н, 938н, 935н и от 25 августа 2016 г. N 471).

В целях обеспечения взаимодействия федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, общественных объединений, научных и других организаций при рассмотрении вопросов, связанных с решением проблем инвалидности и инвалидов в Российской Федерации было проведено 13 заседаний Комиссии при Президенте Российской Федерации по делам инвалидов. Были рассмотрены вопросы доступности для инвалидов различных объектов и услуг. В частности, организация и доступность образования детей с инвалидностью в дошкольных учреждениях и школах; создание условий для участия инвалидов и других маломобильных групп населения в культурной жизни общества; формирование современной отрасли производства товаров для лиц с ограниченными возможностями здоровья; подготовка нормативно-правовых актов, планов мероприятий («дорожных карт») и административных регламентов по повышению доступности для инвалидов объектов социальной, инженерной, жилищной, транспортной инфраструктур и услуг, обеспечивающих реализацию Федерального закона № 419-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с ратификацией Конвенции о правах человека»; ход реализации программ сопровождения инвалидов молодого возраста при получении ими профессионального образования и содействия в последующем трудоустройстве и многое другое. [4]

Статистические данные дают разнонаправленную информацию о качестве жизни инвалидов в местном сообществе. Росстат отмечает, что число семей инвалидов, состоящих на учете в качестве нуждающихся в жилых помещениях, сокращается. В 2014 г. насчитывалось 145841 таких семей, в 2016 г. - 128379. Получили жилые помещения и улучшили жилищные условия в 2014 г. 6352 семьи, в 2016 г. - 5347. В то же время жилой фонд, в котором проживают семьи, имеющих в своем составе инвалидов, требует пристального внимания. Несмотря на то, что только 7,8% семей, в 2016 г. проживали в домах, построенных до 1970 г., капитального ремонта требуют дома у 36,9% семей. [5]

Важной составляющей жилого помещения является приспособленность его для особых потребностей инвалида. Как показывает статистика чаще всего дома, где проживают инвалиды, оборудованы перилами (у дома, в подъезде). На это указывали около 40% инвалидов-респондентов комплексного наблюдения условий жизни населения как в 2014 г., так и в 2016 г. А вот лифты (подъемниками), пригодными для инвалидных колясок присутствовали в 2014 г. только в домах 2,6% - 2,8% разных типов семей инвалидов. В 2016 г. на присутствие лифтов указали 2,7% (семьи с детьми-инвалидами) - 6,2% (семьи, состоящих из инвалидов и других лиц) участников опроса.

Доступность социальных и медицинских услуг отражает информация о численности инвалидов, обслуживаемых отделениями социального и социально-медицинского обслуживания на дому. По Российской Федерации, число инвалидов, получивших социальные услуги на дому в период с 2014 по 2016 гг. сократилась с 583798 человек до 550821 человек. Численность инвалидов, получивших социально-медицинские услуги с 2013 г. по 2016 г. уменьшилась на 7,19%.

В 2016 г. имели потребность обращения в отделение Пенсионного Фонда 11,4% инвалидов из общего числа опрошенных в возрасте 15 лет и более; в органы социальной защиты населения - 12,3%; в отделение Фонда социального

страхования - 2,5%. Значительное большинство из них смогли это сделать своевременно. Это отметили 97,2% посетителей отделений Пенсионного Фонда; 97,5% органов социальной защиты; 81,5% отделений Фонда социального страхования. Среднее число посещений для решения одного вопроса Пенсионного Фонда составило 1,79 раза; органов социальной защиты - 1,94 раза; Фонда социального страхования - 1,59 раза. Среди причин, по которым инвалиды, нуждающиеся в обращении в учреждения по вопросам социального обеспечения, не смогли это сделать своевременно, чаще всего назывались «отсутствие необходимой информации о работе этих учреждений» (20,4) и «неудобный график работы учреждений» (18,1%).

Значительная доля инвалидов - участников комплексного наблюдения оценивают условия проживания весьма негативно. Такна наличие разного рода проблем, связанных с со своим населенным пунктом (районом проживания) указали в 2014 г. 85,5% инвалидов; в 2016 г. - 80,8%. Более всего их беспокоили «состояние дорог, безопасность дорожного движения» (в 2014 г. эту проблему отметили 64,6% респондентов, в 2016 г. - 66,3%) и «плохая организация работы жилищно-коммунальных служб» (в 2014 г. - 44,0%, в 2016 г. - 40,0%).

Качество жизни и положение индивидов в обществе во многом определяются возможностью их активного участия в различных сферах общественной жизни. Активная жизненная позиция (или активный образ жизни) инвалидов является одним из самостоятельных направлений социальных исследований положения инвалидов в обществе. В этом контексте внимание сосредоточено на собственных усилиях инвалидов, которые проявляются в конкретных действиях при реализации их жизненных целей и ориентиров. Речь идет о формах и методах поиска работы и получении образования; отстаивании своих интересов в судебных инстанциях; участии в различных видах досуговой деятельности (культурных мероприятиях, туризме), в деятельности общественных организаций и

многом другом. При этом учитываются факторы, препятствующие (трудности с передвижением, недоступностью объектов социальной инфраструктуры и т.п.) или способствующие (ассистивные технологии и т.п.) достижению поставленной ими цели.

Согласно комплексному наблюдению условий жизни населения способностью вести активный образ жизни наравне со всеми обладает лишь малочисленная часть инвалидов. В 2014 г. на то, что ведут активный образ жизни, указали лишь 8,5% респондентов; в 2016 г. – всего 5,9%. Значительная же часть участников наблюдения вести активную жизнь не могут по причине возраста и здоровья. В 2014 г. эту причину назвали 87,0% инвалидов; в 2016 г. – уже 89,1%.

Невелика доля инвалидов – членов общественных, добровольных или благотворительных организаций (движений). В 2014г. в деятельности общественных организаций приняли участие 2,8% инвалидов, а 2016г. – 2,9%. Более активны в этом плане были инвалиды в возрасте 35 – 44 года. Доля инвалидов-общественников в этой возрастной группе составляла 3,1% в 2014 г. и 4,4% в 2016 г.

Сегодня становится очевидным, что создание условий для равного доступа инвалидов к различным объектам и услугам, не просто снимает барьеры для реализации ими своих потребностей, но и формирует их активную жизненную позицию, навыки ведения независимой жизни. Рассмотрение данных федеральной статистики и результатов социологических исследований в привязке к нормативным правовым актам, позволяет глубже понять специфику проявления различных аспектов самостоятельного образа жизни инвалидов, проследить эффективность принимаемых мер.

#### Литература

1. Бутрина В.И. Качество жизни инвалидов: анализ современной ситуации в России // Уровень жизни населения регионов России. 2014. № 4 (194). С. 129–137
2. Конвенция о правах инвалидов (принятая Резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 13 декабря 2006 г. N 61/106) // Собрание законодательства РФ. 11.02.2013. N 6. Ст. 468.

3. Котова О. В. Современные модели интеграции инвалидов в социум // Социальная политика и социология №1, 2010. С. 209-218
4. Лига М.Б., Щеткина И.А. Современные социологические концепции качества жизни // Вестник Забайкальского государственного университета. 2012. № 6. С. 55-63
5. Росстат. [Электронный ресурс] // Федеральная служба государственной статистики. URL: <http://www.gks.ru/> (дата обращения 16.02.2018 г.).
6. Ярская-Смирнова Е. Р., Наберушкина Э.К. Социальная работа с инвалидами: Учеб. пособие. Саратов: СГТУ. 2003
7. Комиссия по делам инвалидов. [Электронный ресурс] // Официальный Сайт Президента России. URL: <http://www.kremlin.ru/events/councils/by-council/34> (дата обращения 12.03.2018 г.)

УДК 616-036.86+342.72/73

Свинцов А. А.

## ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ ЖИЗНЬ, УЧАСТИЕ В ЖИЗНИ ОБЩЕСТВА

ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта

Минтруда России

Россия, Санкт- Петербург

Svintsov A.A.

## ASSISTIVE TECHNOLOGIES AND INDEPENDENT LIVING, PARTICIPATION IN SOCIETY

Federal State Budgetary Institution “Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht” of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation  
Russia, St. Petersburg

**Аннотация:** Целью настоящего исследования явился анализ основных принципов и положений Конвенции ООН о правах инвалидов, связанных со вспомогательными технологиями и самостоятельной жизнью и участием в жизни общества.

**Abstract:** The purpose of this study was to analyze the basic principles and provisions of the UN Convention on the rights of persons with disabilities related to ancillary technologies and independent life and participation in society.

**Ключевые слова:** вспомогательные технологии, самостоятельная жизнь, участие в жизни общества

**Keywords:** assistive technology, independent living, participation in society

**Введение.** Принципы и положения Конвенции ООН о правах инвалидов в части статьи 19 самостоятельный образ жизни и участие в жизни общества определяют, что инвалиды являются субъектами прав и их правообладателями. Уважение достоинства, самостоятельности и независимости личности, а также полное и эффективное участие и вовлечение в жизнь общества являются основой права на самостоятельную жизнь и на участие в жизни общины. Следовательно, эти положения статьи Конвенции интегрируют в себе различные принципы и положения различных статей Конвенции. В их реализации особое место занимают вспомогательные технологии.

**Материал и методы.** Материал исследования: принципы и положения Конвенции ООН о правах инвалидов. **Методы исследования:** анализ, синтез, индукция, дедукция.

**Результаты.** Всемирный доклад об инвалидности (2011) утверждает, что нищета среди инвалидов является самой распространенной проблемой и ее устранение способствует социальной изоляции последних. Социальная изоляция приводит к стигматизации, сегрегации и дискриминации. Политика и конкретные планы действий по социальной интеграции инвалидов, в том числе посредством поощрения их права на самостоятельную жизнь, представляют собой эффективный с точки зрения затрат механизм обеспечения осуществления прав, устойчивого развития и сокращения масштабов нищеты.

Статья 19 в Конвенции ООН о правах инвалидов, как представляется, занимает особое интегрирующее положение, будучи результирующей таких положений Конвенции как равенство и недискриминация, доступность, право на жизнь, равенство перед законом, защита личной целостности и другие. Чем выше обеспечено государством право на образование, здоровье, реабилитацию и абилитацию, индивидуальную мобильность и другие положения Конвенции тем, выше

уровень самостоятельной жизни и участия в жизни общества. Взаимозависимости и причинно-следственные закономерности в положениях Конвенции со статьей 19 определяют успешность реализации последней. Право жить независимо и быть включенным в общество может быть реализовано только в том случае, если будут реализованы все экономические, гражданские, социальные и культурные права, закрепленные в этой норме.

Независимая жизнь (самостоятельная жизнь) означает, что инвалиды обеспечены всеми необходимыми средствами (вспомогательными технологиями), позволяющими им осуществлять выбор и контроль над своей жизнью и принимать все решения, касающиеся их жизни. Следовательно, при установлении инвалидности инвалид вправе принимать активное участие в выборе вспомогательных технологий, позволяющих ему в полной мере осуществлять самостоятельный образ жизни и участие в жизни общества, основываясь на правозащитной модели инвалидности. Перечни вспомогательных технологий не должны ограничивать его право на реализацию статьи 19 Конвенции. Как самостоятельная жизнь, так и участие в жизни общества относятся к условиям жизни вне жилых учреждений всех видов.

Политика деинституционализации требует проведения структурных реформ, выходящих за рамки закрытия институциональных структур. Выбор и принятие решения о том, как, где и с кем жить, как представляется, является центральной идеей права жить независимо и быть включенным в общество. Индивидуальные вспомогательные технологии должны рассматриваться как право инвалидов, а не как форма медицинской, социальной или благотворительной помощи. Все вспомогательные технологии должны быть рассчитаны на поддержку жизни, включенной в общину, предотвращая изоляцию и сегрегацию от других в рамках общины, и должны в действительности соответствовать этой цели. Важно, чтобы цель этих вспомогательных технологий заключалась в обеспечении полной

интеграции в общество, а сложившиеся барьеры в этой сфере были преодолены, в том числе поэтапно. Государства-участники, ратифицировавшие Конвенцию ООН о правах инвалидов, должны принять стратегию и конкретный план действий по деинституционализации всех сфер жизни инвалидов.

**Заключение.** Таким образом, при реализации принципов и положений Конвенции необходимо определить критерии и процедуры предоставления доступа к вспомогательным технологиям на недискриминационной основе, объективно и сосредоточить внимание на потребностях лица, а не на его ущербе, руководствуясь подходом, основанным на соблюдении прав человека.

Ричард Фиттон, Эдна Дэйвис

## **МЕДИЦИНСКИЕ ЭЛЕКТРОННЫЕ ЗАПИСИ ПАЦИЕНТА КАК НОВЫЙ ВИД АССИСТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ - ИСТОРИЯ АБИГЕЙЛ**

Великобритания

Richard Fitton, Edna Davies

## **PATIENT'S MEDICAL ELECTRONIC RECORDS AS A NEW ASSISTIVE TECHNOLOGY - ABIGAIL'S STORY**

The United Kingdom

**Аннотация:** Мать реабилитационного пациента использовала мобильные и интернет-технологии для устранения упущений и ошибок в полной клинической записи первичной медико-санитарной помощи. Соответствие процесса ведения электронных записей клиническому и информационному управлению и инициативе ООН и ВОЗ. (1,2)

**Abstracts:** A mother of a rehabilitation patient utilised mobile and internet technology to correct omissions and errors in a complete primary care clinical record, and the process's relevance to clinical and information governance and initiatives of the UN and WHO. (1,2)

**Ключевые слова:** пациенты, электронный медицинские записи, расширение прав и возможностей пациентов, исправление записей, глобальное информационное управление

**Key words:** Patients, electronic medical records, patient empowerment, correcting records, global information governance

**Введение и цели:** Технологические и культурные решения [3, 4, 5, 6], которые находились в онлайн доступе, определение содержания первичной записи в истории болезни людей с ограничениями, Абигейл и предложения по глобальному управлению документами.

### **Методы:**

1. Мама Эдна с дочерью Абигейл со множественными ограничениями, использовала бумажную распечатку, мнение врача общей практики из клиники/ отделения и онлайн доступ из дома для проверки точности и полноты записей в истории болезни. Эдна и врач разрабатывали коды для записи медицинских данных о состоянии дочери Эдны.

2. Д-р Фиттон и Эдна исследовали нормативные данные и стандарты записи истории болезни для определения показателей, позволяющих осуществлять международную обработку данных о здоровье реабилитационных пациентов.

**Результаты:** Некоторые нарушения не могли быть представлены в истории болезни Абигейл, потому что доступные коды показателей были недостаточно полными для записи всех потребностей Абигейл. Некоторые коды для описания не были представлены. История болезни была улучшена после анализа Эдной своих записей.

**Выводы:** Достигнута более точная и полная форма записи. Стандарты ООН для реабилитации должны включать в себя создание точной записи истории болезни, согласно данным полученным от реабилитируемого, человека, ухаживающего за ним или члена семьи.

**Background and aims:** The technological and cultural solutions (3, 4, 5,6,) that were involved in online access to, the verification of its contents of a primary care record of a disabled patient, Abigail and suggestions for global governance of records.

**Methods** 1. The mother, Edna, of a daughter with multiple disabilities, Abigail, used a paper print out, a shared view with the GP at the surgery/office and on line access view from home to check the accuracy and completeness of her daughter's medical record. Edna and the doctor searched the medical record database of codes to select entries for Edna's daughter medical summary.

2. Dr Fitton and Edna searched the statutory information and professional medical record standards to decide which bodies should oversee the international processing of personal health data of patients with rehabilitation needs.

**Results.** Some impairments could not be represented in Abigail's records because the codes available in the record code data base were not sensitive enough to record all of Abigail's needs. Some descriptive codes did not exist. Abigail's record was improved after Edna's examination of its entries.

**Conclusions** A more accurate and complete record was achieved. The UN standards for rehabilitation should include the creation of an accurate medical record with input from the rehabilitee, carer or family member.

#### References:

1. Directive 95/46/EC of the European Parliament and of the Council of 24 October 1995. Official Journal of the European Communities, L 281/31-50, dated 23/11/1995 European Commission COM (2012) 11 final 2012/0011 (COD). Proposal for a REGULATION OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL on the protection of individuals with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data (General Data Protection Regulation)

2. United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities

3. "Sharing electronic records – the patient's view" Informatics in Primary care 2006 14:55-7 PHCSG British Computer Society John Powell, Richard Fitton, Caroline Fitton

4. "Accessing personal medical records online: A means to what ends?" International Journal of medical informatics –Syed Ghulam Sarwar Shah, Richard Fitton, Amir Hannan, Brian Fisher, Terry Young, Julie Barnett

5. "Towards a Partnership of Trust" Medical and Care Compunetics L. Bos and B. Blobel (Eds.) Dr Amir Hannan, B.Sc., M.B. Ch.B, M.R.C.G.P. General Practitioner & Fred Webber, B.Sc., Ph.D. patient

6. "Culture and Change at The Hadfield Medical Centre", Samina Munir Salford Health Informatics Research Environment (Shire) University of Salford

& Dr. Ruth Boaden Manchester School of Management University of Manchester Institute of Science and Technology (UMIST)

УДК 616-036.865

Кожушко Л.А., Владимирова О.Н.,  
Шошмин А.В.

### НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ТЕХНОЛОГИЙ СОПРОВОЖДАЕМОГО ПРОЖИВАНИЯ ИНВАЛИДОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта  
Минтруда России  
Россия, Санкт-Петербург

Kozhushko L.A., Vladimirova O.N.,  
Shoshmin A.V.

### THE NORMATIVE-LAWFUL GUARANTEE OF TECHNOLOGIES OF THE ACCOMPANIED STAY OF INVALIDS IN THE RUSSIAN FEDERATION

Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht" of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation  
Russia, St. Petersburg

**Аннотация:** Реформирование стационарных учреждений социального обслуживания является одной из важных задач государства. Анализ нормативно-правовых актов в области социальной сферы и опыта организации технологий сопровождаемого проживания инвалидов в различных субъектах Российской Федерации показали, что действующее законодательство позволяет осуществлять проекты по внедрению данных технологий, однако требуется решения ряда проблем. Широкое внедрение технологий сопровождаемого проживания будет способствовать улучшению качества жизни людей с

инвалидностью и вовлечению их в жизнь общества.

**Abstract:** Reforming inpatient facilities of social services is one of the important tasks of the state. The analysis of legal and regulatory instruments in the social sphere and experience of organizing technologies of the assisted living for the people with disabilities in the various parts of the Russian Federation, showed that the existing legislation enables to implement projects to introduce such technologies, however, solving a number of problems are required. The widespread adoption of assisted living technology will improve the quality of life for people with disabilities and involve them in the life of society.

**Ключевые слова:** инвалид, сопровождаемое проживание, стационарозамещающие технологии, психоневрологический интернат, социальные услуги.

**Keywords:** invalid, the accompanied stay, the stationsrozameshchayushchie technologies, psychoneurological boarding school, social services.

Одной из важных задач социальной политики государства является реформирование стационарных учреждений социального обслуживания, в частности психоневрологических интернатов, которые не отвечают требованиям ни международного, ни российского законодательства. Люди с инвалидностью находятся в них в полной изоляции, не имеют доступа к театрам, музеям и другим благам цивилизации, лишены личной и семейной жизни.

Конвенция ООН, которую Россия ратифицировала в 2012 году, закрепляет право всех людей с инвалидностью жить в обычных местах проживания, выбирать наравне с другими людьми свое место жительства, где и с кем проживать. Инвалиды не обязаны проживать в каких-то определенных условиях [1].

Право каждого человека на свободное передвижение, выбор места пребывания и жительства гарантирует Конституция РФ [2] и принятый еще до нее, Закон РФ N5242-1 от 25.06.1993 «О праве граждан Российской Федерации на свободу передвижения, выбор места пребывания и жительства в пределах Российской Федерации» [3].

Полностью самостоятельное проживание для человека с тяжелыми и

множественными нарушениями не осуществимо, однако, в условиях сопровождаемого проживания он получает возможность повышать уровень своей самостоятельности в доступной бытовой, досуговой, и иной социальной деятельности, а, следовательно, и проживать вне стационаров.

Создание условий, замещающих обслуживание в стационаре, на сопровождение лиц с инвалидностью в обычных местах проживания способствует их социализации и активному включению в жизнь общества.

В наиболее развитых странах мира проблема проживания людей с инвалидностью путем организации внебольничных форм (Швеция, Франция, Великобритания, Германия, Финляндия) была решена еще в конце прошлого века [4, 5, 6, 7,]. Любой человек в этих странах рассматривается как самостоятельная личность вне зависимости от ее особенностей, имеющая право на жизнь в обществе на основе принятого в мире принципа уважения к человеческому достоинству. Для инвалидов предусмотрены социальные дома с отдельными квартирами и предоставлением услуг по месту жительства. Социологический опрос жителей социальных домов показал, что они предпочитают получать помощь по мере необходимости, а не на регулярной основе как приложение к их жилью [8].

В нашей стране первые проекты по сопровождаемому проживанию инвалидов были реализованы в начале 2000 годов, под руководством общественных организаций в Санкт-Петербурге, Пскове, Москве, Владимире [9].

Все проекты по сопровождаемому проживанию инвалидов были организованы в рамках действующего на тот момент законодательства РФ: приказа № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ» и №122-ФЗ «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» (в 2013 году утратил силу), который предусматривал создание органами исполнительной власти специальных служб социального обслуживания инвалидов [10, 11]. В законе №122-ФЗ было отмечено, что основной формой

социального обслуживания инвалидов является социальное обслуживание на дому, которое направлено «на максимально возможное продление пребывания граждан пожилого возраста и инвалидов в привычной социальной среде в целях поддержания их социального статуса, а также на защиту их прав и законных интересов».

Создание и функционирование социальных квартир коллективного проживания осуществлялось в соответствии с *Жилищным кодексом Российской Федерации* от 29.12.2004 N 188-ФЗ, который определяет выделение жилых помещений для проживания отдельных категорий граждан (специализированный жилищный фонд) [12]. В отдельных субъектах Российской Федерации изданы региональные законы, упрощающие выделение жилья для инвалидов, например в Санкт-Петербурге принят закон от 04.04.2006 № 100-15 «О специализированном жилищном фонде Санкт-Петербурга» [13].

Первый опыт сопровождаемого проживания инвалидов в нашей стране, с одной стороны – доказал эффективность такой технологии социального обслуживания (у большинства инвалидов снизилась потребность в посторонней помощи, увеличился уровень усвоения навыков самообслуживания, бытовой деятельности, общения и др.), а с другой – выявил основные проблемы в ее организации, которые в первую очередь были связаны: с неразработанностью законодательной базы сопровождения. Так, законодательные акты РФ (закон от 02.08.1995 N 122-ФЗ [11] и закон от 17.07.1999 N 178-ФЗ [14]) предусматривали предоставление инвалидам широкого спектра социальных услуг, которые могли бы быть востребованы в условиях сопровождаемого проживания лиц с тяжелыми нарушениями развития. Однако, существующие механизмы реализации данного права не отвечали особым потребностям инвалидов с тяжелыми и множественными нарушениями развития. Согласно, методическим рекомендациям по организации деятельности государственного (муниципального)

учреждения "Комплексный центр социального обслуживания населения" один социальный работник обслуживает 5 – 8 нуждающихся граждан, не реже 3 – 4 раз в неделю [15]. Тогда как при организации проживания инвалидов с тяжелыми и множественными нарушениями необходимо постоянное присутствие социального работника. Кроме того, имело место неприспособленность инфраструктуры для лиц с ограничениями жизнедеятельности, неготовность общества к принятию людей с инвалидностью и низкий уровень готовности самих инвалидов.

За последние пять лет произошли принципиальные изменения в социальной политике государства, активно реформируется законодательство с целью приведения его в соответствие с принципами Конвенции о правах инвалидов: внесены изменения в ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», в котором прописан принцип о не допущении дискриминация по признаку инвалидности [10]. Приняты законы: от 01.12.2014 N 419-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов"[16] и закон от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», который вводит новый термин в наше законодательство «социальное сопровождение» [17]. Социальное сопровождение - содействие в предоставлении медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи, не относящейся к социальным услугам.

С принятием закона возникла правовая основа для проведения мероприятий по сопровождаемому проживанию инвалидов и включение их в планы мероприятий. Обслуживание инвалидов на дому с применением стационарозамещающих технологий является приоритетной формой социального обслуживания [17]. В плане мероприятий (дорожной карте) «Повышение эффективности и качества

услуг в сфере социального обслуживания населения на 2013 - 2018 годы,- одним из контрольных показателей успешной ее реализации стоит оценка количества граждан, нуждающихся в предоставлении услуг в стационарной форме социального обслуживания, а получающих социальные услуги в полустационарной форме и форме социального обслуживания на дому с применением стационарозамещающих технологий» [18].

Большую роль в организации технологий сопровождаемого проживания играют общественные организации, благодаря их инициативе удалось к этой проблеме привлечь внимание Президента РФ. В июле 2017 года после встречи с представителями НКО в Карелии президент дал поручение (от 23.08.2017 г. ПР 1650 п.1а) «закрепить на нормативно-правовом уровне различные формы сопровождаемого проживания инвалидов, в том числе такой формы, как сопровождаемое совместное проживание малых групп инвалидов в отдельных жилых помещениях».

В результате Минтруд России утвердил методические рекомендации по организации таких учреждений, в которой расписал технологию социального обслуживания, благодаря которой люди с инвалидностью могут получать различные услуги вне стационарных учреждений [19]. Под сопровождаемым проживанием инвалидов понимается стационарозамещающая технология социального обслуживания, предусматривающая возможность предоставления инвалидам социальных услуг, услуг по реабилитации и абилитации, образовательных услуг и проведения мероприятий по социальному сопровождению инвалидов (содействие в предоставлении медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи, не относящейся к социальным услугам) в целях компенсации (устранения) обстоятельств, которые ухудшают или могут ухудшить условия жизнедеятельности и сохранения пребывания в привычной, благоприятной для него среде, выработки навыков, обеспечивающих максимально возможную самостоятельность в реализации основных жизненных

потребностей (организация быта, досуга, общения и социальных связей), и адаптации к самостоятельной жизни.

Рекомендации Минтруда – это первый шаг на пути реформирования системы стационарных учреждений социального обслуживания.

По утверждению Главы Минтруда, организация сопровождаемого проживания для инвалидов будет проводиться в рамках госпрограммы «Доступная среда», которая продлена до 2025 года. При этом «программа будет переформатирована в большей степени в сферу реабилитационных услуг, таких как обеспечение возможности сопровождаемого проживания инвалидов в привычной и удобной для них среде, форме» - заявил М. Топилин. По его словам, сейчас прорабатывается конструкция, которая в течение пяти лет выстроит технологию и обеспечит ее необходимыми ресурсами.

В настоящее время идет формирование программы на 2019-2021 годы и дорабатываются планы мероприятий («дорожные карты») в социальной сфере.

Таким образом, анализ нормативно-правовых актов в области социальной сферы и опыта организации технологий сопровождаемого проживания инвалидов в различных субъектах Российской Федерации показали, что действующее законодательство позволяет осуществлять проекты по внедрению данных технологий, однако для широкого внедрения требуется решения ряда проблем:

- отсутствие нормативно-правовых условий для организации сопровождаемого проживания инвалидов с тяжелыми нарушениями развития вне стационаров;
- ограниченный диапазон и объем услуг, в соответствии с рекомендованным перечнем услуг в соответствии с приказом № 442 от 28.12.2013 «Об основах социального обслуживания в РФ»;
- отсутствие рынка социальных услуг, социального жилья;
- отсутствие обученных специалистов по предоставлению услуг по сопровождению проживания, занятости;
- межведомственной разобщенностью и др.

Широкое внедрение технологий сопровождаемого проживания, в том числе сопровождаемого проживания малых групп инвалидов в отдельных жилых помещениях, будет способствовать улучшению качества жизни людей с инвалидностью и вовлечению их в жизнь общества.

#### Список использованных источников

- 1 Конвенция о правах инвалидов. - ООН, 2006 г. - URL: [http://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/conventions/disability.shtml](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml) (дата обращения 12.02.2018).
- 2 Конституция Российской Федерации. Принята всенародным голосованием 12.12.1993 (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 г. № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 г. № 7-ФКЗ, от 05.02.2014 г. № 2-ФКЗ, от 21.07.2014 г. № 11-ФКЗ). - URL: [Consultant.ru](http://www.consultant.ru) дата обращения 12.02.2018).
- 3 О праве граждан Российской Федерации на свободу передвижения, выбор места пребывания и жительства в пределах Российской Федерации": закон РФ от 25.06.1993 г. № 5242-1(ред. от 03.04.2017 г.). - URL: [Consultant.ru](http://www.consultant.ru) дата обращения 12.02.2018).
- 4 Обзор: права инвалидов. А как за границей?.- URL: <http://mioby.ru/novosti/obzor-prava-invalidov-a-kak-za-granicej/>(дата обращения 20.02.2018).
- 5 Ванье, Ж. Войти в тайну. Иисус в Евангелии от Иоанна / МОО «Вера и Свет». М., 2013. – 21с.
- 6 Boardman, A. Community in-patient units and halfway hospitals / A. Boardman, R. Hodgson // *Advances in Psychiatric Treatment*. - 2000. - P. 120–127.
- 7 Tanzman, B. An overview of surveys of mental health consumers' preferences for housing and support services / *Hospital and Community Psychiatry*. - 1993. - P. 450–455.
- 8 Rose, D. Nursing doubts / D. Rose, M. Muijen // *Health Services Journal*. - 1997. - P. 34–35.
- 9 Организация сопровождаемого проживания лиц с тяжелыми и множественными нарушениями развития, Псков. - URL: [http://www.as2006.ru/index.php?option=com\\_content&view=article&id=176:pskovkvart&catid=76:prjdepartm ents&Itemid=143](http://www.as2006.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=176:pskovkvart&catid=76:prjdepartm ents&Itemid=143) (дата обращения 20.02.2018).
- 10 О социальной защите инвалидов в Российской Федерации: Федеральный закон от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ (с изм. и доп., вступ. в силу с 06.03.2018 г.). - URL: [Consultant.ru](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/)document/cons\_doc\_LAW\_8559/(дата обращения 12.02.2018).
- 11 «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов»: закон РФ № 122(в 2013 году утратил силу). - URL: <http://base.garant.ru/10103878/> (дата обращения: 10.03.2018).

12 Жилищный кодекс Российской Федерации" от 29.12.2004 N 188-ФЗ(с изм. и доп., вступ. в силу с 11.01.2018). Режим доступа:

13 [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_51057/c7b7d54bb98fd39daf4b04c73897fa605287818d/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_51057/c7b7d54bb98fd39daf4b04c73897fa605287818d/)(дата обращения: 10.03.2018).

14 О специализированном жилищном фонде Санкт-Петербурга Закон Санкт-Петербурга от 04.04.2006 № 100-15 (ред. от 02.12.2015).- URL: [Consultant.ru](http://www.consultant.ru) (дата обращения 20.02.2018).

15 "О государственной социальной помощи" закон РФ N 178 от 17.07.1999 URL:[http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_23735/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_23735/)(дата обращения: 10.03.2018).

16 "Об утверждении методических рекомендаций по организации деятельности государственного (муниципального) учреждения "комплексный центр социального обслуживания населения": постановление Минтруда России от 27.07.99 №32(утратил силу). - URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_25094/10.03.2018/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_25094/10.03.2018/) (дата обращения: 10.03.2018).

17 "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов": закон N 419-ФЗ от 01.12.2014,(с измен. от 24.11.1995) - URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_171577/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_171577/) дата обращения: 10.03.2018).

18 «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» (ред. от 14.11.2017): закон от 28.12.2013 № 442 - URL:[http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_156558/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_156558/) (дата обращения: 10.03.2018).

19 "Об утверждении плана мероприятий ("дорожной карты") "Повышение эффективности и качества услуг в сфере социального обслуживания населения (2013-2018 годы): Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 29.12.2012 г N 650- URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_249353/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_249353/) (дата обращения: 10.03.2018).

20 «Об утверждении методических рекомендаций по организации различных технологий сопровождаемого проживания инвалидов, в том числе такой технологии, как сопровождаемое совместное проживание малых групп инвалидов в отдельных жилых помещениях»: приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14.12.2017 N 847\_- URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_285429/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_285429/) (дата обращения: 10.03.2018).

Севастьянов М.А.<sup>1</sup>, Владимирова О.Н.<sup>2</sup>,  
Сарана А.М.<sup>3</sup>, Божков И.А.<sup>4</sup>

## ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРОЦЕССА РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТРАДАВШИХ НА ПРОИЗВОДСТВЕ

<sup>1</sup>Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов»

Минтруда России

<sup>2</sup>ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта

Минтруда России

Россия, Санкт-Петербург

<sup>3</sup>Санкт-Петербургское государственное учреждение здравоохранения «Городская больница №40»

<sup>4</sup>Санкт-Петербургское государственное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника №54»

Sevastianov M.A.<sup>1</sup>, Vladimirova O.N.<sup>2</sup>,  
Sarana A.M.<sup>3</sup>, Bozhkov I.A.<sup>4</sup>

## THE MAIN DIRECTIONS OF IMPROVING THE REHABILITATION PROCESS OF PEOPLE INJURED AT WORK

<sup>1</sup>Federal State Budgetary Institution «Saint-Petersburg Postgraduate Institute of Medical experts» of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation

<sup>2</sup>Federal State Budgetary Institution “Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht” of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation

Russia, St. Petersburg

<sup>3</sup>St. Petersburg State Institution of Healthcare “City Hospital №40”

<sup>4</sup>St. Petersburg State Institution of Healthcare «City polyclinic №54»

**Аннотация:** Тезисы посвящены одной из актуальных проблем связанных со здоровьем и трудоспособностью работающего населения – созданием системы медико-социальной реабилитации пострадавших на производстве. Приведены результаты анализа действующей системы реабилитации пострадавших на производстве. С позиций Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья выявлены, описаны и систематизированы

основные барьеры и недостатки системы, в качестве которых выделены: организационные, кадрово-образовательные, технологические, методические и мотивационные факторы. Организационное совершенствование системы предложено проводить путём создания системы реабилитационного менеджмента, осуществляющей стратегическое, тактическое и оперативно-координационное управление реабилитационным процессом.

**Abstract:** The article is devoted to one of the urgent problems related to health and working capacity of the working population, the creation of a system of medico-social rehabilitation of people injured at work. The results of the analysis of the current system of rehabilitation of people injured at work were given. The main obstacles and system disadvantages were marked out, described and systemized as organizational, personnel, educational, technological, methodological and motivational factors from the position of the International Classification of Functioning, Disability and Health. Organizational system improvement was proposed via creating a system of rehabilitation management, implementing strategic, tactical and operational-coordinating management of the rehabilitation process.

**Ключевые слова:** социальное страхование, пострадавший на производстве, реабилитация, реабилитационный менеджмент, процессное управление, профессиональное заболевание, травма, Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья

**Keywords:** social insurance, a person injured at work, rehabilitation, rehabilitation management, management process, occupation disease, injury, International Classification of Functioning, Disability and Health

Работающие составляют половину мирового населения и вносят основной вклад в экономическое и социальное развитие общества [1]. Одной из главных стратегических угроз национальной безопасности России в области экономики является прогрессирующая трудонедостаточность [2]. Проблемы социальной защиты и реабилитации пострадавших вследствие несчастного случая на производстве или профессионального заболевания имеют значимое социально-экономическое значение, поскольку касаются состояния здоровья трудоспособной части населения, что в условиях прогнозируемого дефицита трудовых ресурсов

приобретает особую актуальность.

Существующий в настоящее время механизм обеспечения реабилитационными мероприятиями застрахованных лиц, получивших повреждение здоровья вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, является составной частью системы государственного социального страхования Российской Федерации, основной субъект которой – пострадавший на производстве.

Службы, административные системы и политика социального страхования, здравоохранения, труда и занятости, а также службы, предлагающие свои услуги по реабилитации пострадавших на производстве, не объединены единой административной системой стратегического, тактического и организационно-координационного управления, что в отсутствие единого координирующего органа, приводит к снижению эффективности реабилитации пострадавших, в первую очередь профессиональной [4, 5].

Организационное совершенствование системы реабилитации необходимо рассматривать через призму индивидуальных потребностей пострадавшего с позиций Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) [6]. Основной целью совершенствования системы как таковой, должно стать устранение барьеров и увеличение количества облегчающих факторов для уменьшения ограничений активности и участия лиц, пострадавших на производстве.

Среди барьерообразующих внешних факторов микросреды, т.е. непосредственно в деятельности главного действующего участника – Фонда социального страхования РФ, можно выделить нижеследующие.

#### 1. Организационные факторы:

– отсутствие утвержденной стратегии и принятых целевых стратегических ориентиров в развитии системы реабилитации;

– отсутствие стратегического управления реализацией различных мероприятий, проектов, программ, на которые выделяется определенный объем финансовых ресурсов, в результате чего они не приносят ожидаемых результатов, т.к.

наблюдается их слабая взаимосвязь и взаимонаправленность;

– отсутствие преемственности в оказании реабилитационных услуг пострадавшим на производстве и единого координирующего реабилитацию пострадавших на производстве органа.

#### 2. Кадрово-образовательные факторы:

– недостаточный уровень обеспеченности специалистами, способным решать задачи по комплексной реабилитации лиц, пострадавших на производстве;

– отсутствие в структурах Фонда социального страхования подразделений, задачей которых является координация реабилитационного процесса.

#### 3. Технологические факторы:

– недостаточно совершенный механизм оплаты необходимых реабилитационных мероприятий Фондом социального страхования;

– низкая вариативность механизмов оплаты.

#### 4. Методические факторы:

– отсутствие стандартов реабилитации пострадавших на производстве и маршрутов движения пострадавших;

– отсутствие порядков оснащения реабилитационных центров для пострадавших на производстве и требований к составу и качеству оказываемых ими услуг.

#### 5. Мотивационные факторы:

– отсутствие критериев оценки эффективности деятельности территориальных органов Фонда социального страхования по реабилитации пострадавших на производстве в зависимости от результатов профессиональной реабилитации последних;

– отсутствие объективных критериев оценки результатов деятельности основных участников процесса оказания услуг (медицинские учреждения, в том числе учреждения, оказывающие санаторно-курортные услуги, центры реабилитации Фонда социального страхования, учреждения медико-социальной экспертизы, производители и поставщики ТСР и т.д.).

В целях координации работы по эффективному оказанию медицинской и социальной помощи застрахованным в медицинских учреждениях, а также в подведомственных Фонду социального

страхования бюджетных учреждениях и в целях совершенствования работы по медицинской, социальной и профессиональной реабилитации лиц, пострадавших на производстве, может быть предложено создание страховщиком службы реабилитационного менеджмента.

Под реабилитационным менеджментом понимают случай менеджмента в отношении процесса реабилитации лица, пострадавшего на производстве.

Ключевыми участниками (элементами) реабилитационного менеджмента являются:

- лицо, пострадавшее на производстве;
- страховщик;
- страхователь.

Основными принципами работы системы реабилитационного менеджмента являются: 1) адресность: личный контакт менеджера с пострадавшим в ходе всего реабилитационного процесса, индивидуальное оперативное решение возникающих в ходе реабилитации организационных проблем; 2) эффективность и результативность: четкое понимание менеджером целей и задач реабилитационного процесса индивидуума, его координация и контроль; 3) комплексность: партнерская связь всех участников, предоставляющих различного вида услуги, необходимые для достижения конечной цели реабилитационного процесса; 4) мотивация пострадавших к выполнению реабилитационных назначений.

Стратегическое управление реабилитационной работой является верхним уровнем интегративной системы управления и осуществляется на основе выявления и мониторинга рыночной ситуации, гибкого реагирования на меняющиеся факторы внешней среды с целью достижения максимального социального эффекта от реабилитационной работы в долгосрочной перспективе.

Основными задачами стратегического уровня управления являются: 1) осуществление мониторинга внешней среды и 2) разработка целей, целевых показателей, концепции и стратегии развития системы реабилитации лиц, пострадавших на производстве.

Тактическое управление является вторым уровнем интегративного управления. Основная задача тактического управления осуществление анализа, оценки и совершенствования реабилитационной работы. Видится целесообразным применение процессного подхода к тактическому управлению. Процессный подход к тактическому управлению системой реабилитационной работой – это управление реабилитационной работой путем построения системы процессов, управления ими, осуществление деятельности по улучшению процессов.

В настоящее время система реабилитации пострадавших на производстве сочетает в себе элементы административного (структурно-функционального) управления и программно-целевого управления. Хотя функциональное управление широко используется на практике, оно порождает ряд трудностей. Различные функциональные структуры часто имеют очень узкий взгляд на совокупность процессов и не заинтересованы в том, что прямо их не касается. Зачастую, организации, участвующие в реабилитационной работе, сосредоточены только на своих функциях и то, что происходит за пределами организации, их не волнует.

Обмен информацией в значительной степени тормозится из-за передачи информации сверху вниз и снизу вверх, а не по горизонтали, т.е. напрямую между организациями.

Процессное управление - это альтернатива функциональному управлению при помощи которого предлагается модернизировать основной процесс реабилитации.

Он будет состоять из следующих подпроцессов:

– *стационарная помощь* – комплекс неотложных медицинских мероприятий в отделениях реанимации и интенсивной терапии, включая высокотехнологичные виды медицинской помощи, по профилю заболевания с целью сохранения жизни пострадавшего, стабилизации состояния, ликвидации или предупреждению осложнений, а также ранних восстановительных

мероприятий (на базе медицинских организаций);

– *подпроцесс «ранней» реабилитации* для всех лиц, пострадавших на производстве, включающий в себя реабилитационные мероприятия медицинского, социального и профессионального характера, лекарственное обеспечение, протезирование, обеспечение техническими средствами реабилитации в соответствии с планом-графиком реабилитации (на базе медицинских организаций и/или центров реабилитации Фонда социального страхования);

– *подпроцесс «поздней» реабилитации* для всех лиц, пострадавших на производстве, в период остаточных явлений течения заболевания или травмы, при хроническом течении заболевания вне обострения при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления утраченных функций (реабилитационного потенциала), включающий комплексные реабилитационные мероприятия, при необходимости лекарственное обеспечение, протезирование, обеспечение (замену) технических средств реабилитации, меры социально-профессиональной адаптации, в соответствии с программой реабилитации пострадавшего (на базе центров реабилитации Фонда социального страхования);

– *подпроцесс «пассивной» реабилитации* для всех лиц, пострадавших на производстве, при отсутствии перспективы восстановления утраченных функций (реабилитационного потенциала), включающий оздоровительные реабилитационные мероприятия, замену протезно-ортопедических изделий и технических средств реабилитации (на базе центров реабилитации Фонда и санаторно-курортных учреждений).

Процессное управление оказанием реабилитационных услуг ставит акцент на качественное выполнение работ, ориентированных на результаты, основные из которых представлены ниже:

- установление измеряемого результата процессов и подпроцессов;
- создание системы учета результатов процессов и подпроцессов;

- оценка и анализ результатов за три предшествующих года;

- внедрение механизмов взаимоувязки средств выделяемых на процесс (подпроцесс) с достижением заданных результатов;

- стимулирование ответственных за процессы и подпроцессы, за поиск резервов повышения эффективности расходов;

- утверждение регламентирующей документации по реализации процессов и подпроцессов.

Тактическое процессное управление способно обеспечить постоянное соответствие осуществляемой реабилитационной работы потребностям рынка и меняющейся внешней среде.

Третьим уровнем иерархии управления является оперативно-координационное управление, которое призвано обеспечить текущую работу по реабилитации лиц, пострадавших на производстве за счет координации деятельности организаций участвующих в данных процессах и действий лиц, пострадавших на производстве.

Один из ключевых принципов работы координационного органа – максимально высокий уровень доступности реабилитационных услуг для пострадавших на производстве. Функции координационного органа могут быть возложены на Службу реабилитационного менеджмента, реабилитационные центры или другие структуры.

Оперативно-координационное управление имеет 2 взаимосвязанных направления: 1) управление организациями, участвующими в осуществлении реабилитационных работ; 2) проектное управление по каждому страховому случаю с пострадавшим.

Организации, участвующие в реабилитационной работе, должны рассматриваться как объединение взаимно независимых партнеров, действующих для достижения определенных партнерами целей по согласованным правилам и коммуникационным каналам.

Сеть организаций создается под каждый конкретный страховой случай – под каждого пострадавшего, нужда-

ющегося в реабилитации. Актуальной является задача формирования участников данной сетевой структуры. Формирование состава организаций представляет собой нахождение варианта наилучшего достижения результатов реабилитации. Основными критериями для включения организации в данную структуру является наличие ключевых компетенций и ресурсов для достижения целей реабилитации. Состав и число организаций, участвующих в реабилитации конкретного пострадавшего может меняться и носит рекомендательный характер. При этом координационный орган должен иметь возможность подобрать наилучший состав организаций для каждого пострадавшего, совместная деятельность которых будет способствовать улучшению результатов и сокращению сроков реабилитации.

В настоящее время осуществляется эксперимент по созданию системы реабилитационного менеджмента в ряде региональных отделений Фонда социального страхования. Одним из основных направлений деятельности данной службы является координирование деятельности всех необходимых медицинских и иных организаций и служб на всех этапах реабилитационного процесса. Оперативно-координационное управление направлено на максимальную реабилитацию пострадавших с учетом имеющихся временных, информационных, кадровых, материальных и финансовых ресурсов.

При функционировании службы реабилитационного менеджмента возможно реализовать управление, ориентированное на пострадавшего, при котором реабилитация пострадавшего рассматривается как отдельный проект. Проект начинается с момента обращения пострадавшего за медицинской помощью.

Поскольку предполагается, что представитель службы менеджмента должен иметь личный контакт с пострадавшим в ходе непрерывного реабилитационного процесса, то проектное управление, ориентированное на пострадавшего, видится реализуемым. Это позволит повысить эффективность реабилитации пострадавших на производстве и

существенно поднять процент лиц, вернувшихся к трудовой деятельности.

## Литература / использованные источники

1. Здоровье работающих: глобальный план действий. Шестидесятая сессия всемирной ассамблеи здравоохранения 23.мая 2007 г.  
URL:[http://www.who.int/occupational\\_health/publications/global\\_plan/ru/](http://www.who.int/occupational_health/publications/global_plan/ru/) (дата обращения 22.04.2016);

2. Указ Президента РФ от 31.12.2015 № 683 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации». Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 31.12.2015;

3. Федеральный закон от 24.07.1998 № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» // ИПС Консультант Плюс;

4. Божков И.А., Меркурьева Л.А., Севастьянов М.А. Оценка экономической эффективности реабилитационных мероприятий в профпатологии // Совершенствование экспертизы временной нетрудоспособности. Роль восстановительного лечения в снижении нетрудоспособности и реабилитации инвалидов. – СПб.: Феникс, 2004. – 168 с. – С 34 - 37;

5. Шестаков В.П., Свинцов А.А., Чернова Г.И., Чернякина Т.С., Радуга В.И., Богданов Е.А. Оценка эффективности реализации программ реабилитации пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Российской Федерации // Медико-социальная экспертиза и реабилитация, сб. научн. статей / под общей ред. В.Б. Смычка. – 2015. С. 195-199;

6. Аухадеев Э.И., Бодрова Р.А. Новый методологический подход к реабилитации пациентов на основе международной классификации функционирования // Вестник восстановительной медицины. – 2014. - №1(59). – С. 6-10;

7. Иванова Г.Е., Стаховская Л.В., Репьев А.П. Правовые основы оказания помощи по медицинской реабилитации // Вестник восстановительной медицины. – 2014. - №1(59). – С. 2-5;

## Раздел 2. Общение и ассистивные технологии

### Ассистивные технологии в ранней помощи, при обучении базовым навыкам, в образовании, занятости

#### Chapter 2. Communication and assistive technologies

#### Assistive technologies in early intervention, in basic skills training, in education, in employment

УДК 004.5+376.3

Шелепин К.Ю., Шелепин Е.Ю.,  
Балякова А.А.

Институт физиологии им. И.П.Павлова РАН,  
"Нейроиконика Ассистив"  
Россия, Санкт-Петербург

#### АССИСТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В АЛЬТЕРНАТИВНОЙ КОММУНИКАЦИИ

Shelepin K.Y., Shelepin E.Y.,  
Baliakova A.A.

#### ASSISTIVE TECHNOLOGIES IN ALTERNATIVE COMMUNICATION

Institute of physiology named after I. P. Pavlov of the  
Russian Academy of Sciences, "Neuroiconica  
Assistive"  
Russia, St. Petersburg

**Аннотация:** Возможность коммуникации представляет собой одну из основ жизни человека и общества. Ее проявления могут быть различными и иметь вербальный и невербальный характер. При ограничении возможностей речевого общения используют альтернативную и дополнительную формы коммуникации (АДК), которые заменяют или дополняют речевое взаимодействие между людьми. В зависимости от возможностей пациентов, для АДК используют разные средства: жестовые знаки; графические символы; предметные символы; специальные электронные устройства. В последние годы всё больше становятся людей, у которых единственный или самый оптимальный способ общения с миром — взгляд. Это приводит к необходимости расширения сферы применения

ассистивных технологий в АДК. Статья посвящена вопросу применения альтернативной коммуникации в качестве предпочтительного варианта для повседневного общения человека со сниженной физической дееспособностью при помощи айтрекера.

**Abstract:** The possibility of communication is one of the foundations of human life and society. Its manifestations can be different and have verbal and non-verbal character. When restricting the possibilities of speech communication, alternative and additional forms of communication (AAC) are used, which replace or supplement speech interaction between people. Depending on the capacity of patients for AAC use different means: the gesture signs; graphic symbols; symbols of the subject; a special electronic device.

In recent years, more and more people who have the only or the best way to communicate with the world — look.

This leads to the need to expand the scope of assistive technologies in the AAC. The article is devoted to the use of alternative communications as the preferred option for the everyday person with reduced physical capacity with an eye tracker.

**Ключевые слова:** альтернативная коммуникация; ассистивные технологии; айтрекинг; двигательные расстройства; люди с ограниченными возможностями здоровья.

**Keywords:** alternative communication; assistive technology; eye tracking; people with disabilities; movement disorders.

Речь — наиболее распространённая форма человеческой коммуникации. Часть людей не способна использовать речь для полноценного общения. Одни совсем не могут говорить, речь других недостаточно хорошо развита, чтобы выполнять все коммуникативные функции [1].

Способы коммуникации, которые заменяют или дополняют речевое взаимодействие между людьми, относят к альтернативной и дополнительной формам коммуникации (АДК). В зависимости от возможностей пациентов, для АДК используют разные средства: жестовые знаки; графические символы; предметные символы; специальные электронные устройства [2].

В последние годы успешно развиваются нейротехнологии, в частности, айтрекинг — дистанционное отслеживание направления взгляда человека. Эти разработки становятся незаменимыми

помощниками в кризисных состояниях, сопровождающихся обездвиженностью человека и отсутствием речи. К ним относится и айтрекер «Стерх», который представляет отечественную разработку с русскоязычным интерфейсом, готовую к практическому применению и проходящую апробацию в клинических условиях.

Использование данного ассистивного комплекса позволяет пациенту:

- мгновенно информировать медицинский персонал или родственников о состоянии дискомфорта и возникающих у него потребностях,
- осуществлять общение с окружающим миром, включая варианты синтеза речи,
- пользоваться интернетом и большинством компьютерных программ и приложений.

Ассистивный айтрекер может быть использован при следующих заболеваниях:

- Боковой амиотрофический склероз
- Люди с травмами головного мозга
- Взрослые после инсульта
- Повреждение спинного мозга
- Неврологические заболевания
- Дети с расстройствами аутистического спектра
- Дети с синдромом Дауна
- Дети с задержками интеллектуального развития неопределенного генеза
- Детский церебральный паралич
- Синдром Ретта.

В целом, с помощью такого комплекса, дети и взрослые с нарушениями развития, способны вернуться в социум проходить обучение и выполнять профессиональную деятельность, связанную с умственным трудом и использованием компьютера.

#### Список литературы:

1. Введение в альтернативную коммуникацию: жесты и графические символы для людей с двигательными и интеллектуальными нарушениями, а также с расстройствами аутистического спектра / Стивен Фон Течнер, Харальд Мартинсен. - М.: Теревинф, 2014.
2. Альтернативная и дополнительная коммуникация в работе с детьми и взрослыми, имеющими интеллектуальные и двигательные нарушения, расстройства аутистического спектра / под ред. В.Л.

Рыскиной. -СПб.: Издательско-Торговый Дом «Скифия», 2016.

УДК 37.035

Кошечкина Т.В.

## АССИСТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ФОРМИРОВАНИИ УСТНОРЕЧЕВОЙ КОММУНИКАЦИИ

ФГАОУ ДПО АПК и ППРО  
Россия, Москва

Koshechkina T.V.

## ASSISTIVE TECHNOLOGIES IN THE FORMATION OF ORAL COMMUNICATION

Academy of professional development and re-training  
Russia, Moscow

**Аннотация:** Статья посвящена актуальным вопросам использования ассистивных технологий коммуникации при формировании устноречевой коммуникации.

**Abstract:** The article is devoted to topical issues of the use of assistive communication technologies in the formation of oral communication.

**Ключевые слова:** устноречевая коммуникация; дополнительная и альтернативная коммуникация, формирование  
**Keywords:** oral communication; additional and alternative communication, formation

Согласно ВОЗ, ассистивные технологии — это собирательный термин, охватывающий ассистивные средства и услуги, предназначенные для того, чтобы поддерживать или повысить функциональные возможности и автономность людей [1]. На сегодняшний день одной из областей развития функциональных возможностей индивида является формирование устноречевой коммуникации, в том числе с использованием ассистивных технологий.

В качестве общепринятого международного обозначения поддерживающей коммуникации используется аббревиатура ААС (Augmentative and Alternative Communication - дополнительная и альтернативная коммуникация)[2]. Ассистивные технологии коммуникации актуальны в случае отсутствия устной речи

и используют иные коммуникативные системы, где особое значение приобретают невербальные коммуникативные средства (предметы, фотографии, пиктограммы, жесты и др.).

При этом одной из приоритетных целей использования ассистивных технологий в формировании коммуникации является постепенное формирование на основе используемых ассистивных технологий полноценной устноречевой коммуникации, как основного средства коммуникации в социуме.

Онтогенез устноречевой коммуникации показывает, что использование замещающей речь коммуникации является компонентом нормального речевого онтогенеза. При этом анализ случаев нарушений речи в раннем возрасте показывает тенденцию увеличения периода использования замещающей коммуникации при недостаточной мотивации речевого общения вследствие особенностей коммуникативной среды в семье, специфики готовности органов голосового и артикуляционного аппарата ребенка и других причин. Нами был сделан вывод о необходимости уточнении целей использования ассистивных технологий при формировании коммуникации для исключения фактора негативного влияния ассистивных технологий коммуникации на развитие устноречевой коммуникации.

Исследование случаев снижения голосо-речевой продукции у детей с нарушениями развития, корригирующих с введением ассистивных технологий коммуникации, а также случаев отказа от устноречевой коммуникации в пользу ассистивных форм коммуникации у детей и взрослых позволяет сделать вывод о снижении мотивации к использованию устноречевой коммуникации при определенных факторах: наличие у индивида альтернативной системы коммуникации, позволяющей решать значительное количество текущих коммуникативных проблем; возможность ограничения коммуникативной среды, завязанной на возможность использования ассистивной технологии коммуникации, возможность осознания личных проблем в овладении

устноречевой коммуникацией, несоответствующие актуальному уровню развития устноречевой коммуникации требования коммуникативной среды. Каждый из указанных факторов может быть более или менее значимым для индивида, совпадение нескольких факторов увеличивает вероятность снижения мотивации устноречевой коммуникации или отказа от нее.

#### Список литературы.

1. Ассистивные технологии/Информационный бюллетень ВОЗ, Май 2016 г., электронный ресурс: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/assistive-technology/ru/>
2. Методика учебно-воспитательной работы в центре коррекционно-развивающего обучения и реабилитации: Учеб.-метод.пособие / М. Вентланд, С.Е. Гайдукевич, Т.В. ГорУДК о и др.; Науч. ред. С.Е. Гайдукевич. – Мн.: БГПУ, 2009. – 276 с

УДК 616-084

Кралицына Е. Ю., Романова Н. А.

### **РАЗВИТИЕ СЛУХОРЕЧЕВЫХ ФУНКЦИЙ ДЕТЕЙ С КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИЕЙ В СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ**

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение социального обслуживания населения «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Невского района Санкт-Петербурга»

Российская Федерация, Санкт-Петербург

Kralytyna E. Y., Romanova N.A.

### **DEVELOPMENT ORAL-AURAL FUNCTIONS IN CHILDREN HAVING COCHLEAR IMPLANTATION IN THE SYSTEM OF SOCIAL REHABILITATION OF CHILDREN WITH DISABILITIES.**

St. Petersburg state social-care budgetary institution "Social Rehabilitation Centre for disabled children and persons with disabilities of Nevsky district in St. Petersburg"

Russian Federation, Saint-Petersburg

**Аннотация:** Стремительные темпы внедрения кохлеарной имплантации обуславливают

необходимость разработки новых подходов к вопросам социальной реабилитации детей с нарушением слуха

**Abstract:** Rapid growth of proliferation cochlear implantation resulted from require a revision of traditional methods and developing new modern approach to the rehabilitation of children with hearing disabilities

**Ключевые слова:** Социальная реабилитация, кохлеарная имплантация, дети-инвалиды, коррекция слуха, слуховой метод И.В. Королевой, педагогическая компетентность родителей

**Keywords:** Social rehabilitation, cochlear implantation, disabled children, hearing correction, the pedagogical competence of parents

Цель работы: оценка эффективности использования метода И.В. Королевой для формирования слухоречевых функций у детей с кохлеарной имплантацией в условиях центра социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов.

Формы, методы и средства формирования слухоречевых функций.

В течение года учителем-логопедом проводилась коррекционно-развивающая работа с 6 детьми-инвалидами в возрасте 5-9 лет, перенесшими оперативное вмешательство по кохлеарной имплантации. Все дети потеряли слух до овладения речью. До операции они имели опыт использования слухового аппарата акустического типа.

Причинами возникновения патологии слуха явились инфекционные воспалительные заболевания оболочек мозга, инфекционные заболевания матери в первой половине беременности, внутриутробная гипоксия и асфиксия в родах, эндокринные нарушения (сахарный диабет), церебральные двигательные нарушения.

Особенностями психического развития глухих детей являлись: нарушения слуховой памяти, мелкой моторики, ориентации в пространстве, дискоординация движений. У этих детей преобладало наглядно-образное мышление, навыки письменной речи усваивались быстрее, чем устной, запоминание основывалось на зрительных образах.

Включение кохлеарного импланта (далее – КИ) [1] и настроечная сессия производились через 1 месяц после операции. Результативность индивидуальной программы слухоречевой реабилитации оценивалась через 1 год после оперативного вмешательства.

В процессе занятий в рамках социальной реабилитации использовались приемы слухового метода И.В. Королевой [2], целью которого является развитие речи у детей с нарушением слуха с КИ, прежде всего, на основе слуха и посредством спонтанного обучения.

После проведенной слухоречевой реабилитации у всех 6-х детей с КИ выявлен стойкий интерес к любому звучанию, способность искать и находить источник звука самостоятельно в пространстве. Появилась устойчивая потребность в общении со слышащими людьми: дети хотят общаться, ищут и иницируют контакты, используя как невербальные, так и доступные вербальные средства, отмечается активизация голосовых реакций, появление интонации, самостоятельных слов и фраз. Правильно подобранный метод позволил детям с кохлеарным имплантом понимать речь посредством слухового анализатора.

Таким образом, использование слухового метода И.В. Королевой, безусловно, является высокоэффективным в рамках реабилитации детей с кохлеарной имплантацией, что обуславливает необходимость его дальнейшего использования.

#### Список литературы

1. Королева, И. В. Кохлеарная имплантация глухих детей и взрослых (электродное протезирование слуха). – СПб.: КАРО, 2009. – 752 с.
2. Королева И.В. Развитие слуха и речи у глухих детей раннего и дошкольного возраста после кохлеарной имплантации. - СПб.: С.-Пб. НИИ уха, горла, носа и речи, 2008.- 286 с.

Пономарев С.А., Рябоконт А.Г.,  
Дороница О.Е.

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ  
СПЕЦИАЛЬНОГО  
ДИАГНОСТИЧЕСКОГО  
ОБОРУДОВАНИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ  
НАРУШЕНИЙ СЛУХА ПРИ  
ПРОВЕДЕНИИ МЕДИКО-  
СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**

ФКУ «ГБ МСЭ по Ленинградской области»  
Минтруда России,  
Санкт-Петербург

Ponomarev S.A., Riabokon A.G.,  
Doronina O.E.

**EXPERIENCE OF THE USE OF  
SPECIAL DIAGNOSTIC EQUIPMENT  
FOR ASSESSMENT OF HEARING  
IMPAIRMENT IN THE MEDICO-  
SOCIAL EXPERTISE**

FCI «GB MSE of the Leningrad region»  
of Mintrud of Russia,  
Saint-Petersburg

**Аннотация:** Представлены результаты исследований на специальном диагностическом оборудовании за период 2015-2017 годы в главном бюро медико-социальной экспертизы по Ленинградской области. В исследование включено 166 пациентов с нарушениями слуха различной степени выраженности.

**Abstract:** There has been presented the results of the study on special diagnostic equipment for the period 2015-2017 in the main bureau of medical and social expertise of the Leningrad region. The study enrolled 166 patients with hearing impairment.

**Ключевые слова:** нарушение сенсорных функций, специальное диагностическое оборудование.

**Keywords:** hearing impairment, special diagnostic equipment.

**Введение.** Объективизация нарушения структуры слухового анализатора и определение степени выраженности нарушения сенсорных функций (слуха) при болезнях уха и сосцевидного отростка является основной задачей специалистов медико-

социальной экспертизы, принимающих экспертное решение, которое формируется с учетом изучения и комплексной оценки имеющихся медицинских документов, слухового паспорта, анамнеза и результатов обследования. В рамках Государственной программы РФ «Доступная среда» «на 2011-2015 годы» и приказа Минтруда России от 03 июля 2013 г. № 291н в 2014 году в ФКУ «ГБ МСЭ по Ленинградской области» Минтруда России было установлено специальное диагностическое оборудование: аудиометр-импедансометр и шумозащитная кабина.

**Целью** работы явилось проведение анализа результатов обследования граждан с нарушениями слуха вследствие различных причин и сопоставление полученных данных на специальном диагностическом оборудовании с другими контрольными исследованиями.

**Результаты.** Проведено обследование 166 пациентов с нарушениями слуха различной степени выраженности, направленных на проведение медико-социальной экспертизы (МСЭ) за период 2015-2017 года. Среди обследованных пациентов дети в возрасте до 18 лет составили 12,7 % (21 человек), взрослые 87,3 % (145 человек).

Аудиологическое экспертное обследование проводилось в главном бюро на базе отдела экспертно-реабилитационной диагностики. Нами были отобраны 2 группы пациентов, из которых в первой группе стойкое нарушение функции слуха обусловлено основным заболеванием, во второй группе нарушение функции слуха вызвано сопутствующим заболеванием.

Численность первой группы составила 33 человека, среди них исследование слуха проводилось по обжалованию решения бюро МСЭ в 15,1 % случаев (5 пациентов), при очном контроле решения бюро МСЭ в 9,1 % (3 пациента) и с целью проведения особо сложных экспертиз в 75,8% (25 пациентов).

По результатам аудиометрии выявлена I и II степень тугоухости на лучше слышащее ухо в 39,4 % случаев, III и IV степень 39,4 % и 21,2 % соответственно.

В 93,9 % обследований у 31 пациента результаты измерений по степени выраженности тугоухости совпали с данными, представленными медицинскими организациями. В двух случаях несовпадения результатов исследования с данными медицинской организации составлялись программы дополнительного обследования, по результатам которых показатели наших аудиологических исследований были подтверждены.

Таким образом, среди обследований у пациентов первой группы 39,4 % составили результаты с незначительным нарушением функции слуха и 60,6 % со стойкими умеренными нарушениями функции слуха.

Численность второй группы составила 133 человека, среди них исследование слуха проводилось по обжалованию решения бюро МСЭ в 48,1 % случаев (64 пациента), при очном контроле решения бюро МСЭ в 19,6 % (26 пациентов) и с целью проведения особо сложных экспертиз в 32,3% (43 пациента).

По результатам аудиометрии выявлена I и II степень тугоухости на лучше слышащее ухо в 74,4 % случаев, III и IV степень 8,3 % и 17,3 % соответственно.

Таким образом, среди обследований у пациентов второй группы 74,4 % составили результаты с незначительным нарушением функции слуха и 25,6 % с умеренными нарушениями функции слуха, что было подтверждено как данными исследований медицинских организаций, так и при исследовании на специальном диагностическом оборудовании.

**Выводы.** Исследования на специальном диагностическом оборудовании явились эффективным дополнением к стандартной процедуре обследования пациентов для достоверности оценки степени нарушения функции слуха при проведении МСЭ. К преимуществам использования аудиологического оборудования в медико-социальной экспертизе относятся оперативная возможность получения данных о нарушении функции слуха и графический вывод результатов диагностики, что позволяет объективизировать степень выраженности нарушенных функций, выявлять элементы аггравации и установочного

поведения и определять потребность в технических средствах реабилитации в соответствии с медицинскими показаниями с целью компенсации ограничений жизнедеятельности.

### Список литературы:

1. Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Доступная среда" на 2011 - 2020 годы" (с изменениями и дополнениями): постановление Правительства РФ от 1 декабря 2015 г. N 1297. -URL: <http://base.garant.ru/71265834/> (дата обращения 6.03.2018).
2. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 03.07.2013 N 291н «Об утверждении нормативов оснащения учреждений главных бюро медико-социальной экспертизы по субъектам Российской Федерации специальным диагностическим оборудованием»" (с изменениями и дополнениями) – URL:<http://base.garant.ru/70447658/> (дата обращения 19.03.2018).
3. Приказ Минтруда России от 17.12.2015 N 1024н (ред. от 05.07.2016) "О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы" – URL: <http://base.garant.ru/71309914/> (дата обращения 19.03.2018).

УДК 364.041; 614.29

Горайнов И.В., Владимирова О.Н.  
**ПОТРЕБНОСТЬ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ  
ВСЛЕДСТВИЕ ПАТОЛОГИИ СЛУХА В  
МЕРАХ РЕАБИЛИТАЦИИ И МЕДИКО-  
СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ**

ФКУ «ГБ МСЭ по Санкт-Петербургу» Минтруда  
России, филиал-бюро №46,  
ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта  
Минтруда России  
Россия, Санкт-Петербург

Goryainov I.V., Vladimirova O.N.  
**THE NEED FOR CHILDREN WITH  
DISABILITIES FOR THE PERIOD OF  
HEART DISEASES IN MEASURES OF  
REHABILITATION AND MEDICAL-  
SOCIAL ASSISTANCE**

Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific  
Centre of Rehabilitation of the Disabled named after  
G.A. Albrecht" of the Ministry of Labour and Social  
Protection of the Russian Federation  
Russia, St. Petersburg

**Аннотация:** В работе представлены основные потребности детей-инвалидов вследствие патологии слуха в мерах реабилитации и медико-социальной помощи.

**Abstract:** The paper presents the main needs of disabled children due to hearing pathology in rehabilitation measures and medical and social assistance.

**Ключевые слова:** дети-инвалиды, патология слуха, реабилитация

**Keywords:** disabled children, hearing pathology, rehabilitation

Введение. Была проведена диагностика ИПРА детей-инвалидов вследствие патологии слуха в бюро МСЭ №46 г. Санкт-Петербурга. Результаты исследования. Потребность в мерах медицинской реабилитации и абилитации – 99% случаях (восстановительная терапия – 99,02 на 100; в реконструктивная хирургия – 11,95 на 100; слухопротезирование – 54,99 на 100; санаторно-курортное лечение – 60,56 на 100), психолого-педагогической реабилитации – 79,5% (по организации обучения – 80,5 из 100; психологической помощи – 79,5 из 100; в профессиональной ориентации – в 30 случаях из 100), в мерах социальной реабилитации и абилитации в 98% случаев (социально-средовая реабилитация – рекомендации в 98 из 100, социокультурной реабилитации – в 94 из 100, социально-психологической – в 89 из 100, социально-педагогической – в 85 из 100, социально-бытовой – в 61 из 100), в ТСР в 81,5% случаев (слуховые аппараты с вкладышами индивидуального изготовления 81,5 из 100; в сигнализаторах звука световых и вибрационных – 45 из 100; телевизоры с телетекстом и телефоны с текстовым выходом в 23,5 и 23 случаях из 100), в физкультурно-оздоровительных мероприятиях в 98% случаев (мероприятия по АФК – 98 из 100; креативные телесноориентированные практики АФК – 76,1 на 100).

Заключение. Результаты исследования показали, что все дети-инвалиды вследствие патологии слуха нуждаются в проведении тех или иных реабилитационных и абилитационных мероприятий, способных восстановить или компенсировать имеющиеся ограничения жизнедеятельности.

УДК 616.28-008.14-77-08-053.9

Бобошко М.Ю., Голованова Л.Е.,  
Огородникова Е.А.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ СЛУХОПРОТЕЗИРОВАНИЯ В ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова;  
Городской сурдологический центр Санкт-Петербургского гериатрического медико-социального центра; Институт физиологии им. И.П. Павлова РАН

Россия, Санкт-Петербург

Boboshko M.Yu., Golovanova L.E.,  
Ogorodnikova E.A.

## EFFICIENCY OF HEARING AID IN GERIATRIC PRACTICE

First Pavlov State Medical University; Municipal Audiology Center of Saint-Petersburg Geriatric Medico-social center; Pavlov Institute of physiology RAS  
Russia, St. Petersburg

**Аннотация:** Обследование пациентов с хронической тугоухостью, использующих слуховые аппараты (n=125; возраст 60-90 лет) показало, что у 21% из них отмечена низкая эффективность слухопротезирования. Основным негативным фактором выступала выраженность центральных слуховых расстройств, дополнительным - характеристики слухового аппарата. Для повышения эффективности слухопротезирования в гериатрической практике рекомендованы: комплекс мероприятий по коррекции центральных слуховых расстройств, рациональный подбор слухового аппарата с учетом индивидуальных особенностей слухового анализатора, помощь при адаптации к слуховому аппарату (ассистивные технологии для слуховой тренировки).

**Abstract:** A study of patients with chronic hearing loss (n = 125, age 60-90 years) showed that 21% of them had a low efficiency of hearing aids. The main negative factor was the severity of the central auditory disorders and additional factor was the characteristics of hearing aids. To increase rehabilitation benefit in geriatric practice, a set of measures for correcting central auditory disorders, rational fitting of hearing aid according to individual features of auditory system, relief in adapting to the hearing aid (assistive technology of auditory training) are recommended.

**Ключевые слова:** тугоухость, слухопротезирование, эффективность реабилитации, разборчивость речи, слуховая тренировка

**Keywords:** hearing loss, hearing aid, rehabilitation efficiency, speech intelligibility, auditory training

По данным ВОЗ, более 5% населения мира страдает от тугоухости. У людей старше 65 лет ее распространенность превышает 30% [1]. Возрастное ослабление слуха связано с изменениями в периферических отделах слухового анализатора (снижение эластичности базилярной мембраны, кровоснабжения улитки, дегенерация сенсоневральных элементов внутреннего уха). Компенсация таких нарушения можно только путем слухопротезирования, но его результаты часто не оправдывают ожиданий пациентов [2]. Это обусловлено не только проблемами слухового восприятия, но и проявлениями нарушений в когнитивной сфере и других сопутствующих заболеваний [3]. Однако отказ от слуховых аппаратов (СА) ограничивает возможности общения и существенно ухудшает качество жизни. Несмотря на значимость проблемы, единичные исследования посвящены оценке успешности слухопротезирования [4].

Цель работы состояла в оценке эффективности использования СА у лиц пожилого и старческого возраста. В обследовании приняли участие 125 пациентов (60-90 лет) с хронической тугоухостью. Были использованы тесты для оценки состояния центральных отделов слухового анализатора и разборчивости речи (в тишине и на фоне шума).

Результаты показали, что у 21% пациентов наблюдается низкая эффективность слухопротезирования и основным негативным фактором выступает выраженность центральных слуховых расстройств (ЦСР), а дополнительным – подбор СА и его технические характеристики. Для повышения успешности реабилитации рекомендован комплекс мероприятий по коррекции ЦСР, рациональный подбор слуховых аппаратов с учетом индивидуальных особенностей слухового анализатора, использование

ассистивных технологий (слуховые тренировки) для адаптации к использованию СА.

1. WHO. Deafness and hearing loss. Fact sheet №300. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/en/>.
2. Davis A. Population study of the ability to benefit from amplification and the provision of a hearing aid in 55–74-year-old first-time hearing aid users // *Int. J. Audiol.* 2003. №42 (Suppl. 2). P.2S39–2S52.
3. Голованова Л.Е., Бобошко М.Ю., Тахтаева Н.Ю., Жилинская Е.В. Реабилитация при тугоухости у лиц старших возрастных групп // *Успехи геронтологии.* 2014. Т.27. №4. С.758–762.
4. Pacala J.T., Yueh B. Hearing deficits in the older patient: «I didn't notice anything» // *JAMA.* 2012. V.307. №11. P.1185–1194.

УДК: 364.07

Гальянов А.А., Ишутина И.С.

**ПРОГРАММА РАННЕЙ ПОМОЩИ –  
СТАТИСТИЧЕСКИЙ –  
ИНСТРУМЕНТАРИЙ, АНАЛИЗ  
ОТЕЧЕСТВЕННОГО И ЗАРУБЕЖНОГО  
ОПЫТА ПО СТАТИСТИЧЕСКОМУ  
НАБЛЮДЕНИЮ**

ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта  
Минтруда России  
Россия, Санкт-Петербург

Galianov A.A., Ishutina I.S.

**EARLY ASSISTANCE PROGRAM-  
STATISTICAL TOOLS, ANALYSIS OF  
DOMESTIC AND FOREIGN  
EXPERIENCE IN STATISTICAL  
OBSERVATION**

Federal State Budgetary Institution “Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht” of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation  
Russia, St. Petersburg

**Аннотация:** Разработка статистического инструментария программы ранней помощи позволит на основе мониторинга показателей статистического учета проводить анализ и делать выводы об эффективности и выполнении программы в рамках Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года.

**Abstract:** The development of the statistical tools of the early assistance programme will make it possible to draw conclusions on the effectiveness and implementation of the programme within the Framework of the concept of early assistance development in the Russian Federation for the period up to 2020 on the basis of monitoring of statistical indicators.

**Ключевые слова:** программа ранней помощи, статистический инструментарий, статистическое наблюдение.

**Keywords:** early assistance, statistical tools, statistical observation.

Ранняя помощь детям и семьям является одной из приоритетных областей деятельности здравоохранения, образования, социальной защиты государства. Внедрение программы ранней помощи обусловлено необходимостью выстраивания комплексной системы работы и формирования особого подхода к оказанию психолого-педагогической помощи семьям, имеющим детей первых 3 лет жизни с ограниченными возможностями здоровья.

В настоящее время статистический инструментарий для организации федерального статистического наблюдения за деятельностью федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, участвующих в реализации Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации отсутствует.

Разработка стандартного статистического инструментария позволит оценивать ход реализации программы ранней помощи и принимать обоснованные решения по ее развитию на региональном и федеральном уровнях, оценивать ход ее выполнения и результативность программы ранней помощи.

На первом этапе исследования изучен отечественный и зарубежный опыт отражения в статистическом инструментарии вопросов ранней помощи детям и их семьям; определены примерные учетные количественные и качественные признаки по статистическому наблюдению выполнения программы ранней помощи детям и их семьям.

Ключевым вопросом является оценка эффективности и результативности ока-

зания ранней помощи детям целевой группы и их семьям. «Золотым стандартом» по оценке эффективности ранней помощи является проведение исследований по сравнению результативности и эффективности в целевой группе детей, прошедших программу ранней помощи и их семей с контрольной группой детей, имеющих показания для проведения программы ранней помощи, но не прошедших программы ранней помощи в связи с отказом родителей.

В перспективе разработка статистического инструментария позволит на основе мониторинга показателей статистического учета проводить анализ и делать выводы об эффективности и выполнении программы в рамках Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года.

1. Распоряжение Правительства РФ от 31.08.2016 N 1839-р «Об утверждении Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года».-

URL:[http://www.consultant.ru/document/Cons\\_doc\\_LAW\\_209148/f62ee45faefd8e2a11d6d88941ac66824f848bc2/](http://www.consultant.ru/document/Cons_doc_LAW_209148/f62ee45faefd8e2a11d6d88941ac66824f848bc2/) (дата обращения 11.03.2018).

2. Guralnick, M.J. Why early intervention works: A systems perspective / M.J. Guralnick // *Infants and Young Children*. - 2011. - Vol. 24. - P. 6–28.

УДК 364.444

Бронников В.А., Боброва Я.В.

## **РАЗВИТИЕ СЛУЖБЫ РАННЕЙ ПОМОЩИ В ПЕРМСКОМ КРАЕ**

КГАУ «Центр комплексной реабилитации инвалидов»

Г. Пермь

Bronnikov V.A., Bobrova J.V.

## **THE PROBLEMATIC ASPECTS OF THE DEVELOPMENT OF THE EARLY HELP SERVICE IN PERM REGION**

Center of the Complex Rehabilitation of Disabled People  
Perm

**Аннотация:** Процесс становления системы ранней помощи детям с различными нарушениями в развитии в Пермском крае и ее современное состояние представлены в данных материалах.

**Abstract:** How Early Help Service for children and their families was open in Perm region and how its developing know is describes in this paper.

**Ключевые слова:** ранняя помощь, раннее выявление нарушений в развитии.

**Keywords:** early help, early recognition of health problems of children.

В 2016 году в Пермском крае была впервые создана Служба ранней помощи, целью которой являлось раннее выявление у детей нарушений в развитии и предупреждение проявления у них дальнейших вторичных отклонений. В 2016 году в Службе помощь получили 202 ребенка, в том числе дети с генными патологиями, ДЦП, задержкой речевого, умственного и физического развития.

В настоящее время на территории Пермского края действуют уже 72 службы ранней помощи, из них 5 в системе социального развития, 7 – в здравоохранении, 61 – в образовании.

Специалисты служб ранней помощи проходят обучение технологиям и методам оказания услуг ранней помощи. Всего за 2017 год прошли обучение 51 специалист из различных ведомств. В рамках пилотного проекта организовано сотрудничество с АНО ДПО «Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства» и ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта».

В системе социального обслуживания оказание услуг ранней помощи в 2017 году было направлено на 2 целевые группы:

- дети, воспитывающиеся в семьях (505 детей в возрасте от 0 до 4 лет, из них 11% - дети-инвалиды)

- дети, находящиеся в ГКУ СО ПК «Центр помощи детям» (74 ребенка из 5 указанных учреждений).

В общем количестве получивших помощь Службы ранней помощи детей 51% - дети в возрасте от 1 до 3 лет, 32% - от 3 до 4 лет, 17% - до года.

В 2018 году планируется:

- дополнительно открыть 4 Службы ранней помощи в системе социальной защиты;

- увеличить охват детей возрастной категории до 1 года;

- увеличить охват детей, находящихся во всех 12 Центрах помощи детям;

- транслировать технологию ранней помощи в детские дома-интернаты для умственно-отсталых детей;

- апробировать проектную межведомственную модель обслуживания семьи в службе ранней помощи, разработанную ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта»;

- выявить ключевые проблемы и барьеры, препятствующие реализации межведомственной модели сопровождения семьи:

- внедрить информационную систему межведомственного взаимодействия в процессе оказания услуг ранней помощи.

УДК 616-036.86+342.72/73

Ломоносова О.В.

## **ПРЕДПОСЫЛКИ СОЗДАНИЯ ПРАВОВЫХ ОСНОВ РАННЕЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ИХ СЕМЬЯМ**

ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта

Минтруда России

Россия, Санкт-Петербург

Lomonosova O.V.

## **BACKGROUND TO THE ESTABLISHMENT OF THE LEGAL BASIS OF THE EARLY HELP TO CHILDREN AND THEIR FAMILIES**

Federal State Budgetary Institution “Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht” of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation  
Russia, St. Petersburg

**Аннотация:** Целью исследования явилась разработка предложений по внесению изменений в законодательство в части закрепления за федеральными органами исполнительной власти Российской Федерации полномочий по вопросам организации ранней помощи детям. Проведен анализ законодательных и нормативных правовых документов, регламентирующих организацию ранней помощи детям. Обоснована необхо-

димось возможного развития нормативного правового регулирования хода формирования региональных программ ранней помощи на основе регламентов межведомственного взаимодействия органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с утвержденными на федеральном уровне рекомендациями при создании системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов в рамках реализации мероприятий государственной программы Российской Федерации "Доступная среда" на 2011 - 2020 годы.

**Abstract:** The aim of the study was to develop proposals to amend the legislation in terms of securing the Federal Executive authorities of the Russian Federation powers on the organization of early assistance to children. The analysis of legislative and regulatory legal documents regulating the organization of early assistance to children. The necessity of possible development of normative legal regulation of formation of regional programs of early assistance on the basis of regulations of interdepartmental interaction by Executive authorities of subjects of the Russian Federation according to the recommendations approved at Federal level at creation of system of complex rehabilitation and habilitation of disabled people within implementation of actions of the state program of the Russian Federation "the Accessible environment" for 2011 - 2020 is proved.

**Ключевые слова:** Ранняя помощь, реабилитация, абилитация, законодательство

**Keywords:** Early care, rehabilitation, habilitation, legislation

Необходимость развития ранней помощи в Российской Федерации обусловлена положениями Всеобщей декларации прав человека, Конвенции о правах ребенка в части создания комфортной и доброжелательной для жизни среды, обеспечения доступности и качества дошкольного образования для детей-инвалидов, детей с ограничениями жизнедеятельности, не имеющих статуса ребенка-инвалида, детей из групп риска, включая детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, а также для детей, находящихся в социально опасном положении. В соответствии с нормами международного права, у Российской Федерации, как у государства - участника

международных правоотношений, имеются обязательства по осуществлению мер, направленных на разработку программ ранней помощи детям и их семьям

Из данных анализа законодательных актов Российской Федерации федерального уровня можно сделать вывод об отсутствии отражения в своей содержательной части непосредственно вопросов организации ранней помощи детям и их семьям. Вместе с тем, выявлен ряд общих дефиниций права федеральных органов исполнительной власти в таких сферах как образование, социальное обеспечение и здравоохранение. Таким образом, имеется необходимость дальнейшей проработки нормативного правового регулирования организации ранней помощи детям и их семьям в Российской Федерации, одним из возможных путей, которого может стать внесение дополнений в соответствующие федеральные законы Российской Федерации в части, касающейся полномочий федеральных органов исполнительной власти в сфере ранней помощи. Например, разработка и утверждение государственных программ Российской Федерации, федеральных целевых программ в сфере ранней помощи, утверждение федеральных государственных образовательных стандартов, установление федеральных государственных требований, государственный контроль (надзор) в сфере ранней помощи за деятельностью организаций, а также органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющих государственное управление в сфере ранней помощи и др.

Другим возможным направлением развития нормативного правового регулирования организации ранней помощи детям и их семьям в Российской Федерации представляется регламентирование на федеральном уровне программ ранней помощи в рамках системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей инвалидов и отнесение координации деятельности в сфере ранней помощи детям и их семьям к компетенции определенного федерального органа

исполнительной власти Российской Федерации.

УДК 364.444

Бронников В.А., Григорьева М.И.

## **ПРОБЛЕМНЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ СЛУЖБЫ РАННЕЙ ПОМОЩИ В РОССИИ: ИЗ ОПЫТА ПЕРМСКОГО КРАЯ**

КГАУ «Центр комплексной реабилитации  
инвалидов»  
Россия, Пермь

Bronnikov V.A., Grigoreva M.I.

## **DEVELOPMENT OF THE EARLY HELP SERVICE IN PERM REGION**

Center of the Complex Rehabilitation  
of Disabled People  
Russia, Perm

**Аннотация:** Описаны трудности, правовые пробелы и межведомственные барьеры в организации и развитии деятельности Службы ранней помощи в Пермском крае.

**Abstract:** Difficulties, legal gaps and interdepartmental barriers in the organization and development of the Early Help Service of the Perm Region are described here.

**Ключевые слова:** Служба ранней помощи.

**Keywords:** Early Help Service.

Рост числа детей с инвалидностью, необходимость раннего выявления различных нарушений у детей и предотвращения развития обусловила появление в России служб ранней помощи. В отсутствие единой Концепции организации служб, понимания их цели и функций подобные услуги стали оказываться семьям с детьми организациями и учреждениями системы образования, здравоохранения и социальной защиты (социального обслуживания). Имеющийся в Пермском крае опыт позволяет сегодня обозначить следующие проблемы в организации и развитии деятельности Службы ранней помощи.

Во-первых, правовые пробелы. Так, отсутствует единообразие в терминологии в отношении мероприятий, касающихся ранней помощи детям с нарушениями в развитии и их семьям, по-разному

толкуется понимание сути и содержания услуги ранней помощи представителями различных ведомств (образования, здравоохранения, социальной защиты). Для служб ранней помощи системы социального обслуживания не ясны критерии отнесения получателей услуги к категории нуждающихся в получении социальных услуг в соответствии с Федеральным законом № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации». Не урегулирован и вопрос межведомственной передачи информации о ребенке, получившем услуги ранней помощи.

Во-вторых, не проработаны процессуальные вопросы реализации услуги ранней помощи детям. На данный момент в документах не соотнесены содержание услуг по ранней помощи и наименования услуг, оказываемых организациями и учреждениями системы образования и здравоохранения детям с нарушениями в развитии, не обеспечено соответствие описанных услуг по ранней помощи ведомственным классификаторам услуг. Не понятна преемственность служб ранней помощи различной ведомственной принадлежности.

В-третьих, открытыми остаются вопросы финансирования услуг по ранней помощи: непонятен источник и механизм финансирования стандарта данной услуги в рамках систем здравоохранения и образования, с одной стороны, непонятен механизм реализации стандарта услуг ранней помощи в случае наличия разных источников финансирования, наличия служб ранней помощи различной ведомственной принадлежности, с другой. Не разработана на данный момент и методика экономического расчета стандарта ранней помощи.

И, наконец, надо отметить отсутствие обоснованных нормативов обеспеченности службами ранней помощи территорий в зависимости от количества нуждающихся в ранней помощи, определение критериев нуждаемости детей с отклонениями в развитии и их семей в данной услуге.

Кожевникова Е. В.

## АССИСТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В РАННЕЙ ПОМОЩИ

Институт физиологии им. И.П. Павлова РАН  
Российская Федерация, Санкт-Петербург

Kozhevnikova E.V.

## ASSISTIVE TECHNOLOGIES IN EARLY CHILDHOOD INTERVENTION

Pavlov Institute of Physiology  
Russian Academy of Sciences  
Russian Federation, St. Petersburg

**Аннотация:** Представлен опыт использования ассистивных технологий в программах ранней помощи детям с функциональными нарушениями

**Abstract:** Experience of using assistive technologies in early intervention programs for young children with multiple disabilities will be presented. Single case studies show that starting to use Alternative and Augmentative Communication in early childhood can radically change quality of life of people with multiple disabilities.

**Ключевые слова:** ассистивные технологии, раннее детство, "ученый в колыбели", коммуникация и независимость

**Keywords:** assistive technologies, early childhood, "scientist in the crib", communication and independence

Будет представлен опыт использования вспомогательных технологий в программах раннего вмешательства для детей младшего возраста с множественной инвалидностью. Исследования отдельных случаев показывают, что использование альтернативных и дополнительных коммуникаций в раннем детстве может радикально изменить качество жизни людей с множественными нарушениями.

Лорер В.В.

## ВИДЕО-ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЕ РУКОВОДСТВО ВЗАИМОДЕЙСТВИЕМ В ДИАДЕ «РОДИТЕЛЬ-РЕБЕНОК»

ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта  
Минтруда России

Россия, Санкт-Петербург

ГБОУ ВПО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова  
Министерства здравоохранения, Санкт-Петербург

Lorer V.V.

## VIDEO-SUPPORTING GUIDELINES FOR INTERACTION IN THE DIADE "PARENT-CHILD"

Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht" of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation  
Russia, St. Petersburg

Pavlov First Saint Petersburg State Medical University

**Аннотация:** В соответствии с концепцией развития ранней помощи в Российской Федерации необходимо разрабатывать методические рекомендации по проведению оценки психического и физического здоровья детей, осуществлять подготовку специалистов, оказывающих услуги ранней помощи.

**Abstract:** In accordance with the Concept on Early Childhood Care in the Russian Federation, it is necessary to develop methodical recommendations on physical and mental assessment of children, to improve staff training in early childhood intervention.

**Ключевые слова:** ранняя помощь, руководство взаимодействием, коммуникация, наблюдение, поведение.

**Keywords:** early childhood intervention, interaction guidance, communication, observation, behavior.

В соответствии с положениями Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года [1] приоритетными направлениями деятельности являются, с одной стороны, разработка методических рекомендаций по проведению оценки нарушенных функций

и ограничений жизнедеятельности детей, психического и физического здоровья, составление и реализация индивидуальных программ ранней помощи и оценки их эффективности, с другой - создание условий для обеспечения подготовки специалистов, предоставляющих услуги ранней помощи, определение необходимых компетенций по вопросам оказания ранней помощи.

В литературе описаны различные подходы раннего психотерапевтического вмешательства, направленные на создание условий для удовлетворения потребностей социально-эмоционального развития младенцев и детей раннего возраста [2]. Видео-поддерживающее руководство взаимодействием в диаде «родитель-ребенок» постоянно используется на практике психолога в мюнхенской модели интегративной коммуникативно-центрированной психотерапии родителя и ребенка [3]. В Санкт-Петербурге данный подход применялся как в работе с детьми с эмоциональными и поведенческими проблемами, так и с детьми с нарушениями в развитии в условиях центра социальной реабилитации инвалидов [4]. Основное внимание уделяется наблюдению за поведением ребенка и родителя (чаще всего матери) в процессе их взаимодействия. С этой целью проводится интеракционная диагностика с использованием видеозаписи наблюдений. Особый интерес представляют паттерны коммуникации, в контексте которых проявляются эмоциональные и поведенческие проблемы (например, ситуация кормления, организация сна, совместная игра, ситуация с «неподвижным» лицом ситуация с разлучением, установление границ и др.). При анализе видеоматериала оценивается поведение ребенка и поведение матери с использованием клинических шкал. Анализ данных позволяет сделать вывод о состоянии регуляторных и коммуникативных способностях ребенка и матери, их согласованности, а также о наличии функционального или дисфункционального паттерна взаимодействия в паре. Видеоматериалы взаимодействия применяются в коммуникативно-центрированном консуль-

тировании (психотерапии) родителя, которое направлено на изменение поведения матери за счет сосредоточения ее внимания на сигналах ребенка, следование им, на позитивное изменение отношений матери и ребенка.

Применение метода в практической деятельности психолога связано с некоторыми трудностями: 1) наличие специального оборудования и помещения; 2) много времени занимает использование метода: запись ситуаций взаимодействия, обработка и анализ материалов, совместный просмотр и обсуждение видеоматериалов вместе с родителями; 3) необходимы определенные навыки кодирования видеоматериалов. Однако наблюдение является основным методом диагностики поведения детей младенческого и раннего возраста. Микроанализ эпизодов поведения позволяет выявить существенные детали в коммуникации ребенка и родителя, которые невозможно определить обычным способом.

Обучение навыкам наблюдения должно входить в перечень необходимых компетенций специалистов, предоставляющих услуги ранней помощи. Основными целями обучения наблюдению являются: выработка навыка точной идентификации сигналов, которые подает ребенок и его близкий взрослый; умение отделять собственный вклад наблюдателя (чувства, проекции, ожидания, опасения, тревоги, фантазии) от того, что происходит во взаимодействии ребенка и родителя; умение формулировать интерпретацию по результатам наблюдения. Специалисту необходимо также иметь знания об особенностях развития (знания нормального и патологического развития) детей данной возрастной группы, и психологических нарушениях окружающих ребенка взрослых.

#### Список литературы

1. Концепция развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года: распоряжение Правительства Российской Федерации от 31 августа 2016 г. № 1839-р. – URL: <https://www.consultant.ru/law/hotdocs/47348.html> (дата обращения: 30.08.2017).

2. Мухамедрахимов Р.Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие. СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2001.
3. Papoušek M, Schieche M & Wurmser H. Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen. Bern: Huber. 2004, 2008.
4. Лорер В.В., Андрущенко Н.В., Жукова Т.Н. Модель комплексной психолого-педагогической реабилитации детей раннего возраста с нарушениями развития в условиях центра социальной реабилитации // Нейрореабилитация в грудном и раннем детском возрасте. Актуальные аспекты междисциплинарного взаимодействия: сборник научных трудов. Санкт-Петербург, 2016. С. 43-47.

УДК 617.7

Разумовский М.И.<sup>1</sup>, Разумовская А.М.<sup>2</sup>,  
Гашина О.В.<sup>2</sup>

### **АССИСТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КАК МЕТОДОЛОГИЧЕСКАЯ ОСНОВА СОЗДАНИЯ БЕЗБАРЬЕРНОЙ СРЕДЫ ПРИ СЛАБОВИДЕНИИ И СЛЕПОТЕ.**

<sup>1</sup>ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта  
Минтруда России

<sup>2</sup>ФГБУ ДПО Санкт-Петербургский институт  
усовершенствования врачей-экспертов  
Минтруда России  
Россия, Санкт-Петербург

Razumovskiy M.I.<sup>1</sup>, Razumovskaya  
A.M., Gashina O.V.<sup>1</sup>

### **ASSISTIVNYE TECHNOLOGIES AS THE METHODOLOGICAL THE BASIS OF THE CREATION OF BARRIER- FREE MEDIUM WITH WEAKLY- VISION AND BLINDNESS**

<sup>1</sup>Federal State Budgetary Institution “Federal Scientific  
Centre of Rehabilitation of the Disabled named after  
G.A. Albrecht” of the Ministry of Labour and Social  
Protection of the Russian Federation

<sup>2</sup>FGBU DPO the St. Petersburg institute of the  
improvement of the doctor- experts  
of mintruda of Russia  
Russia, Saint Petersburg

**Аннотация:** Ассистивные технологии могут в значительной мере быть полезными в повышении социальной независимости и сохранности своего достоинства путем получения наиболее эффективных современных техниче-

ских средств реабилитации, получения образования, выхода на рынок труда и участия в жизни общества.

**Abstract:** Assistivnye technologies can to a considerable extent be useful in an increase in the social independence and safety of their merit by obtaining the most effective contemporary technical equipment for rehabilitation, obtaining of formation, output on the market for labor and participation in the life of society.

**Ключевые слова:** Ассистивные технологии, безбарьерная среда, слабовидение и слепота.

**Keywords:** Assistivnye technologies, bezbarernaya medium, weakly-vision and blindness

Борьба со слепотой, слабовидением и инвалидностью вследствие заболеваний органа зрения является одной из актуальных медико-социальных проблем во всем мире. В РФ в последние годы разработано большое количество государственных программ различного уровня внедрения, направленных на компенсацию ограничений жизнедеятельности и интеграции больных и инвалидов этого профиля в различные сферы общественной жизни. Так, например, программа «Доступная среда» предусматривает целый ряд мероприятий, улучшающих социальный статус инвалидов с глубоким нарушением зрительных функций [1].

Данное исследование проводилось путем анкетирования 115 инвалидов вследствие заболеваний органа зрения. В ходе обследования установлено, что средней возраст инвалидов вследствие заболеваний органа зрения составил  $62,3 \pm 2,1$  года. Удельный вес лиц женского пола, в изучаемой группе составил 57,4%. При этом инвалидность по зрению I группы имели 3,8%, II группу-77,5%, а инвалидами III группы было признано 18,7% респондентов [2,3].

В этой связи ассистивные технологии могут в значительной мере быть полезными в повышении социальной независимости и сохранности своего достоинства путем получения наиболее эффективных современных технических средств реабилитации, получения образования, выхода на рынок труда и участия в жизни общества. Как показали наши исследования за последние пять лет реабилитационные аспекты в

популяции слепых и слабовидящих значительно ослабели так, целый ряд факторов, характеризующих оценку качества доступности среды: информационная открытость, комфортность, безопасность объектов социальной инфраструктуры, сферы культуры, досуга и отдыха, а также навыки и взаимодействие персонала объектов сферы культуры, досуга и отдыха, и лиц с ограниченными возможностями здоровья значительно сократились. Эти факты особенно настораживают, если учесть, что по данным ВОЗ 285 миллионов человек в мире имеют различные нарушения зрения. Некоторые авторы считают, что к 2050 году их количество может увеличиться вдвое.

Определение особенностей условий и образа жизни указанного контингента больных показало, что инвалиды по зрению являются одной из наиболее тяжелых групп пациентов, так как резко ограничены в получении сенсорной информации из окружающего мира.

#### Список литературы

1. Разумовский М.И. Теоретические и практические основы социальной реабилитации слабовидящих и слепых. Журнал медико-социальная экспертиза и реабилитация. Изд.: «Медицина» №3, М.2010. С.3-6  
2. Моисеева К.Е., Харбедия Ш.Д. Алексеев М.А. Медико-социальная характеристика инвалидов-колясочников и оценка ими качества доступной среды. В кн. VIII международные научные чтения (памяти С.О. Костовича)

сборник статей Международной научно-практической конференции. Издательство: ООО "Европейский фонд инновационного развития". Москва, 2017. С.39-41

3. В. А. Медик, В. К. Юрьев. Электронное издание на основе: Общественное здоровье и здраво-охранение: учебник - 3-е изд., перераб. и доп.- М.:ГЭОТАР-Медиа, 2014.288 с.- ISBN 978-5-9704-2868-9.

УДК 61.616-08-039.71

Давыдов А.Т.<sup>1</sup>, Даниленко Л.А.<sup>2</sup>,  
Бутко Д.Ю.<sup>2</sup>, Жданов Ю.И.<sup>1</sup>

### ТЕХНОЛОГИИ РЕАБИЛИТАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДОВ САМОРЕГУЛЯЦИИ

<sup>1</sup>ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта,  
<sup>2</sup>ФГБОУ ВО "СПбГМПУ" Минздрава России  
Россия, Санкт-Петербург

Davydov A.T.<sup>1</sup>, Danilenko L.A.<sup>2</sup>,  
Butko D.Y.<sup>2</sup>, Zhdanov Y.I.<sup>1</sup>

### TECHNOLOGIES OF REHABILITATION WITH THE USE OF SELF-REGULATION METHODS

<sup>1</sup>Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht" of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation

<sup>2</sup>Federal State Budget Educational Institution of Higher Education "St. Petersburg State Pediatric Medical University" the Ministry of Health of the Russian Federation, St. Petersburg  
Russian Federation, St. Petersburg

**Аннотация:** Приводится опыт реабилитации с использованием методов саморегуляции.

**Abstract:** The experience of rehabilitation with the use of methods of self-regulation.

**Ключевые слова:** Технологии, реабилитация, методы саморегуляции.

**Keywords:** Technologies, rehabilitation, self-regulation methods.

Актуальность исследования обусловлена необходимостью оценки современных технологий реабилитации с использованием методов саморегуляции.

Целью исследования явилась оценка эффективности современных технологий реабилитации с использованием методов саморегуляции.

**Материал и методы.** Было обследовано в основной группе 22 и в контрольной группе 18 лиц с перенесенными посттравматическими расстройствами и у которых сохранялась психосоматическая симптоматика. В основной группе были использованы методы групповой саморегуляции методиками "Мобилизация-1" и "Мобилизация-2", которые были

разработаны в Военно-медицинской академии. Групповые психотерапевтические методики саморегуляции проводили 2 раза в неделю в течение 2 часов в течение месяца. Для оценки эффективности реабилитации использовался клинико-психопатологический метод, методики нервно-психической адаптации (НПА), оценки уровня субъективного контроля (УСК) и субъективной оценки состояния (СОС).

**Результаты исследования.** В результате курсового применения методов саморегуляции психотерапевтическими методиками "Мобилизация-1" и "Мобилизация-2" была достигнута нормализация психосоматического состояния у 16 лиц, что составило 72,7 %. В результате проведенных методов саморегуляции у лиц основной группы отмечалось достоверное возрастание показателя интернальности, что позволило увеличить уровень критичности к болезни. По методике ММРІ показатель депрессии снизился с 81,5 до 46,4 баллов, уровни психастении с 82,3 до 45,6 и интраверсии с 83,7 до 56,8 баллов. Кроме того, у лиц основной группы были получены достоверно лучшие показатели снижения общей тревожности. Оказалось, что несмотря на использование курсовой реабилитации методиками саморегуляции средние значения субъективной оценки состояния, условно оцениваемых в пределах от 0 до 3-х баллов сохранялись выше нормальных значений. У лиц основной группы показатели астении уменьшились с 2,8 до 1,5 баллов. В результате курсовой реабилитации с использованием методик саморегуляции средний показатель депрессии по шкале HDRS существенно уменьшился и составил  $4,2 \pm 0,6$  балла.

**Выводы.** Использование методов саморегуляции методиками "Мобилизация-1" и "Мобилизация-2" позволило добиться качественной ремиссии свыше 3 месяцев у 72,7 % лиц с психосоматическими симптомами. У них была отмечена положительная динамика по показателям снижения страхов, чувства беспокойства, нервозности, взвинченности, суетливости, раздражения по отношению к себе и

другим, неусидчивости, тремора, произвольных движений руками, тревожным мыслям, снижению концентрации внимания, страха потерять контроль над собой, нарушению засыпания, головным болям, болям в спине и груди, обильного потоотделения и сердцебиения. По сравнению с показателями контрольной группы было выявлено улучшение концентрации внимания, появилось чувство прилива сил и энергии, редуцировалась раздражительность, беспокойство и плаксивость. У лиц основной группы после проведенных методов саморегуляции было определено возрастание критичности, уверенности в собственных силах с повышением самооценки и мотивации.

Осуществление реабилитационных мероприятий методами саморегуляции позволило редуцировать психопатологические симптомы тревоги, астении, вегетативных нарушений, уменьшить раздражительность, нервозность, двигательную и психическую заторможенность. Симптомы депрессии редуцировались постепенно вплоть до устранения общего психосоматического дискомфорта. Было отмечено постепенное развитие устойчивой ремиссии, устранение астении, психомоторной заторможенности явлений тревоги и депрессии, что позволяло пациенту сохранять работоспособность.

УДК 159.95

Андрущенко Н.В.<sup>1,2</sup>, Вискова К.А.<sup>2</sup>  
**НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ  
ПОДХОД В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ  
ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С  
ГИДРОЦЕФАЛИЕЙ**

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

Минздрава России

<sup>2</sup>Санкт-Петербургский

Государственный Университет

Россия, Санкт-Петербург

Andrushchenko N.V.<sup>1,2</sup>, Viskova K.A.<sup>2</sup>  
**NEUROPSYCHOLOGICAL APPROACH  
IN THE REHABILITATION OF  
PRESCHOOL CHILDREN WITH  
HYDROCEPHALUS**

<sup>1</sup>I.I. Mechnikov North-Western State Medical  
University

<sup>2</sup>St. Petersburg State University  
Russia, Saint-Petersburg

**Аннотация:** Данная статья посвящена вопросам нейропсихологических особенностей и нейропсихологической реабилитации детей старшего дошкольного возраста с гидроцефалией. Результаты исследования показали значительную разницу в развитии высших психических функций между экспериментальной группой детей с выраженными структурными внутричерепными изменениями и контрольной группой условно здоровых детей. Обнаружены закономерные особенности развития ВПФ у детей дошкольного возраста с гидроцефалией. Выявлена зависимость степени тяжести нейропсихологических расстройств у детей дошкольного возраста от выраженности внутричерепных структурных изменений. По итогам исследования были разработаны дальнейшие пути нейропсихологической коррекционно-развивающей работы для детей с гидроцефалией.

**Abstract:** This article is devoted to the issues of neuropsychological features and neuropsychological rehabilitation of preschool children with hydrocephalus. The results of the study showed a significant difference in the development of the higher mental functions between the group of children with severe structural intracranial changes due to hydrocephalus and conditionally healthy children, without structural intracranial changes. Regular features of the development of the HPF in preschool children with hydrocephalus were revealed. The dependence of the degree of severity of neuropsychological disorders in children of preschool age on the severity of structural intracranial changes was revealed. Based the results of the study, further ways of corrective-developing and pedagogical work for children with hydrocephalus were identified and developed.

**Ключевые слова:** Нейропсихология, нейропсихологическая реабилитация, детская гидроцефалия, ВПФ, психическое развитие

**Keywords:** Neuropsychology, neuropsychological rehabilitation, pediatric hydrocephalus, higher mental functions, mental development

Нейропсихология является одним из перспективных направлений, используемых в условиях комплексной реабилитации детей, имеющих нарушения в развитии. Нейропсихологическая реабилитация рассматривается как метод реабилитационного воздействия, направленный на преодоление функциональной недостаточности структур мозга, возникших в результате врожденных или приобретенных заболеваний головного мозга. Особое значение она имеет для детей с внутричерепными структурными изменениями, возникшими в результате избыточного накопления спинномозговой жидкости в желудочках мозга и/или субарахноидальном пространстве во внутриутробном периоде или сразу после рождения. Поскольку мозг ребенка продолжает формирование после рождения, развитие гидроцефалии может останавливать этот процесс, приводя к тяжелым последствиям в виде отставания в физическом, нервно-психическом развитии, и в дальнейшем негативно влиять на способности к обучению в школе. Функционирование для детей дошкольного возраста определяется возможностями обучения, для его оценки мы применяли нейропсихологическую диагностику. В нашем исследовании принимали участие 2 группы детей: экспериментальная, состоящая из 7 детей с выраженными структурными внутричерепными изменениями, обусловленных гидроцефалией, компенсированной к моменту обследования; контрольная - 6 условно здоровых детей. Цель - выявить нейропсихологические особенности развития детей дошкольного возраста с гидроцефалией, наметить пути нейропсихологической реабилитации. Гипотеза - дети дошкольного возраста с гидроцефалией в психическом развитии отличаются от своих сверстников спецификой и некоторым отставанием в формировании высших психических функций (ВПФ).

При исследовании использовались клинические, психологические, педагогические методы с применением

нейропсихологического обследования по методике Ж.М. Глозман, основанные на теоретических положениях А.Р. Лурии и Л.С. Выготского. Результаты исследования показали значительную разницу в развитии ВПФ между двумя группами. Выявлены закономерные особенности развития ВПФ у детей дошкольного возраста с гидроцефалией: двигательные расстройства (нарушение зрительно-моторной, двигательной координации), низкое развитие мнестических (в особенности, двигательная память) и интеллектуальных функций (наблюдалось недостаточное развитие процессов синтеза и анализа, слабая способность к выделению существенного признака, к обобщению). Наиболее развитой областью у детей с гидроцефалией была речевая функция. Выявлена зависимость степени тяжести нейропсихологических расстройств у детей дошкольного возраста от выраженности структурных внутричерепных изменений. По итогам были разработаны дальнейшие пути нейропсихологической коррекционно-развивающей работы для детей с гидроцефалией.

УДК 376.1/2/3

Вечканова И.Г.

**ТЕХНОЛОГИЯ ИНКЛЮЗИВНОГО  
ПЕДАГОГИЧЕСКОГО БЮРО В  
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ  
РЕАБИЛИТАЦИИ ДОШКОЛЬНИКОВ  
С ОВЗ**

ГБДОУ №5 комбинированного вида  
Невского района  
Россия, С-Петербург

Vechkanova I.G.

**TECHNOLOGY OF THE INCLUSIVE  
PEDAGOGICAL BUREAU IN  
PSYCHOLOGICAL AND  
PEDAGOGICAL REHABILITATION OF  
DISABLED PRESCHOOLERS**

Kindergarten №5 Nevsky district  
Russia, Saint-Petersburg

**Аннотация:** В статье представлено «Инклюзивное педагогическое бюро» как инструмент развития инклюзивной практики с использованием ИКТ в дистанционном сопровождении проектной деятельности дошкольников с ОВЗ в условиях совместного образования, в том числе детей, находящихся на домашнем визитировании, реабилитации или длительном лечении. Определены приоритетные модули и закладки сайта по направлениям взаимодействия всех участников реабилитационно-образовательного процесса на мезо-, микроуровне реабилитационной среды, необходимые при создании единого коррекционно-развивающего пространства для детей с ограниченными возможностями здоровья в инклюзивном образовательном учреждении. В закладке «Ресурсы развития» особое внимание обращается на игровые технологии в ходе проектной деятельности детей и семей как облегчающий, положительный фактор окружающей среды, способствующий улучшению социально-психологической атмосферы, повышению активности и участия родителей, педагогов в реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья.

**Abstract:** The "Inclusive Pedagogical Bureau" presents an instrument for the development of inclusive practice using information and communication technologies during the period remote support of the project activity of preschool children with disabilities in conditions of joint education, including children on home visits, rehabilitation or long-term treatment in this article. We described the priority modules and bookmarks of the site were determined in the areas of interaction of all participants in the rehabilitation and educational process at the meso- and microlevel of the rehabilitation environment as necessary for creating common correctional-developing space for children with disabilities in an inclusive educational institution are defined. In the tab "Development Resources" particular attention focuses on gaming technology in the design of children and families as a facilitating, positive environmental factor, contributing to the improvement of the socio-psychological atmosphere, increasing the activity and participation of parents and teachers in the rehabilitation of disabled children.

**Ключевые слова:** дошкольники с сенсомоторной, речевой и интеллектуальной недостаточностью, активность и участие, информационно-коммуникационные

технологии, игровые технологии реабилитации, инклюзия.

**Keywords:** preschool children with sensorimotorial, speech and intellectual disorder, activities and participation, information and communication technologies, game technologies of rehabilitation, inclusion.

В ходе экспериментальной деятельности был апробирован опыт в ГБДОУ №5 Невского района по инклюзивному образованию, который представлен на странице сайта <http://buro.5.dou.spb.ru/>. Сайт Бюро предназначен для организации единого коррекционно-образовательного пространства, способствующего преодолению нарушений развития у детей с ОВЗ при взаимодействии и активном участии членов семьи ребенка с использованием информационно-коммуникационных технологий. Информационный сервер сайта «Инклюзивное педагогическое бюро» функционирует как «справочное бюро», в модуле «Безбарьерная среда» участник образовательных отношений может познакомиться с информацией о том, как создать безбарьерную среду – в закладках «Дружественная» и «Доступная» - для каждого ребенка. В рубрике «Юные таланты» размещены дополнительные развивающие программы по развитию талантов детей с ОВЗ в ансамбле танцев на колясках и других. Модуль «Ресурсы развития» рассчитан как на педагогов, так и родителей – размещены статьи, видеоролики в закладках Виртуальная игротека, Интерактивная мастерская, Экоотека, Арт-Картотека. В модуле «Организация образования» размещены статьи педагогов других учреждений, примеры локальных актов и программ по образованию и психолого-педагогической реабилитации детей.

Цель проекта организации Бюро:

- для персонала - профессиональное развитие в вопросах инклюзии, целостной структуры деятельности образовательного учреждения по обеспечению доступности образования детей с разными стартовыми возможностями за счет обновления инфраструктуры условий образования;

- для родителей - позитивное партнерство в образовательных отношениях и персонификации маршрутов реабилитации детей с ОВЗ.

Среди задач Бюро для нас важны как внедрение технологии дистанционного сопровождения проектной деятельности детей, находящихся на домашнем визитировании или длительном реабилитационном лечении, так и повышение компетенций педагога (в профессиональной и психологической готовности), способного обеспечить планирование и реализацию индивидуальных траекторий обучающихся с ОВЗ в инклюзивной среде.

УДК 376

Рочева Я.С.

## ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБУЧЕНИЯ

ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта  
Минтруда России  
Россия, Санкт-Петербург

Rocheva Ya.S.

## LEGAL FOUNDATIONS OF THE ORGANIZATION OF INCLUSIVE TRAINING

Federal State Budgetary Institution “Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht” of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation  
Russia, St. Petersburg

**Аннотация:** В статье перечислены отдельные нормативно-правовые документы, принятые в сфере образования, которые позволяют определить основные направления организации инклюзивного обучения. Представлены некоторые данные государственного статистического наблюдения и материалов отчетов государственной программы, позволяющие оценить возможности получения инвалидами образования.

**Abstract:** This article considers the some normative legal documents adopted in the field of education, which allow defining the main directions of the organization of inclusive education. Some data of the state statistic and

reports of government program allowing to estimate possibilities of disabled people in education.

**Ключевые слова:** инвалиды, образование, право на образование, правовые основы обучения, ассистивные технологии в обучении.

**Keywords:** invalids, inclusive education, the right to education, the legal foundations of education, assistive technologies in education.

Роль образования в системе реабилитации инвалидов не нуждается в актуализации и определении значимости, как в исследовательском, так и практическом применении.[15] В настоящее время актуальным является вопрос о создании необходимых ассистивных технологий в соответствии с особенностями и возможностями обучающихся с инвалидностью, что является необходимым условием их успешного обучения. Они помогают лучше видеть, слышать и использовать средства обучения, облегчают процесс обучения, компенсируют функциональные ограничения человека, становятся инструментом, который закладывает основу для развития личности и получение качественного образования. В настоящее время в правовом поле заложены основы для организации инклюзивного образования и развития ассистивных технологий для обучения.

Сегодня ключевыми для инвалидов с правовой точки зрения выступают следующие актуальные направления деятельности в образовательной сфере, а именно:

Организация доступности образовательных учреждений, их оснащение необходимым, оборудованием, средствами обучения.

Расширение возможностей дистанционного обучения. Речь идет о выделении дополнительного финансирования образовательным организациям для создания условий организации этого процесса, программного обеспечения и информационного сопровождения.

Информационное направление, связанное с распространением информации о популяризации инклюзивного образования

и удобных способов ее передачи с учетом функционального ограничения человека.

Создание необходимых условий для обучения инвалидов с помощью специальных педагогических подходов, для этого проводятся мероприятия повышению квалификации и обучению педагогического состава.

В первую очередь необходимо отметить мероприятия по регламентированию условий доступности в образовательных организациях или «разумного приспособления» в терминах Конвенции. Так, Минобрнауки России утвердило следующие важные документы: «Порядок обеспечения условий доступности для инвалидов объектов и предоставляемых услуг в сфере образования, а также оказания им при этом необходимой помощи» [12]; Требования к организации образовательного процесса для обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в профессиональных образовательных организациях, в том числе оснащенности образовательного процесса, [7]; Определен перечень средств обучения и воспитания, необходимых для реализации образовательных программ начального общего, основного общего и среднего общего образования. В него входит комплекс оборудования для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью, включающий: оборудование для обучающихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата; оборудование для обучающихся с нарушениями слуха; оборудование для слепых и слабовидящих обучающихся. [14]

Письмом Минобрнауки направлены Методические рекомендации руководителям органов исполнительной власти субъектов по созданию условий для детей с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью в образовательных организациях через центры психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи. [6]

Утверждены санитарно-эпидемиологические правила и нормативы, которые направлены на охрану здоровья детей с ограниченными возможностями здоровья в

период пребывания их в организациях, осуществляющих образовательную деятельность по адаптированным основным общеобразовательным программам для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья. [8]

Обеспечение доступности среды контролирует Федеральная служба по надзору в сфере образования и науки осуществляет контроль за обеспечением доступности для инвалидов объектов указанных организаций, необходимых для осуществления образовательной деятельности, и предоставляемых образовательных услуг. [9]

Согласно отчетам «О ходе реализации программы «Доступная среда на 2011- 2020 годы» в этом направлении с 2011 года ведутся работы по улучшению доступности образовательных учреждений, постепенно охватывая разные организации. Так по данным отчета о ходе реализации Программы в 2016 году в соответствии с заключенными соглашениями в Госпрограмме приняло участие 771 образовательная организация, в которых проведены работы по созданию универсальной безбарьерной среды и оснащению общеобразовательных организаций специальным оборудованием из них: 422 дошкольных образовательных организации (16,34%); 261 общеобразовательная организация (21,43%); 88 организаций дополнительного образования. В 2015 году созданы условия для получения образования детьми-инвалидами в 3150 обычных образовательных организациях. [4,5]

Следующее важное направление – развитие дистанционных форм обучения для этого в первую очередь, федеральным государственным вузам, отобранным по результатам конкурсного отбора, будут предоставлены гранты на развитие онлайн-обучения. [11] Также Минобрнауки России обновлен порядок применения образовательными организациями электронного обучения и дистанционных образовательных технологий. [13] Результаты этой работы еще предстоит получить в ближайшее время.

Информационное направление – важный инструмент в популяризации

инклюзивного образования и его распространение в соответствии с особенностями и возможностями обучающихся. Здесь следует отметить, что на сайтах образовательных организаций должна быть размещаться информация об обеспечении ими возможности получения образования лицами с ограниченными возможностями здоровья. [10]

В этом направлении на региональном уровне реализуются целевые программы (Приморский край, Томская область), утверждаются концепции (Архангельская область), распределяются субсидии, межбюджетные трансферты бюджетам муниципальных образований на проведение мероприятий по формированию в регионах сети общеобразовательных организаций, в которых созданы условия для инклюзивного образования детей-инвалидов (Архангельская область, Калининградская область, Московская область и др.), утверждаются комплексные планы по развитию инклюзивного образования и созданию специальных условий для получения образования детьми-инвалидами и детьми с ограниченными возможностями здоровья (Санкт-Петербург, Республика Коми, Удмуртская Республика).

Создан федеральный перечень отдельных общеобразовательных организаций, осуществляющих обучение по адаптированным основным общеобразовательным программам для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, который позволяет получить информацию об образовательных организациях для инвалидов во всех субъектах РФ. [16]

Создание необходимых условий для обучения инвалидов с помощью специальных педагогических подходов, для этого проводятся мероприятия повышению квалификации и обучению педагогического состава. Согласно отчету «О ходе реализации программы «Доступная среда на 2011- 2020 годы» в 2015 году. Осуществлено повышение квалификации специалистов психолого-медико-педагогических комиссий, образовательных учреждений: 2011 год - 900 специалистов; 2012 год - 1350 специалистов; 2013 год - 1500 специалистов; 2014 год - 9450

специалистов; 2015 год - 10800 специалистов. Работ в этом направлении продолжается и в 2016 году. [5]

За небольшой период времени проделано много для создания условий инклюзивного обучения как общего так и профессионального образования. Однако о весомых результатах говорить рано. По данным государственного статистического наблюдения в сфере общего образования можно отметить следующие тенденции.

За период с 2014-2016 годы отмечается увеличение охвата детей-инвалидов и инвалидов, посещающих образовательные учреждения всех уровней – дошкольного, общеобразовательного, профессионального. Так численность детей-инвалидов, посещающих организации дошкольного образования, причесмотр и уход за детьми увеличилась на 23%. Рост отмечается во всех регионах-субъектах и федеральных округах.

Однако, удельный вес детей-инвалидов в общей численности воспитанников соответствующего возраста в этих учреждениях крайне мал и составляет 0,7-0,8%.

За период 2014 -2016 годов в общеобразовательных организациях всех видов увеличивается численность детей-инвалидов, инвалидов. В образовательных организациях для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья их рост составил 55,6%, в обычных классах общеобразовательных организаций на - 2,3% , в вечерних (сменных) общеобразовательных организациях - 13,3%.

Наибольшая доля детей-инвалидов в образовательных организациях для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья – 35-40%, в обычных классах общеобразовательных организациях общего типа, в численности обучающихся детей в данных учебных заведениях составила 2,2-1,7%, доля инвалидов, обучающихся в вечерних (сменных) общеобразовательных организациях, в общей численности обучающихся, в данных организациях составила не превышает 1 %. Численность детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья, не обучающихся

в образовательных организациях уменьшилась на 13,2%. [3]

Полученные сведения иллюстрируют слабую инклюзию детей-инвалидов в образовательные организации дошкольного и общего образования обычного типа. Большая часть детей-инвалидов проходит обучение в специальных образовательных организациях для детей-инвалидов. Тем самым актуализируют продолжать работу в указанных направлениях.

В настоящее время можно отметить малоохваченные с законодательной и практической точки зрения два направления, заявленные в п. 3 и 4 Ст. 24 Конвенции. Речь об «облегчении их полного и равного участия в процессе образования», а именно «содействие освоению азбуки Брайля, ... альтернативных методов, способов и форматов общения, освоению жестового языка и поощрению языковой самобытности глухих...». И меры, связанные «с содействием привлечения на работу учителей, в том числе учителей-инвалидов, владеющих жестовым языком и/или азбукой Брайля, и для обучения специалистов и персонала, работающих на всех уровнях системы образования».

В настоящее время согласно отчету «О ходе реализации программы «Доступная среда на 2011- 2020 годы» в 2015 году прошли обучение переводчиков в сфере профессиональной коммуникации незлышащих, в сфере профессиональной коммуникации лиц с нарушениями слуха и зрения и специалистов, оказывающих государственные услуги населению, русскому жестовому языку: в 2012 году - 159 специалистов; в 2013 году- 159 специалистов; в 2014 году - 159 специалистов; в 2015 году - 159 специалистов. Согласно отчету «О ходе реализации программы «Доступная среда на 2011- 2020 годы» в 2015 году. [4]

Они составляют перспективы законодательных инициатив для практических действий инвалидов в образовательной сфере, которые предстоит расширить в ближайшее время.

## Литература

1. Государственная программа Российской Федерации «Доступная среда» на 2011 - 2020 годы: Постановление Правительства РФ от 01.12.2015 N 1297 (ред. от 01.02.2018) // Собрание законодательства РФ. 07.12.2015. N 49. Ст. 6987.

2. Конвенция о правах инвалидов (принятая Резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 13 декабря 2006 г. N 61/106) // Собрание законодательства РФ. 11.02.2013. N 6. Ст. 468.

3. Материалы Росстата. Положение инвалидов. Детская инвалидность. // [Электронный ресурс]. Режим доступа: [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/population/disabilities/#](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/disabilities/#) (дата обращения 16.02.2018 г.).

4. Отчет о реализации государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011-2020 годы в 2016 году // Росминтруд России [Электронный ресурс]. URL <https://rosmintrud.ru/docs/mintrud/handicapped/161> (дата обращения 19.03.2018).

5. Отчет о ходе реализации государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011-2020 годы в 2015 году // Росминтруд России [Электронный ресурс]. URL <https://rosmintrud.ru/docs/mintrud/handicapped/130> (дата обращения 19.03.2018).

6. Письмо Минобрнауки России от 01.12.2016 N ВК-2751/07 // «О направлении методических рекомендаций» (вместе с «Методическими рекомендациями руководителям органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющим управление в сфере образования, по созданию в рамках программы «Доступная среда» на 2011 - 2020 годы специальных образовательных условий для детей с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью в образовательных организациях через центры психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи»

7. Письмо Минобрнауки России от 18.03.2014 N 06-281 «О направлении Требований» (вместе с «Требованиями к организации образовательного процесса для обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в профессиональных образовательных организациях, в том числе оснащенности образовательного процесса», утв. Минобрнауки России 26.12.2013 N 06-2412вн).

8. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 10.07.2015 N 26 «Об утверждении СанПиН 2.4.2.3286-15 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения и воспитания в организациях, осуществляющих образовательную деятельность по адаптированным основным общеобразовательным программам для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья» // Зарегистрировано в Минюсте России 14.08.2015 N 38528.

9. Постановление Правительства РФ от 04.11.2017 N 1325 «О внесении изменения в

Положение о Федеральной службе по надзору в сфере образования и науки» // Собрание законодательства РФ, 13.11.2017, N 46, ст. 6789.

10. Постановление Правительства РФ от 17.05.2017 N 575 «О внесении изменений в пункт 3 Правил размещения на официальном сайте образовательной организации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» и обновления информации об образовательной организации» // Собрание законодательства РФ, 22.05.2017, N 21, ст. 3025.

11. Постановление Правительства РФ от 18.06.2017 N 723 «Об утверждении Правил предоставления грантов в форме субсидий из федерального бюджета федеральным государственным образовательным организациям высшего образования» // «Собрание законодательства РФ», 26.06.2017, N 26 (Часть I), ст. 3848.

12. Приказ Минобрнауки России от 09.11.2015 N 1309 (ред. от 18.08.2016) «Об утверждении Порядка обеспечения условий доступности для инвалидов объектов и предоставляемых услуг в сфере образования, а также оказания им при этом необходимой помощи» // Зарегистрировано в Минюсте России 08.12.2015 N 40000.

13. Приказ Минобрнауки России от 23.08.2017 N 816 «Об утверждении Порядка применения организациями, осуществляющими образовательную деятельность, электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации образовательных программ» // Зарегистрировано в Минюсте России 18.09.2017 N 48226

14. Приказ Минобрнауки России от 30.03.2016 N 336 «Об утверждении перечня средств обучения и воспитания, необходимых для реализации образовательных программ начального общего, основного общего и среднего общего образования, соответствующих современным условиям обучения, необходимого при оснащении общеобразовательных организаций в целях реализации мероприятий по содействию созданию в субъектах Российской Федерации (исходя из прогнозируемой потребности) новых мест в общеобразовательных организациях, критериев его формирования и требований к функциональному оснащению, а также норматива стоимости оснащения одного места обучающегося указанными средствами обучения и воспитания» // Зарегистрировано в Минюсте России 07.04.2016 N 41705.

15. Рочева Я.С. Проблемы в сфере образования инвалидов Санкт-Петербурга Реабилитация – XXI век: традиции и инновации / Глав. ред. д-р мед. наук, проф., Г.Н. Пономаренко; ред. коллегия: д-р мед. наук В.П. Шестаков, канд. мед. наук Н.Н. Лебедева, канд. биол. наук. А.В. Шошмин, канд. экон. наук Я.К. Бесстрашнова]. // Мат. I Нац. Конгр. с межд. участием. – СПб: ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта, 2017. С. 124-126.

16. Федеральный перечень отдельных общеобразовательных организаций, осуществляющих обучение по адаптированным основным общеобразовательным программам для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, включенных в реализацию мероприятия «Создание условий для обучения детей-инвалидов в дошкольных образовательных, общеобразовательных организациях, организациях дополнительного образования детей (в том числе в организациях, осуществляющих образовательную деятельность по адаптированным основным общеобразовательным программам), в том числе создание архитектурной доступности и оснащение оборудованием» государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011-2020 годы. // Минобр России [Электронный ресурс]. URL [https://минобрнауки.рф/документы/7892/файл/7099/Perechen%27\\_KSh\\_29-02-2016.pdf](https://минобрнауки.рф/документы/7892/файл/7099/Perechen%27_KSh_29-02-2016.pdf) (дата обращения 19.03.2018)

УДК 376.22

Красюк О.В.

## **АССИСТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СПЕЦИАЛЬНОМ ОБРАЗОВАНИИ: ДИАГНОСТИКА И ПОДБОР СРЕДСТВ**

Государственное бюджетное общеобразовательное учреждение школа № 616 Адмиралтейского района

Санкт-Петербурга «Центр абилитации с индивидуальными формами обучения «Динамика»,

г. Санкт-Петербург

Россия, Санкт-Петербург

Krasiuk O.V.

## **ASSISTIVE TECHNOLOGIES IN SPECIAL EDUCATION: DIAGNOSIS AND SELECTION OF RESOURCES**

School №616 «Center «Dinamika»

Russia, Saint-Petersburg

**Аннотация:** В докладе представлены результаты исследования потребностей учащихся с тяжелыми двигательными нарушениями и отсутствием устной речи (анартрия, тяжелая дизартрия) в ассистивных технологиях в процессе обучения в специальной школе, предложены направления диагностики, классификация учащихся по возможностям использования письменной речи, средств альтернативной коммуникации и ассистивных технологий, алгоритм подбора ассистивных средств в соответствии с классификацией.

**Abstract:** The report provides results of a research on students' need for assistive technologies during

studies in a special school as they have severe motor dysfunction and disability in speaking (anarthria and severe dysarthria), offers diagnostic directions, a classification of students by their ability in using writing language, means of alternative communication and assistive technologies, algorithm of identifying suitable assistive means according to the classification.

**Ключевые слова:** специальное образование, ассистивные технологии, альтернативная и дополнительная коммуникация, нарушения речи, двигательные нарушения, подбор ассистивных технологий.

**Keywords:** special education, assistive technologies, alternative and augmentative communication, speech disorders, physical (motor) disabilities, assistive technologies selection.

Введение в 2016 году новых образовательных стандартов для детей с ограниченными возможностями здоровья потребовало от педагогического сообщества внимания к потребностям детей с выраженными трудностями обучения. В частности, в систематический образовательный процесс в условиях специальной школы включились дети с тяжелыми двигательными нарушениями, не имеющие устной (произносимой) речи. Актуальным становится вопрос подбора средств обратной связи для полноценной реализации права такого ребенка на качественное образование.

ГБОУ «Центр «Динамика» является одним из ведущих учреждений Санкт-Петербурга в области исследований применения ассистивных технологий в образовании детей с ограниченными возможностями здоровья и обладает высоким научным и практическим потенциалом в изучении возможностей и потребностей безречевых (неговорящих) учащихся с тяжелыми двигательными нарушениями.

Длительное изучение возможностей данной категории учащихся позволило сформулировать направления и выработать стратегию диагностики потребностей учащихся в ассистивных технологиях для эффективного процесса обучения («АТ-диагностика»), выделить группы безречевых (неговорящих) учащихся по их возможностям («АТ-классификация»), на

их основе предложить алгоритм подбора ассистивных средств, позволяющих получать качественную обратную связь в образовательном процессе. Представленные результаты могут быть использованы педагогами специальных школ, специалистами медико-психолого-педагогических комиссий, родителями безречевых (неговорящих) детей с тяжелыми нарушениями опорно-двигательного аппарата.

УДК 004:378.16

Хорошева Т.А., Карабцев С.Н.,  
Капков Н.Р., Конев Е.К.

## СИСТЕМА INDOOR-НАВИГАЦИИ В ФОРМИРОВАНИИ ИНКЛЮЗИВНОГО ПРОСТРАНСТВА УЧРЕЖДЕНИЯ

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный  
университет», Кемерово

Khorosheva T.A., Karabtcev S.N.,  
Karpov N.R., Konev E.K.

## INDOOR-NAVIGATION SYSTEM IN FORMING INCLUSIVE SPACE OF THE INSTITUTION

Kemerovo State University, Kemerovo

**Аннотация:** В статье рассматривается опыт разработки и внедрения аппаратно-программного комплекса «Мой проводник» для ориентирования и передвижения людей с особыми потребностями в помещениях общественного назначения без посторонней помощи. Проект реализуется студентами и преподавателями ВУЗа и направлен на создание инклюзивной социально-образовательной среды учреждения.

**Abstract:** The article considers the experience of development and implementation of the hardware and software complex "My guide" for orienting and navigating people with special needs in public premises without outside help. The project is implemented by students and teachers of the university and is aimed at creating an inclusive social and educational environment of the institution.

**Ключевые слова:** Bluetooth маяк, информационная среда, программный комплекс, навигация внутри помещений, indoor-навигация.

**Keywords:** Bluetooth beacon, information environment, software, indoor-navigation

**Введение.** На сегодняшний день актуальной задачей в сфере информационных технологий является помощь в получении людьми с особыми потребностями различных социальных услуг, образования, медицинского обслуживания. Информационные технологии, выполняя компенсаторные функции, позволяют построить общее информационное пространство, доступное и удобное для всех. Доступность социально значимых объектов включает получение достоверной информации, связанной с передвижением внутри учреждений без посторонней помощи, формируя инклюзивное пространство учреждений. Одним из подходов к решению данной задачи является разработка и использование новых программных и аппаратных средств, использующих современные доступные мобильные устройства.

В Кемеровском государственном университете (КемГУ) в рамках инициативной научной темы кафедры ЮНЕСКО по информационным вычислительным технологиям реализуются проекты по созданию программных средств, повышающих информативность социально-культурной и образовательной среды учреждения. Одним из таких проектов является создание системы indoor-навигации, направленной на предоставление актуальной информации о размещении учебных аудиторий и социально значимых объектов внутри учебных корпусов «Мой проводник» [1].

**Концептуальная модель.** Аппаратное обеспечение включает систему BluetoothLE маяков [3]. Такие маяки устанавливаются на одном уровне на стенах внутри помещений учреждения. В качестве приемника сигнала выступает мобильное устройство пользователя на базе Android [2]. Посетитель заходит в учреждение, карты помещений которого у него загружены и установлены вместе с мобильным приложением. Во время работы приложение активирует bluetooth-адаптер

мобильного устройства, сканирует эфир и сохраняет значения уровня принимаемого сигнала для дальнейшей обработки. Для определения местоположения необходимо и достаточно зафиксировать силу сигнала трех ближайших Beacon маяков. В случае, когда мобильному устройству удастся зафиксировать сигналы только одного или двух маяков, то невозможно с достаточной точностью определить местоположение и результат выдается как «нахождение в АБВ-зоне» (например, нахождение в левом крыле здания). Когда количество зафиксированных маяков превышает три, то выбираются те, силы сигнала которых имеют наибольшее значение. При помощи алгоритма трилатерации определяется местоположение посетителя, которое затем может уточняться различными методиками (с применением фильтров и иных математических алгоритмов). Результат определения местоположения озвучивается голосовым синтезатором.

Программная реализация. Связующим компонентом аппаратно-программного комплекса «Мой проводник» является мобильное приложение, которое загружается на мобильное устройство при посещении учреждения и включает в себя:

модуль взаимодействия мобильного устройства с Beacon маяками;

графический интерфейс пользователя с удобной навигацией;

голосовой интерфейс управления приложением и информирования пользователя;

поэтажные планы помещений (карты);  
дополнительные навигационные сигналы: световые, звуковые, и вибрация.

Функционально мобильное приложение должно обеспечивать определение местоположения пользователя с привязкой к поэтажному плану учреждения; голосовое описание окружающего пространства и возможного расположения социально значимых объектов (кабинетов, столовой, лестниц, выхода в другие зоны); построение маршрута следования к необходимому пункту назначения пользователя, отрисовка его на карте и голосовое сопровождение процесса перемещения.

Результаты. На данный момент аппаратно-программный комплекс прошел пробную эксплуатацию в условиях учебного корпуса № 2 и центра новых информационных технологий Кемеровского государственного университета. Приложение будет востребовано людьми с особыми потребностями при самостоятельном посещении университета, абитуриентами, студентами первого курса для облегчения поиска нужной аудитории в учебных корпусах.

Заключение. Мобильное приложение в интеграции с маячками Beacon позволит ориентироваться внутри помещений с помощью мобильного устройства, поддерживающего технологию Bluetooth, что расширит возможности самостоятельного посещения учреждений в информационную среду которых интегрирован разрабатываемый аппаратно-программный комплекс. Современные информационно-коммуникационные технологии могут выступать в качестве ассистивных средств, позволяя создавать инклюзивную среду образовательного учреждения, доступную для всех.

#### Список литературы

1. Капков Н.Р., Конев Е.К. Использование технологии Bluetooth Low Energy в мобильных приложениях для позиционирования внутри помещений // Материалы инновационного конвента «Кузбасс: образование, наука, инновации» / Кемерово, 2017. – С. 470-473.
2. Кошелев Б.В., Карагин Н.А. О возможности использования смартфонов для навигации внутри помещений // Известия Тульского государственного университета. Технические науки. Вып. 9. Ч 2. / Тульский государственный университет, 2017. –С. 131-140
3. J. Guevara, A.R. Jiménez, J.C. Prieto, F. Seco, Auto-localization algorithm for local positioning systems, Ad Hoc Networks, Volume 10, Issue 6, 2012, Pages 1090-1100.<http://dx.doi.org/10.1016/j.adhoc.2012.02.003>.

Гнездилова С.А., Китаев Д.Г.

## УНИВЕРСИТЕТСКАЯ ЭТИКА КАК ЧАСТЬ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Университет ИТМО, СПбГУ  
Россия, Санкт-Петербург

Gnezdilova S.A., Kitaev D.G.

## UNIVERSITY ETHICS IN INCLUSIVE EDUCATION

ITMO University, SPBU  
Russia, St. Petersburg

**Аннотация:** Университетская этика - это часть инклюзивного образования. Складывается из трех компонентов: нормативного, практического и теоретического. Университетская этика - это характеристика университетского поля, которая указывает на сферу этического регулирования, развития инклюзии в университете и социализации в образовательном пространстве и за его пределами.

**Abstract:** University ethics is part of inclusive education. It consists of three components: normative, practical and theoretical. University ethics is a characteristic of the university field, which points to the sphere of ethical regulation, the development of inclusion in the university and socialization in the educational space and beyond.

**Ключевые слова:** Университетская этика, инклюзивное образование, высшее образование, этическое регулирование, университетское поле

**Keywords:** University ethics, inclusive education, higher education, ethical regulation, university field

Коллективным субъектом высшего образования является университет, который создает вокруг себя университетское поле. Внутри поля он существует как целое и воспроизводит автономную внутреннюю и внешнюю сферу регулирования, в том числе этического [1]. Развитие высшего образования в России сегодня сталкивается с проблемой отсутствия доступности образовательного процесса для лиц с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), получения ими качественного образования. Для устранения этой проблемы необходима готовность преподавателей и других сотрудников

вузак работе с данным контингентом обучающихся, а также социально-психологическая среда вуза, учебно-методическое обеспечение и доступность зданий и сооружений образовательной организации. Таким образом, формируется инклюзия в вузе.

В процессе обучения лица с инвалидностью и ОВЗ осваивают не только знания по конкретным дисциплинам, но также приобретают навыки социализации в обществе. Соответственно, у обучающихся и преподавателей возникает необходимость корректной коммуникации в процессе инклюзивного образования. Инклюзия как таковая обязательно включает в себя этическую составляющую: конвенции о соблюдении прав, достоинства инвалидов, отсутствие дискриминации и признание равных возможностей и т.д. Университетская этика - одна из объективированных характеристик университетского поля, указывающая на спектр понятий этического регулирования внутри и вне университета. Это обеспечивает успешную социальную адаптацию в среде вуза и получение равных академических возможностей всех обучающихся.

Университетская этика складывается из нескольких компонентов: нормативного (закон «Об образовании», декларация о правах инвалидов, документы, регламентирующие развитие инклюзии в вузах и т.д.), практического (кодексы, уставы, миссии, политики отдельных вузов или научных сообществ) и теоретического (признаки классического университета).

Университетская этика - одна из характеристик университетского поля, которая указывает на сферу этического регулирования, развитие инклюзии в университете и социализацию в образовательном пространстве и за его пределами.

### Источники и литература

1. Бурдые П. Homo academicus [Текст] / Пьер Бурдые; пер. с фр. С.М.Гавриленко, О.М.Журавлева, Д.Ж.Кондова, Е.В.Кочетыгорова. О.О.Николаева, Н.В.Савельева; под науч. ред. Е.В.Кочетыгоровой и Н.В.Савельевой. - М.: Издательство Института Гайдара, 2018. - 464 с.

Старобина Е.М.

## АССИСТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта

Минтруда России

Россия, Санкт-Петербург

Starobina E.M.

## ASSISTIVE TECHNOLOGY IN VOCATIONAL REHABILITATION OF PERSONS WITH DISABILITIES

Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht" of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation  
Russia, St. Petersburg

**Аннотация:** На всех этапах и направлениях профессиональной реабилитации используются ассистивные технологии, включающие вспомогательные технические средства и услуги в виде комплексного сопровождения.

**Abstract:** At all stages and directions of vocational rehabilitation assistive technologies are used, including special equipment and services in the form of complex support.

**Ключевые слова:** профессиональная реабилитация, вспомогательные технические средства, комплексное сопровождение учебного процесса.

**Keywords:** At all stages and directions of vocational rehabilitation assistive technologies are used, including special equipment and services in the form of complex support.

Профессиональная реабилитация – заключительный этап реабилитации инвалидов - содействует наиболее полной интеграции в общество за счет профессиональной самореализации и обеспечения материальной независимости.

Все этапы и направления профессиональной реабилитации сопровождаются различными видами ассистивных средств и услуг. Ассистивные средства предназначены для того, чтобы поддерживать на прежнем уровне или повысить функциональные возможности и автономность людей.

В процессе профессионального образования ассистивными средствами являются специализированные технические средства обучения, оборудования учебных мест в соответствии с нарушенными функциями организма обучающихся, что определяется соответствующими нормативными актами для инвалидов с нарушением сенсорных функций и опорно-двигательного аппарата.

Ассистивные услуги в виде комплексного сопровождения образовательного процесса лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов включается в структуру образовательного процесса, определяется его целями, построением, содержанием и методами [2, 3].

Организационно-педагогическое сопровождение направлено на контроль учебной деятельности обучающихся инвалидов в соответствии с графиком учебного процесса в условиях инклюзивного образования и может включать: контроль за посещаемостью занятий; помощь в организации самостоятельной работы в случае заболевания; организацию индивидуальных консультаций для длительно отсутствующих обучающихся; содействие в прохождении промежуточных аттестаций, сдаче зачетов, экзаменов, в ликвидации академических задолженностей; коррекцию взаимодействия обучающегося и преподавателя в учебном процессе; консультирование преподавателей и сотрудников по психофизическим особенностям обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов, коррекцию трудных ситуаций; периодические инструктажи и семинары для преподавателей, методистов и иную деятельность.

Медико-оздоровительное сопровождение включает диагностику физического состояния обучающихся, сохранение здоровья, развитие адаптационного потенциала, приспособляемости к учебе.

Социальное сопровождение – сопутствующие образовательному процессу мероприятия, направленные на социальную поддержку обучающихся с инвалидностью

при инклюзивном образовании, включая проживание в общежитии, социальные выплаты, выделение материальной помощи, стипендиального обеспечения, содействие в решении бытовых проблем.

В процессе трудоустройства и непосредственно трудовой деятельности вспомогательные средства позволяют обеспечить приспособление рабочего места и доступность производственной среды с учетом нарушенных функций организма различных категорий инвалидов. В качестве вспомогательных технологий выступает социально-психологическая и социально-производственная адаптация, сопровождаемое содействие занятости и наставничество в процессе адаптации на рабочем месте [1].

#### Использованная литература

1. Старобина Е.М., Владимирова О.Н., Давыдов А.Т. Разумовский М.И., Кожушко Л.А., Факторы, определяющие трудовую деятельность инвалидов со значительными проблемами здоровья. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2017. №20 (1). – С. 19–24.
2. Старобина Е.М. Обеспечение доступности профессионального образования инвалидов. // Материалы научно-практической конференции «Доступная среда. Аспекты второго плана», Новокузнецк, 3-4 сентября 2015 г. - Новокузнецк: ИП Петровский К.В., 2015. -С.85-87.
3. Старобина Е.М. Создание реабилитационно-образовательной среды для высшего профессионального образования лиц с ограниченными возможностями здоровья. // Обеспечение доступной образовательной среды для лиц с ограниченными возможностями здоровья: проблемы, приоритеты и пути решения Материалы IV международной практической конференции. 2013. - С. 211-214.

УДК 616.052 + 159.072

Кривенков С.Г., Фидарова З.Д.,  
Кантемирова Р.К.

### **МЕТОД БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ КАК ОДНА ИЗ АССИСТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С ОТДАЛЕННЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ**

ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта

Минтруда России

Россия, Санкт-Петербург

Krivenkov S.G., Fidarova Z.D.,  
Kantemirova R.K.

### **METHOD OF BIOLOGICAL FEEDBACK AS ONE OF ASSISTIVE TECHNOLOGIES FOR REHABILITATION OF DISABLED PEOPLE WITH REMOTE CONSEQUENCES OF CRANIAL-BRAIN TRAUMA**

Federal State Budgetary Institution “Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht” of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation  
Russia, St. Petersburg

**Аннотация:** Представлены результаты применения метода биологической обратной связи (в варианте neurofeedback) отработанного в ходе сотрудничества отдела профессиональной и психологической реабилитации и абилитации инвалидов и терапевтического отделения клиники ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта для пациентов с сочетанной патологией, включающей наличие в анамнезе черепно-мозговых травм, в том числе военных травм. Обращено внимание на достижение у многих пациентов эффекта повышения концентрации внимания при проведении не менее четырех сеансов.

**Abstract:** The results of application of the method of biofeedback (neurofeedback) spent in the course of cooperation of the Department of professional and psychological rehabilitation and habilitation of persons with disabilities and therapeutic Department of the clinic, Department of the clinic G. Albrecht Center for patients with combined pathology, including a history of traumatic brain

injury, including military injuries. Attention is drawn to the achievement of many patients the effect of increasing concentration, with a minimum of four sessions.

**Ключевые слова:** методика биологической обратной связи (вариант neurofeedback), пациенты с черепно-мозговыми травмами в анамнезе, повышение уровня концентрации внимания, артериальная гипертензия

**Keywords:** method of biological feedback (neurofeedback variant), patients with craniocerebral trauma in anamnesis, increase level of concentration, arterial hypertension

При экспертно-реабилитационной диагностике 80 находящихся на терапевтическом отделении пациентов с артериальной гипертонией, ишемической болезнью сердца, бронхиальной астмой, сахарным диабетом, в том числе 34 человека с сочетанной патологией – отдаленными последствиями черепно-мозговых травм, у больных без сочетанной патологии мы в течение двух лет проводили компьютерное психодиагностическое тестирование. Использовали набор методов экспресс-тестирования: определение профиля личности; проективный тест Сцонди с клиническими шкалами и оценкой эмоциональной лабильности и конфликтности; тест по диагностике структуры агрессивности и враждебности; тест Голланда (выявление ведущих типов личности по отношению к предмету труда); тест по выявлению индивидуальных проблемных зон личности. В случае наличия ЧМТ в анамнезе (обстоятельства травм были различны, в том числе военные травмы). дополнительно проводили тест ИТТ по определению уровня интегративной, личностной и ситуативной тревожности и покомпонентной структуры тревожности; тест «Индекс жизненного стиля» (сравнительная выраженность восьми основных типов поведения в стрессовых ситуациях); тест PTSD (выявление посттравматической симптоматики, включая диссоциативную).

С учетом результатов тестирования, 21 пациенту с отдаленными последствиями ЧМТ (за 2016-2017 годы) были проведены сеансы биологической обратной связи.

Использовали комплекс БОСЛАБ, нормализовали тета-бета соотношение. Цель – обучение пациентов навыкам повышения концентрации внимания, что является одним из профессионально важных качеств при трудоустройстве в ряде современных профессий. Достижение пролонгированного эффекта часто затруднено из-за сравнительно короткого времени пребывания пациента в клинике. Однако у 2/3 инвалидов к четвертому сеансу удается восстановлены навык концентрации внимания, что может являться не только реабилитацией, но и абилитацией.

1. С.Г.Кривенков, З.Д.Фидарова. Методическое обеспечение и опыт компьютерного тестирования при экспертно-реабилитационной диагностике пациентов терапевтического профиля. Материалы научно-практической конференции с международным участием "Инвалидность и реабилитация", Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации, г.Санкт-Петербург, 24-25 ноября 2016, с.94-96.

УДК 377.121; УДК 376

Рачина Г.Б.

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ  
ОРИЕНТАЦИЯ И  
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ  
РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ, ЛИЦ  
С ОГРАНИЧЕННЫМИ  
ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ.**

СПб ГБУ «Профессионально–реабилитационный  
центр»

Санкт-Петербург

Rachina G.B.

**VOCATIONAL GUIDANCE AND  
VOCATIONAL REHABILITATION OF  
DISABLED PERSONS, PERSONS  
WITH DISABILITIES.**

SPb GBU "Vocational Rehabilitation center"

Saint-Petersburg

**Аннотация:** В данной статье представлен анализ комплексного подхода к решению вопросов профессиональной ориентации инвалидов трудоспособного возраста и его значение в профессиональной реабилитации,

целесообразности профессионального обучения и переобучения инвалидов с учетом объективных и субъективных критериев.

**Abstract:** This article presents an analysis of an integrated approach to solving the problems of vocational guidance of disabled people of working age and its importance in vocational rehabilitation, the feasibility of vocational training and retraining of disabled people, taking into account objective and subjective criteria.

**Ключевые слова:** инвалиды, профессиональная реабилитация, профессиональная ориентация, комплексный подход, профессионально-реабилитационный центр, комплексное сопровождение учебного процесса.

**Keywords:** disabled people, professional vocational rehabilitation, professional orientation, complex approach, professional rehabilitation center, complex support of educational process.

Профессиональная реабилитация инвалидов является одной из важнейших составляющих реабилитации инвалидов в целом, и может быть определена критериальной оценкой – трудоустройством инвалидов, интеграцией их в открытый рынок труда, в социум.

Большое внимание должно быть уделено профориентации инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья (далее – ЛОВЗ), в том числе инвалидам трудоспособного возраста, и на основании полученных результатов профессиональному образованию данной категории граждан.

Система образования взрослых должна помогать людям в осознании стоящих перед ними проблем, способствовать их самостоятельному решению, преодолению потребительской позиции, в самоопределении и адаптации. Успешность образования оценивается количеством и качеством компетенций, отражающих способность качественно выполнять свои профессиональные функции.

В этих условиях необходима разработка программы профессиональной реабилитации инвалида, учитывающей особенности конкретного человека, способствующая достижению им желаемого результата.

Целесообразность профессионального обучения и переобучения инвалидов должна учитывать объективные и субъек-

тивные критерии: объективная целесообразность, перспективность предоставления инвалиду тех или иных образовательных услуг (с позиций сохранения здоровья, остаточной трудоспособности, достоинства и независимости личности, а также экономических интересов общества), личная заинтересованность в получении образования.

Согласно Федеральному закону от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» предусматривается в целях реализации права каждого человека на образование федеральными государственными органами, органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления создание необходимых условий для получения без дискриминации качественного образования лицами с ограниченными возможностями здоровья, для коррекции нарушений развития и социальной адаптации, оказания ранней коррекционной помощи на основе специальных педагогических подходов и наиболее подходящих для этих обучающихся языков, методов и способов общения и условия, в максимальной степени способствующие получению образования определенного уровня и определенной направленности, а также социальному развитию этих лиц, в том числе посредством организации инклюзивного образования ЛОВЗ.

В настоящее время на базе Санкт-Петербургского государственного бюджетного специального реабилитационного профессионального образовательного учреждения – техникума для инвалидов «Профессионально-реабилитационный центр» профессиональная реабилитация представлена как комплекс, включающий профессиональную ориентацию, профессиональное образование, мероприятия направленные на содействие трудоустройству инвалидов при социально-психологическом и медицинском сопровождении образовательного процесса. Его возможности позволяют создать специальные условия для тех, кто не может получить профессиональное образование в

других образовательных организациях, включая инклюзивную форму обучения.

На первом этапе профессиональной реабилитации в процессе профориентации решается целый комплекс задач:

проведение профессионального консультирования;

объективное выявление профессионально важных психофизиологических и личностных качеств, базовых профессиональных знаний, умений, навыков и способностей к обучению;

определение реабилитационного потенциала и следовательно прогноза на обучение и трудоустройство;

осуществление профподбора на основании полученных результатов;

разработка индивидуального маршрута профессиональной реабилитации с учетом индивидуальных особенностей человека;

проведение комплекса мероприятий по повышению общеобразовательного уровня и адаптации к процессу профессионального обучения.

На этапе профессиональной ориентации закладывается основа успешности мероприятий по интеграции человека с ограниченными возможностями, построение этапности реабилитации, так называемой «лестницы реабилитации», определяющей те небольшие шаги, которые позволяют наиболее эффективно и последовательно решать поставленные перед индивидом задачи, направленные на выбор его будущей профессиональной деятельности. В настоящее время применение личностно-ориентированного подхода к проблеме профориентации и профессиональной реабилитации помогает людям с ограниченными возможностями понять свои желания и возможности. Как показывает практика, одной из наиболее часто встречаемых трудностей у лиц с ограниченными возможностями, является низкий уровень, а иногда и полное отсутствие мотивации к обучению и последующей трудовой деятельности.

Значительный вклад вносит работа на участке углубленной профессиональной диагностики (УУПД), позволяющая провести профессиональную диагностику возможностей опанта на основании

проведения целого ряда профессиональных проб по разным направлениям профессиональной деятельности и решает несколько задач: уточнение результатов профориентационного тестирования, возможность адаптации рабочего места и более полное раскрытие потенциальных и компенсаторных возможностей опанта и некоторые другие. Работа на УУПД представляет собой комплекс заданий «от простого к сложному» и имеет на данный момент девять, так называемых, рабочих станций, выполнение трудовых заданий на которых позволяет оценить умения, навыки, склонности, способности, уровень подготовки, ПВК, как специалистам отдела, так и самому опанту. Необходимо отметить, что в процессе тестирования задания выполняются не только индивидуально, но и в составе группы.

Профессиональные пробы дают человеку возможность подтвердить или опровергнуть свой выбор с помощью выполнения трудовых операций, проверив свои интересы, способности и личностные особенности в приближенных к реальным условиям профессиональной деятельности.

Использование профессиональных проб позволяет более объективно оценить профессиональные возможности инвалида, а также способствует осуществлению им адекватной самооценки и, следовательно, уже с большей вероятностью определить реабилитационный прогноз, рекомендовать обучение по той или иной специальности и совместно выработать наиболее целесообразные пути профессиональной реабилитации. При этом повышается его ответственность за свои поступки, развивается более активная жизненная позиция.

Квалифицированная реализация профессиональных проб позволяет оказывать реабилитационно-коррекционный эффект по формированию более адекватных трудовых установок на доступные виды профессиональной деятельности в соответствии с имеющимися индивидуальными возможностями.

Также следует учитывать то обстоятельство, что при профессиональном самоопределении инвалидов, профес-

сиональные пробы способны играть достаточно серьезную прогностическую роль, так как по результатам их проведения можно прогнозировать как эффективность будущего трудоустройства, так и успешность профессиональной самореализации в целом.

Технология проведения профессиональных проб при профессиональной ориентации инвалидов востребована широким кругом реабилитационных учреждений, осуществляющих профессиональную ориентацию инвалидов для подбора видов профессиональной деятельности и реабилитационно-образовательными учреждениями для профотбора инвалидов на профессиональное обучение. Она апробирована и внедрена с уточнением методики проведения проб в конкретных мастерских и общей технологии включения проб в процесс профориентации инвалидов в различных типах учреждений.

Организационно система профотбора в СПб ГБУ «Профессионально-реабилитационный центр» базируется на трех основных блоках:

1. Приемная комиссия, решающая задачу приема и оформления сопроводительных документов.

2. Собственно профотбор, включающий мероприятия по определению профпригодности и включающий в себя следующие этапы: первичное собеседование, социальное интервью, профориентационное, психологическое тестирование, профессиональное тестирование (исследование профессионально-важных качеств, общих и профессиональных компетенций), собеседование по пройденным этапам, итоговое заключение.

3. Реабилитационно-подготовительные курсы (РПК), выполняющие роль подготовки и адаптации к учебному процессу.

Таким образом, схема профотбора реализуется на основе комплексного подхода с формированием заключения о профессиональной пригодности инвалида, ЛОВЗ, с учетом результатов проведенных профориентационных и профдиагностических мероприятий.

С внедрением этой схемы существенно расширился перечень используемых методик, введена помимо индивидуальной групповая работа, повысилось значение результатов практических проб, благодаря чему повысилось качество прогноза обучения и дальнейшего трудоустройства.

Ключевые преимущества данной модели профотбора следующие:

- системный и комплексный подход к решению вопроса о профессиональной пригодности инвалида к тому или иному виду деятельности;

- вынесение решения о профпригодности на основании комплексного заключений специалистов различных областей;

- наличие обратной связи с различными этапами профессиональной реабилитации;

- индивидуальный и дифференцированный подход к оптантам;

- использование как индивидуальной, так и групповой формы работы;

- возможность изменения продолжительности проведения тестирования в зависимости от специальных потребностей инвалида, ЛОВЗ;

- работа в тесном контакте с медико-социальной экспертизой;

- возможность постоянного совершенствования данной модели исходя из требований различных профессий и профессионального обучения;

- возможность проследить динамику изменения психического, физического, эмоционального состояния абитуриента, его способность переносить нагрузки;

- наличие психокоррекционного эффекта;

- создание благоприятных условий для социально-психологической адаптации;

- наличие медицинского, социального и психологического сопровождения профотбора;

- высокая степень объективности результатов тестирования;

- возможность применения этой методики к любому контингенту испытуемых.

Данная методика профотбора, как важнейшего аспекта профориентации инвалидов в специализированных профессиональных образовательных организациях социальной защиты, доказала свою

эффективность. Инвалиды, прошедшие мероприятия по данной модели профотбора и получившие рекомендацию на обучение, показывают хорошие результаты в обучении и дальнейшем трудоустройстве.

Необходимо отметить, что антропоцентрический подход в современной профориентационной практике получил свое отражение в новых требованиях к описанию профессионально важных качества работника как субъекта труда. При их описании в профессиональной педагогике выделяют такое понятие как «ключевые квалификации», которые являются основой практически для всех профессий и не теряющих своего значения при изменении технологии производства и определяют продуктивность (производительность, качество, результативность и так далее) не только в рамках конкретной профессиональной деятельности.

На современном этапе обучение базисным квалификациям рассматривается как одно из направлений профессионального образования и включает в них те знания и умения, способности, личностные качества, которые необходимы для работы в различных сферах профессиональной деятельности, в решении возникающих ситуаций в процессе трудовой деятельности и социальной жизни. Для индивида в условиях развитой рыночной экономики существует прямое соответствие между уровнями имеющихся базовых навыков и возможностью получения занятости. При обучении инвалидов в настоящее время ставится задача освоения специальности в соответствии с квалификационными требованиями, рассматривающими квалификацию как часть компетенции специалиста, включающей специальные знания и умения, индивидуальные способности, отношение к труду и социальному окружению, в том числе способность действовать самостоятельно и ответственно.

Следует отметить, что эффективность профессиональной реабилитации инвалидов повышается при проведении профессиональной диагностики инвалидов для определения оптимального комплекса

мероприятий, необходимых для успешного овладения выбранной профессией, повышения уровня социальной компетенции, уточнения ИПРА инвалида, коррекции профпланов и сопутствующих социально-психологической адаптации, на этапах профессиональной реабилитации. Социально-психологическое сопровождение в процессе профессиональной реабилитации должно учитывать индивидуальные особенности обучающегося, обеспечивать комфортные условия получения образования и подготовку к трудоустройству.

В дальнейшем, в процессе трудоустройства и непосредственно трудовой деятельности необходимо обеспечить приспособление рабочего места и доступность производственной среды с учетом нарушенных функций организма различных категорий инвалидов. В качестве вспомогательных технологий выступает социально-психологическая и социально-производственная адаптация, сопровождаемое содействие занятости и наставничество в процессе адаптации на рабочем месте [1].

На протяжении многих лет между учреждениями ФКУ «ГБ МСЭ по г. Санкт-Петербургу» и СПб ГБУ «Профессионально-реабилитационный центр» происходит обмен информацией, проводятся совместные семинары, рабочие встречи с целью совершенствования межведомственного взаимодействия по вопросам профессиональной реабилитации инвалидов. В 2014 году между ФКУ «ГБ МСЭ по г. Санкт-Петербургу» и СПб ГБУ «Профессионально-реабилитационный центр» заключено Соглашение о сотрудничестве, позволяющее организовать более тесное взаимодействие между двумя организациями. В настоящее время совместная деятельность позволяет достаточно оперативно решать конкретные вопросы, возникающие в процессе всех этапов профессиональной реабилитации, начиная с профориентации и заканчивая содействием трудоустройству, осуществлять мониторинг и оценку хода и результатов реабилитации.

Отмечены хорошие результаты взаимодействия специалистов СПб ГБУ «Профессионально-реабилитационный центр» и Центров социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов города по вопросам профессиональной и социальной реабилитации инвалидов.

В настоящее время для успешной работы в области профессиональной реабилитации отрабатывается новая система взаимодействия между ПРЦ, МСЭ и Агентствами по занятости населения. В настоящий переходный период достаточно сложно в некоторых случаях добиться оптимального решения вопросов профессиональной реабилитации, так как при реализации ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида) обеспечиваются последовательность, комплексность и непрерывность в осуществлении реабилитационных или абилитационных мероприятий, динамическое наблюдение и контроль за эффективностью проведенных мероприятий.

Критерием оценки эффективности проведенной реабилитации является социальная адаптация и интеграция инвалида в обществе путем его трудоустройства или дальнейшего обучения по программам более высокого профессионального уровня с учетом потребностей и индивидуального выбора инвалида.

#### Использованная литература

1. Старобина Е.М., Гордиевская Е.О., Кузьмина И.Е. Профессиональная ориентация лиц с учетом ограниченных возможностей здоровья. - М.: ФОРУМ, 2013. - 350 с.
2. Старобина Е.М., Владимирова О.Н., Давыдов А.Т. Разумовский М.И., Кожушко Л.А., Факторы, определяющие трудовую деятельность инвалидов со значительными проблемами здоровья. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2017. №20 (1). – С. 19–24.
3. Старобина Е.М. Обеспечение доступности профессионального образования инвалидов. // Материалы научно-практической конференции «Доступная среда. Аспективвторого плана», Новокузнецк, 3-4 сентября 2015 г. - Новокузнецк: ИП Петровский К.В., 2015. -С.85-87.
4. Рачина Г.Б. Значение комплексного подхода к решению вопросов профессиональной реабилитации инвалидов трудоспособного возраста. Реабилитация – XXI век: традиции и инновации / Глав. ред. д-р мед. наук, проф., Г.Н. Пономаренко; ред. коллегия:

д-р мед. наук В.П. Шестаков, канд. мед. наук Н.Н. Лебедева, канд. биол. наук. А.В. Шошмин, канд. экон. наук Я.К. Бесстрашнова]. // Мат. I Нац. Конгр. с межд. участием. – СПб: ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта, 2017. – 412 с., С. 136-140

5. Старобина Е.М., Гордиевская Е.О., Кузьмина И.Е., Рачина Г.Б. Профотбор в ходе профориентации инвалидов в системе социальной защиты. Научно-методический и практический журнал «Воспитание и обучение детей с нарушениями развития №8, 2017г АО «ИПК «Чувашия».-77 с. С. 4-11.

УДК 378.14

Мухаметшина А.В., Митрошина Д.Н.  
**РОЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ  
БЕЗОПАСНОСТИ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ  
ИПР В ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ  
ИНКЛЮЗИВНОМ ОБРАЗОВАНИИ.**

Университет ИТМО  
Россия, Санкт-Петербург

Mukhametshina A.V., Mitroshina D.N.  
**THE ROLE OF PSYCHOLOGICAL  
SECURITY IN THE  
IMPLEMENTATION OF THE IRP IN  
VOCATIONAL INCLUSIVE  
EDUCATION.**

ITMO University  
Russia, Saint-Petersburg

**Аннотация:** При реализации профессионального инклюзивного образования важно включать мероприятия по психологической безопасности, обеспечивающей создание благоприятного психологического климата для всех участников образовательного процесса.

**Abstract:** Its important to include measures of psychological security in inclusive education, because it ensures the creation the favorable psychological climate for all participants of educational process.

**Ключевые слова:** инклюзивное образование, индивидуальная программа реабилитации, психологическая безопасность, участники образовательного процесса

**Keywords:** inclusive education, individual rehabilitation program, psychological security, participants of educational process

Психологическая безопасность является одной из ведущих характеристик для определения развития образовательной среды, так как она включает в себя широкий спектр компонентов: состояние защищенности от психологического насилия; удовлетворенность основных потребностей в личностно-доверительном общении и самоактуализации; условия, запускающие позитивные возможности психического и профессионального развития и др.

В контексте профессионального инклюзивного образования можно отметить важную роль психологической безопасности, так как сама концепция инклюзии предполагает создание гибкой адаптивной среды, комфортной не только для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), но и для всех участников образовательного процесса. Как исполнителю определенных мероприятий индивидуальной программы реабилитации (ИПР) обучающихся с инвалидностью и ОВЗ высшему учебному заведению (вуз) необходимо включать в план работы мероприятия по психологической безопасности. Данная тенденция позволит обеспечить, с одной стороны, повышение уровня социальной адаптации обучающихся с инвалидностью, так как будут созданы условия их психологической защищенности в обществе, а, с другой стороны, повышение уровня профессиональной компетентности преподавателей, так как они будут подготовлены к работе в инклюзивной группе.

Условиями обеспечения психологической безопасности в профессиональном инклюзивном образовании является определение и учёт факторов, оказывающих воздействие на социально-психологический климат образовательной среды. Основная угроза во взаимодействии субъектов образовательной среды – психотравма, что ведёт к препятствиям при самоактуализации участников образовательного процесса. Возникновение психологической травмы опосредованно наличием психологического насилия при взаимодействии. В результате, такая образовательная среда может оказать негативное воздействие не

только на здоровье участников образовательного процесса, но и на эффективность обучения. Для снижения уровня психологических опасностей в образовательном пространстве необходима организация системы психологической помощи, которую может реализовать служба сопровождения инклюзивного образования. Целью данной системы является развитие психологически здоровой личности в условиях инклюзивной образовательной среды, имеющей для участников образовательного процесса референтную значимость, удовлетворяющей их основные потребности в общении и обеспечивающей психологическую защищенность. Работа выстраивается с помощью психолого-педагогических технологий, построенных на основе диалога, направленного на сотрудничество и отказ от психологического насилия.

УДК 745.513 + 738.8

Иосифова А.В.

**РЕАБИЛИТАЦИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ  
ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С  
ОГРАНИЧЕНИЯМИ  
ВОЗМОЖНОСТЕЙ ЗДОРОВЬЯ ЧЕРЕЗ  
ПОЛУЧЕНИЕ ХУДОЖЕСТВЕННЫХ  
ПРОФЕССИЙ В СПБ ГБУ  
«ПРОФЕССИОНАЛЬНО-  
РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР»**

СПБ ГБУ «Профессионально-реабилитационный  
центр»

Iosifova A.V.

**REHABILITATION OF THE  
DISABLED STUDENTS AND PERSONS  
WITH HEALTH LIMITATIONS  
THROUGH OBTAINING ART  
PROFESSIONS IN ST. PETERSBURG  
STATE BUDGETARY INSTITUTION  
"PROFESSIONAL REHABILITATION  
CENTRE"**

State Budgetary Institution  
"Professional Rehabilitation Centre"  
St. Petersburg

**Аннотация:** СПб ГБУ «Профессионально-реабилитационный центр» - государственное социально ориентированное многопрофильное комплексное реабилитационно-образовательное учреждение для осуществления профессиональной реабилитации инвалидов и лиц с ОВЗ, конечная цель которого – возвращение к активной трудовой деятельности людей с ограничениями в здоровье. Данная статья раскрывает возможности реабилитации инвалидов и людей с ОВЗ через получение профессии художественной направленности: «Художник росписи по дереву», «Изготовитель художественных изделий из керамики» на примере образовательного учреждения СПб ГБУ «Профессионально-реабилитационный центр».

**Abstract:** St. Petersburg State Budgetary Institution "Professional Rehabilitation Centre" is a state socially-oriented multidisciplinary complex rehabilitation and educational institution for the professional rehabilitation of the disabled and people with HIA whose ultimate goal is to return to active work of people with health impairment. This article is dedicated to the possible rehabilitation of the disabled and people with HIA through obtaining an Art profession, e.g. "Painter in painting on wood", "Manufacturer of art products from ceramics" on the example of the educational institution of St. Petersburg State Budgetary Institution "Professional Rehabilitation Centre".

**Ключевые слова:** доступная среда, реабилитация, профессия, ИПР – индивидуальная программа реабилитации, люди с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ).

**Keywords:** accessible design, rehabilitation, profession, IRP - individual rehabilitation programme, the disabled (HIA),

В настоящее время происходит закономерное возрастание внимания не только государственных институтов, но и общественных организаций к роли профессионального и самодеятельного творчества в системе адаптации и интеграции в общество людей с ограничениями жизнедеятельности. Феномен творчества ставит под сомнение не только слово «инвалид» как определение категории людей, недееспособных в той или иной области, но и даже понятие «человек с ограниченными возможностями», так как в области творчества возможности человека безграничны.

Вопросы профессиональной реабилитации и обеспечения занятости инвалидов занимают существенное место в политике государства на современном этапе.

Численность инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), проживающих в Санкт-Петербурге (по данным АИС ЭСРН - автоматизированной информационной системы «Электронный социальный регистр населения Санкт-Петербурга») на 01.01.2017 - 638 440 человек:

1) По группам инвалидности, чел.: 1 группа - 37 931; 2 группа - 439 919; 3 группа - 145 431;

2) По возрастному составу, чел.: инвалиды трудоспособного возраста - 95 354; инвалиды пожилого возраста - 527 927; дети-инвалиды - 15 159;

3) По проблемам здоровья, чел.: нарушения опорно-двигательного аппарата (в том числе дети-инвалиды) - 128 875 (3 144); из них инвалиды-колясочники (в том числе дети-инвалиды) - 15 719 (2 354); нарушения слуха (в том числе дети-инвалиды) - 18 252 (794); нарушения зрения (в том числе дети-инвалиды) - 9 161 (357); инвалиды с детства - 29 488.

Большое количество людей, изолированных от общества, не имеют возможности заниматься социально значимой деятельностью. В связи с этим, такое образовательное учреждение как СПб ГБУ «Профессионально-реабилитационный центр» является уникальным. «Профессионально-реабилитационный центр» - государственное специальное реабилитационное образовательное учреждение среднего профессионального образования многоуровневой и многопрофильной профессиональной подготовки инвалидов в возрасте старше 18 лет, созданное в целях интеграции инвалидов в общество и возвращения их к активной трудовой деятельности.

Прежде чем говорить по существу данной темы, хочется познакомить с историей возникновения нашего центра и его возможностями. В начале 90-ых годов XX века Министерство социальной защиты Российской Федерации и Федеральное министерство труда и социальной политики

ФРГ заключили соглашение, одним из пунктов которого являлось создание Центра реабилитации инвалидов в Санкт-Петербурге. В рамках гуманитарной программы «Восток» Министерства труда ФРГ были поставлены материалы и оборудование, вместе с коллегами из Профессионально-реабилитационного центра Франкфурта-на-Майне были разработаны идеология, концепция образования и организационная структура ПРЦ, произведен первоначальный подбор и расстановка кадров. Профессионально-реабилитационный центр был торжественно открыт 10 февраля 1996 года. Наш центр был одним из первых учреждений в России, адаптировавшим и внедрившим концепцию профессиональной реабилитации человека с ограниченными возможностями, принятую в Европе. Наша цель – интеграция людей с ограниченными возможностями здоровья в профессиональную и социальную жизнь.

Здание центра приспособлено для лиц с ОВЗ. «Доступная среда» в образовательном учреждении подразумевает безбарьерное вхождение и перемещение лиц с ОВЗ по всему зданию, начиная со специализированного подъёмного лифта и заканчивая туалетными комнатами. Основным принципом при разработке проекта реконструкции здания для размещения ПРЦ явилось создание равных возможностей его использования всеми без исключения категориями населения. В техникуме обучаются люди с ограниченными возможностями, и каждому должна быть обеспечена возможность комфортного и удобного перемещения.

Здание расположено на территории с удобными подъездами для всех видов автотранспорта и имеет площадки для остановки общественного и личного автотранспорта инвалидов. Для обеспечения возможности комфортного доступа в здание для лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата у входа установлена кнопка вызова помощника, сигнал которой передается сотруднику охраны у входа. На прозрачных полотнах автоматических раздвижных дверей центрального входа нанесена контрастная маркировка.

Дренажная решетка в тамбуре расположена на одном уровне с поверхностью покрытия пола.

Входная зона обеспечена навигационными знаками доступности с тактильными направляющими и предупреждающей разметкой точечными рифами яркого желтого цвета.

Входы в ПРЦ оборудованы пандусами с твердым покрытием, при входах предусмотрены площадки и тамбуры.

Ширина коридоров и проходов в помещениях полностью отвечает нормативным требованиям и обеспечивает удобное перемещение инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата, дверные проемы всех помещений ПРЦ не имеют порогов и перепадов высот. Для обеспечения доступности для инвалидов в помещениях первого этажа с перепадами высот в ПРЦ наряду с лестницами сооружены внутренние пандусы.

На всех этажах помещены тактильные мнемосхемы, в коридорах первого этажа размещена предупреждающая разметка с тактильными направляющими, тактильными рифами и контрастной тактильной лентой. На первом этаже установлен подъемник.

Актальный зал оснащен двумя пандусами, обеспечивающими его доступность для всех обучающихся. В здании установлен пассажирский лифт фирмы ОТИС грузоподъемностью 1000 кг. с шириной дверного проема и параметрами кабины, обеспечивающими вместимость 13 человек и возможность разворота кресла-коляски любого типа на 180 градусов. Серьезное внимание в проекте уделялось санитарно-гигиеническим помещениям. На каждом этаже имеется несколько туалетов. Два туалета имеют универсальные кабины, оборудованные поручнями и другими устройствами, удобными для инвалида, пользующегося креслом-коляской.

На всех этажах оборудованы туалеты для инвалидов, оборудованные специальной удобной сантехникой, поручнями, держателями; на полу использованы нескользящие материалы. В туалете установлена кнопка вызова персонала в

случае экстренных ситуаций. На двери туалета установлен знак «Инвалид».

В наш центр производится набор обучающихся от 18 до 55 лет, с различными заболеваниями, по рекомендации медико-социальной экспертизы.

При организации образовательного процесса преподавателям необходимо учитывать особенности для различных групп инвалидов:

1. Дети-инвалиды (дети-инвалиды с детства), обучавшиеся на дому, в коррекционных школах, в массовых школах по индивидуальным программам.

2. Закончившие школу, не работающие, по различным причинам (медицинским, социальным) не поступившие в учреждения профессионального образования.

3. Вынужденные по состоянию здоровья поменять сферу профессиональной деятельности.

Специфика нашего образовательного учреждения – это реабилитация через обучение, получение профессии; возвращение к активной трудовой деятельности людей с ограниченными возможностями здоровья.

Разный возрастной уровень и различные заболевания, различный уровень образования обучающихся требуют особой формы подачи учебного материала.

Необходимо учитывать, что обучающиеся в группе с разной профессиональной подготовкой, различными диагнозами и разной возрастной категорией, и своим индивидуальным отношением к жизни. Учитывая нозологические формы заболевания и личностные особенности людей с ограниченными возможностями, преподаватель выбирает те формы и методы обучения, которые являются наиболее оптимальными для данной учебной группы.

В Санкт-Петербурге более 13 тысяч детей инвалидов и почти 110 тысяч инвалидов трудоспособного возраста. Около 70 тысяч из них имеют рекомендации в индивидуальных программах реабилитации (ИПР) в разделе «Программа профессиональной реабилитации».

Индивидуальная программа реабилитации инвалида – это разработанный на основе решения уполномоченного органа, осуществляющего руководство федеральными учреждениями, медико-социальной экспертизы комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности. Это означает, что в индивидуальную программу реабилитации должны быть включены все мероприятия, технические и иные средства реабилитации и реабилитационные услуги, необходимые инвалиду для ведения полноценной независимой жизни [2].

Отдел профотбора и профпроб центра с проведением профориентационных и профдиагностических мероприятий, профессиональной ориентации, направленных на диагностику профессиональных возможностей – первый этап работы с будущим реабилитантом. На этом этапе, благодаря новой схеме профотбора, рассчитанной на работу с оптантом в течение двух недель, решается целый ряд задач: профконсультирование, профотбор, профподбор, подготовку и адаптацию к учебному процессу, выбор профессии, составление прогноза на обучение и успешности трудоустройства. В отделе применяются методики индивидуальной и групповой работы, повышено значение результатов как ориентировочных, так и целевых практических проб.

В Центре имеется отделение социально-психологической реабилитации и медицинского сопровождения (ОСПРиМС).

Цели социально-психологического сопровождения:

адаптация обучающихся к образовательному процессу,

повышение социальной и коммуникативной компетентности,

формирование активной жизненной позиции и ориентации на трудовую деятельность,

повышение мотивации к трудоустройству и успешная интеграция в социум.

Эти реабилитационные команды сопровождают обучающихся инвалидов на всех этапах образовательного процесса. Реабилитационная команда – группа специалистов СПб ГБУ «Профессионально-реабилитационный центр», объединенных для выработки и проведения комплекса индивидуальных мероприятий и принятия решений по сопровождению процесса профессиональной реабилитации. Реабилитационная команда создается в целях повышения эффективности профессиональной реабилитации, на основе индивидуального подхода к личности каждого обучающегося и усиления взаимодействия специалистов центра.

В состав реабилитационной команды входят:

- социальный педагог – координатор реабилитационной команды
- педагог-психолог
- классный руководитель
- заведующий учебным отделением
- руководитель отделения социально-психологической реабилитации и медицинского сопровождения
- врач

В заседаниях реабилитационных команд по необходимости принимают участие другие специалисты.

Основные функции реабилитационной команды:

- содействие полноценной профессиональной, личностной, интеллектуальной и социальной реабилитации обучающихся, развитие способностей к самостоятельной профессиональной деятельности.

- выработка и осуществление коррекции форм, приемов и методов реабилитационной работы на основе индивидуального подхода к каждому обучающемуся.

- выработка рекомендаций для администрации, педсовета и стипендиальной комиссии о предоставлении

академических отпусков, выплаты стипендий и отчисления обучающихся.

- контроль соблюдения Правил внутреннего распорядка.

#### Социальные услуги центра:

1. Социально-педагогическая диагностика:
  - a. Первичная социальная диагностика (карта социального обследования)
  - b. Групповая социальная диагностика (составление «Паспорта группы»)
  - c. Исследование документации, предоставленной приемной комиссией
2. Социально-экономические услуги:
  - a. Содействие в получении полагающихся льгот
  - b. Организация выплаты компенсации за питание
  - c. Содействие в получении материальной помощи
  - d. Оформление льготного проезда
3. Социально-правовые услуги:
  - a. Содействие в подготовке обращений в различные организации
  - b. Выдача характеристик по запросам
4. Консультирование
  - a. Индивидуальное консультирование обучающихся по вопросам соцзащиты, юридической помощи, временного трудоустройства, досуга, успеваемости, посещения занятий, взаимодействия в группе
  - b. Групповое консультирование с приглашением профильных специалистов
5. Социально-педагогическая коррекционная работа:
  - a. 5.1. Индивидуальный мониторинг: наблюдение посещаемости занятий, успеваемости
  - b. 5.2. Коррекция поведения: воспитательные беседы
6. Анимационные услуги:
  - a. Организация экскурсий, посещений театров, выставок, музеев
  - b. Организация мероприятий в ПРЦ
7. Реабилитационные спортивно-оздоровительные мероприятия:

- a. Организация участия обучающихся в спортивных соревнованиях, туристских слетах
- b. Организация участия обучающихся в летних туристских походах

Психологические услуги центра:

1. Индивидуальные услуги:
  - a. Психодиагностика по тестам
  - b. Психологическое консультирование;
  - c. Психокоррекционная работа;
  - d. Психологическая помощь в коррекции эмоционального состояния;
  - e. Помощь в профориентации и трудоустройстве;
  - f. Экстренная психологическая помощь
  - g. Психофизическая поддержка учащихся, точечный самомассаж, аутотренинг, дыхательные упражнения, релаксация;
  - h. Арт-терапия, сказкотерапия, песочная терапия;
2. Психологические услуги в групповой форме:
  - a. Психодиагностика;
  - b. Создание благоприятной психологической обстановки во время учебных занятий;
  - c. Знакомство в новых учебных группах в игровой тренинговой форме;
  - d. Проведение групповых мероприятий, связанных с разрешением конфликтных ситуаций в учебных группах;
  - e. Учебно-просветительские беседы с учащимися на психологические темы;
  - f. Социально-психологический тренинг;
  - g. Тренинг подготовки к экзаменам;
  - h. Тренинг самопрезентации;
  - i. Группа личностного роста;
  - j. Тренинг саморегуляции и релаксации;
  - k. Арт-терапия (сказкотерапия, музыкотерапия);
  - l. Психофизическая поддержка учащихся, точечный самомассаж,

аутотренинг, дыхательные упражнения, растяжка, вокализация;

3. Психологические услуги семье обучающегося:
  - a. Консультирование членов семей;
  - b. Консультирование по телефону.

Психологическое сопровождение обучающихся направлено на создание благоприятного социально-психологического климата в учебных группах, оказание помощи и поддержки в процессе обучения.

Медицинская служба центра оказывает услуги по:

- терапии
- функциональной диагностике
- лечебной и спортивной физкультуре
- медицине
- медицинскому массажу
- сестринскому делу
- физиотерапии

В «Профессионально-реабилитационном центре» есть кабинет релаксации – кабинет психологической разгрузки, где обучающимся предоставляется возможность расслабиться, отдохнуть, снять напряжение. Удобные кресла для релаксации, приглушенный свет, тихая музыка, спокойный голос ведущего, все это способствует вхождению в расслабленное состояние. Использование методов саморегуляции позволяет управлять высшими психическими функциями, укреплять силу воли, улучшать внимание, нормализовать дыхательный ритм, уменьшать и даже снимать болевые ощущения. Кабинет релаксации также используется для занятий песочной терапией и арт-терапией.

В душевой спортивного зала оборудована душевая кабина для колясочников. Библиотека с читальным залом с персональными компьютерами с выходом в сеть Интернет. Актный зал и столовая. Уникальный Российско-финский проект – ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ДОМ, который включает в себя выставочный зал технических средств реабилитации, учебный класс и функциональную квартиру, оснащённую специальными техническими средствами, обеспечивающими самостоятельное, независимое, комфортное и

безопасное проживание инвалидов и пожилых людей.

В центре существует отделение по подготовке специалистов промышленных специальностей, где люди с ОВЗ, увлекающиеся искусством и народным творчеством, не только могут себя творчески проявить, но и при этом получить творческую профессию входящую в состав укрупнённой группы профессий 54.00.00 Изобразительные и прикладные виды искусств: 54.01.10 «Художник росписи по дереву» и 54.01.07 «Изготовитель художественных изделий из керамики», срок обучения 10 месяцев.

Народное искусство и творчество есть благодатная почва для самореализации, самостоятельности, активности, уверенности в собственных силах, адекватной самооценки. Творческий процесс, в сфере культурной деятельности и, в частности, в области изобразительного народного творчества, в духовной сфере, может преобразить человека, изменить его жизнь. Овладевая художественными ценностями, добиваясь успехов в профессиональной области художественного творчества, он по-новому осознает себя и перестает быть «социальным изгоем».

Всем людям от рождения дана способность к творческой деятельности. Так и в ПРЦ на отделении по подготовке специалистов промышленных специальностей одни продолжают развивать эту способность, вторые только раскрывают её. Реабилитанты техникума не только осваивают образовательные программы, овладевают профессией, но и живут активной внеучебной жизнью. Обучающиеся по профессии «Художник росписи по дереву» - люди творческие, для которых видеть, чувствовать красоту и прекрасное, не пафосные слова. Из года в год устойчиво растёт число людей с ограниченными возможностями, которые начинают серьёзно заниматься творчеством. Творчество – это путь к свободному единению людей через Любовь. Общаясь, люди объединяются, чтобы совместно выполнять дела, обмениваться при этом информацией, ресурсами, эмоциями, своими творческими

задумками. Общаясь, люди с ОВЗ помогают друг другу развиваться личностно и духовно, преодолевать многие негативные ситуации, находить истину, которая рождается в диалоге. А Творчество только помогает пониманию и сближению людей.

Главная наша задача, как преподавателей отделения – заинтересовать, убедить обучающихся в необходимости активной учебной и вне учебной деятельности. Занятия творчеством, оказывают большое влияние на реабилитацию, интеграцию и социализацию людей с ОВЗ, изменение психоэмоционального состояния и повышение самооценки.

Всестороннее развитие людей с ОВЗ невозможно без восприятия художественных ценностей в музеях и выставочных залах, галереях нашего города. Посещение Государственного Эрмитажа, Русского музея, Российского Этнографического музея и других музеев, и выставочных центров Петербурга – это не только обязательный момент в учебной деятельности. Погружаясь в мир искусства, знакомясь с шедеврами старых мастеров, наши обучающиеся «выздоровливают», происходит АРТ-реабилитация. Психологические исследования подтверждают, что занятия искусством оказывают значительное влияние на развитие у людей с ОВЗ различных форм мышления. Люди действительно меняются «на глазах», в лучшую сторону. А наш город является уникальной площадкой для этого развития. Для лиц с ОВЗ, многие из которых никогда не были в метро или никогда не выезжали на Невский проспект, эти экскурсии большое событие в их ограниченной жизни.

Не всякое ОУ имеет возможность выпускать собственную газету. Публикации в «Нашей газете» связаны не только с текущими событиями ПРЦ, но здесь можно увидеть стихи собственного сочинения студентов, результаты участия в конкурсах и студенческих мероприятиях, результаты итоговой аттестации. Мы надеемся, каждому приятно увидеть свою фамилию в выпуске. Это стимулирует и положительно мотивирует обучающихся.

В процессе всего времени обучения студенты нашего отделения ведут личное ПОРТФОЛИО своих достижений, где отмечаются их успехи во урочной и внеурочной деятельности: выставки, конкурсы, социальные акции, НПК, мастер-классы, профориентационная работа и учебные результаты. Это мотивирует их на успех, развивает творческий потенциал и даёт возможность само реализоваться.

Наш центр – это учебное образовательное учреждение и без зачётов и экзаменов здесь не обойтись. Промежуточная аттестация является основной формой контроля учебной работы обучающихся, она оценивает результаты учебной деятельности обучающегося. Для многих инвалидов зачет или экзамен является стрессом, и поэтому большое значение имеет психологическая помощь при подготовке и проведении зачетов и экзаменов.

Завершающим этапом образовательного процесса является Государственная итоговая аттестация - написание и защита выпускной квалификационной работы (ВКР). Обучающиеся, будущие выпускники представляют свой готовый продукт, структурируют и обосновывают теоретический материал, делают выводы. На всём протяжении выполнения ВКР с обучающимися работает не только их руководитель, но и члены реабилитационной команды: психолог, социальный педагог, медик.

Итоговая социально-психологическая диагностика является подведением итогов за весь срок профессиональной реабилитации. Результаты итоговой аттестации, динамика социального поведения, психологического состояния и здоровья рассматриваются реабилитационными командами и вносятся в реабилитационное дело выпускника. Проводится анализ всех реабилитационных мероприятий, выявляются успехи и недоработки в процессе профессиональной реабилитации для учета их в дальнейшей работе.

Профессиональная реабилитация людей с ОВЗ – комплексный процесс. Общие усилия преподавателей и специалистов реабилитационных служб

направлены на достижение основной цели – интеграции человека в трудовую и социальную жизнь.

Реабилитация творческих людей с ограничениями по здоровью неотъемлема от литературного творчества. Литературные вечера и диспуты, участие в литературных конкурсах, возможность попасть своей статье или стихотворению в литературный сборник, всё это оказывает большое влияние на реабилитацию лиц с инвалидностью и повышает их самооценку.

Преподаватели центра, связанные с профессиями художественной направленности, эстетически развивая своих обучающихся посредством восприятия художественных ценностей и художественно-творческой деятельности, определяют для себя несколько задач, на наш взгляд очень актуальных и необходимых. Первое: необходимость реабилитации и социальной адаптации, обучающихся через занятия творчеством; улучшение условий реабилитации людей с ОВЗ средствами культуры и искусства. И второе: необходимость участия людей с ОВЗ в социально значимых проектах.

Широкая пропаганда достижений инвалидов в области культуры и искусства способствует формированию адекватного отношения в обществе к людям с ограничениями жизнедеятельности, признанию их полноценными и полноправными гражданами социума.

Процесс формирования и развития творческих возможностей людей с ограничениями жизнедеятельности должен носить устойчивый, непрерывный характер. Останавливаться в этом направлении, категорически недопустимо. Многие обучающиеся ПРЦ, покидая ОУ, посещая районные реабилитационные центры, профориентируют на творческие профессии нашего центра. Часто приходят в ПРЦ, поделится с преподавателями своими творческими успехами и планами.

Получение профессии художественной направленности – это непрерывный процесс реабилитации лиц с ОВЗ в образовательном учреждении. Участие обучающихся в конкурсном движении меняет их психо - эмоциональное состояние.

Разно уровневое общение (учебный процесс, производственная практика, вне учебная деятельность – участие в конкурсном движении, выступление на мероприятиях международного уровня, общение в проектах с международным участием) повышает самооценку обучающихся, их коммуникацию, заявляет о привлечение творческой молодёжи для реализации социально-значимых задач и проектов.

«Профессионально-реабилитационный центр» – мир счастливых людей. Где видят и понимают красоту, хотят заниматься творчеством и дарить радость людям, получать профессию, общаться и получать новые впечатления. «Профессионально-реабилитационный центр» - уникальное образовательное учреждение для лиц с ограниченными возможностями здоровья и лиц с ослабленным здоровьем, где всё построено на удобстве и комфорте, на успешности в реализации образовательных программ, здоровьесберегающем климате общения. «Профессионально-реабилитационный центр» – шанс таких людей на полноценное участие в профессиональной и общественной жизни нашего города.

#### Использованная литература:

1. Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ;
2. Федеральный государственный образовательный стандарт среднего профессионального образования по профессии 54.01.10 Художник росписи по дереву, утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации № 672 от 2 августа 2013 г., зарегистрированного в Министерстве юстиции Российской Федерации 20 августа 2013 г., регистрационный № 29497;
3. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 14.06.2013 г. № 464 (ред. от 15.12.2014 г.) «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам среднего профессионального образования» (Зарегистрировано в Министерстве юстиции Российской Федерации 30.07.2013 г. № 29200) в редакции приказа от 22.01.2014 г. № 31 «О внесении изменения в Порядок организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам среднего профессионального образования, утвержденный приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 14 июня 2013 г. № 464» (Зарегистрировано в Министерстве юстиции Российской Федерации 07.03.2014 г. № 31539);

4. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 16.08.2013 г. № 968 (ред. от 31.01.2014 г.) «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам среднего профессионального образования» (Зарегистрировано в Министерстве юстиции Российской Федерации 01.11.2013 г. № 30306);
5. «Положение об организации и проведении государственной итоговой аттестации выпускников в условиях реализации федерального образовательного стандарта среднего профессионального образования» в СПб ГБУ «Профессионально-реабилитационный центр».

#### Интернет-источники:

1. Сайт СПб ГБУ «Профессионально-реабилитационный центр»  
<http://www.p-rcenter.edu.ru/>
2. Сайт для инвалидов «Дверь в мир»  
<https://doorinworld.ru/zakonodatelstvo/246-individualnaya-programma-reabilitaczii-ipr>

УДК 616-01/09, 06

Свиридова Е.О., Кантемирова Р.К.,  
Фидарова З.Д., Ишутина И.С.

### ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ПРОГРАММЫ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

<sup>1</sup>ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта  
Минтруда России

Россия, Санкт-Петербург

<sup>2</sup>ГБОУ СЗГМУ им. И.И. Мечникова  
Россия, Санкт-Петербург

Sviridova E.O., Kantemirova R.K.,  
Fidarova Z.D., Ishutina I.S.

### MEDICAL AND REHABILITATION PROGRAMS OF DISAPPOINTMENT OF OLD PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME

<sup>1</sup>Federal State Budgetary Institution “Federal Scientific  
Centre of Rehabilitation of the Disabled named after  
G.A. Albrecht” of the Ministry of Labour and Social  
Protection of the Russian Federation

Russia, St. Petersburg

<sup>2</sup>North-Western State Medical University named after  
I.I. Mechnikov  
Russia, St. Petersburg

**Аннотация:** Обследованы пациенты пожилого возраста с метаболическим синдромом, произведена оценка особенностей сердечно-сосудистой системы, проведена оценка гериатрического статуса, по результатам которых выявлены особенности разработки лечебно-реабилитационных программ.

**Abstract:** Elderly patients with metabolic syndrome were examined, cardiovascular system features assessed, geriatric status assessed, and the results of which revealed the peculiarities of the development of treatment and rehabilitation programs.

**Ключевые слова:** метаболический синдром, пожилой возраст, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь

**Keywords:** metabolic syndrome, advanced age, ischemic heart disease, hypertension

**Цель исследования:** разработать лечебно-реабилитационные программы у пожилых больных с метаболическим синдромом.

**Материал и методы:** обследовано 214 человек, из них 115 среднего возраста (СВ) и 99 пожилого возраста (ПВ). Пациенты были разделены на группы следующим образом:

1. Пациенты СВ: страдающие артериальной гипертензией (АГ) (n=36); страдающие АГ и ишемической болезнью сердца (ИБС) (n=41) и страдающие АГ, ИБС и сахарным диабетом 2 типа (СД 2 типа) (n=38);

2. Пациенты ПВ: страдающие АГ (n=32); страдающие АГ и ИБС (n=32) и страдающие АГ, ИБС и СД 2 типа (n=35).

**Результаты:** клинические особенности сердечно-сосудистой системы при метаболическом синдроме (МС), осложненном развитием СД 2 типа, у пациентов СВ с МС, осложненным развитием СД 2 типа, ХСН была отмечена у 90,0% пациентов, из них ФК I ХСН по NYHA - у 60,0%, у пациентов ПВ ХСН была диагностирована у 100% пациентов, ФК II - у 32,1%; ФК III - у 42,1%. Отличались пациенты СВ и ПВ по переносимости физических нагрузок (ФН). Так, низкая толерантность к ФН была отмечена 30% пациентов СВ, а у пациентов ПВ доля таких пациентов была на 18% выше и составила 47,6%. Результаты кардиоритмографии у пациентов ПВ

выявили: ригидный ритм - 14,9%; нарушения ритма - 10,6%; при проведении пробы с глубоким дыханием характер кардиоритмографии практически не изменился. При проведении ортостатической пробы ригидный ритм - 23,4%, сбалансированный тип вегетативной нервной системы - 2,1%; парасимпатическая регуляция - 29,7% симпатическая - 31%; ортостатическая гипотония - 7,1%. Также пациентам была проведена оценка гериатрического статуса.

Таким образом, при разработке лечебно-реабилитационных программ для пациентов ПВ с метаболическим синдромом необходимо учитывать, что процесс носит хронический характер и со временем прогрессируют осложнения, приводящие к функциональным нарушениям. Дополнительно вносит свой негативный вклад и возрастная инволюция органов и тканей и связанные с ней функциональные нарушения органов и систем, что требует реализации гериатрических подходов к изучению данной проблемы.

УДК 331.538.2

Джумагулова А.Ф.

## ИНТЕРНЕТ-ИССЛЕДОВАНИЕ ТРУДОУСТРОЙСТВА ИНВАЛИДОВ.

Университет ИТМО  
РФ, Санкт-Петербург

Dzhumagulova A.F.

## INTERNET RESEARCH OF EMPLOYMENT OF PEOPLE WITH DISABILITIES.

ITMO University  
Russia, Saint-Petersburg

**Аннотация:** Описание вакансий, на которые претендуют соискатели с инвалидностью, и анализ резюме, в которых указана необходимость специальных условий работы.

**Abstract:** Description of the vacancies for seekers with disabilities and analysis of the resume, which indicate the need for special working conditions.

**Ключевые слова:** занятость инвалидов, трудоустройство инвалидов, специальные условия труда, особые потребности, люди с

ограниченными возможностями здоровья, резюме инвалидов, вакансии для инвалидов

**Keywords:** employment of disabled people, special working conditions, special needs, people with disabilities, resume of disabled people, vacancies for disabled people

В качестве источника использовались открытые данные с портала по поиску работы [trudvsem.ru](http://trudvsem.ru), резюме инвалидов - [rabotainvalidam.ru](http://rabotainvalidam.ru), статистические данные по вакансиям в Москве с портала [data.mos.ru](http://data.mos.ru) и открытые данные с сайта Федеральной службы государственной статистики [gks.ru](http://gks.ru). В топ-30 профессий, как среди соискателей, так и среди работодателей совпадают профессии бухгалтера, оператора, консультанта, менеджера и сторожа (5 из 30). Можно предположить, что требования работодателей и умения соискателей практически не совпадают, отсюда и низкий процент трудоустроившихся среди людей с ограниченными возможностями здоровья.

В ходе исследования было проанализировано 619 резюме. Было выявлено, что по данным с сервиса [rabotainvalidam.ru](http://rabotainvalidam.ru) основная часть соискателей ищет работу в Москве (13% или 80 человек), на втором месте Биробиджанский район (примерно 13% или 76), на третьем месте Санкт-Петербург (примерно 6% или 35 человек). Так же следует отметить объём соискателей в Екатеринбурге, Ростове-на-Дону, Амурской области. В остальных городах активность среди маломобильного населения меньше 10 человек на географическую единицу.

Зарплатные ожидания в среднем равны 19 000 рублей. Тем не менее, мода равна 15 000, а медиана = 20 000 рублей. Женщины указывают заработную плату на 6% меньше от средней величины, а мужчины на 3% выше (17,9 тыс. руб. и 19,7 тыс. руб., соответственно).

Наиболее активно ищут работу люди с нарушениями опорно-двигательного аппарата (47% или 291 человек), затем следуют инвалиды, передвигающиеся на коляске (около 14%), инвалиды с физическими/сенсорными нарушениями (около 10%). Среди остальных 25%

соискатели расположились в убывающем порядке: инвалиды с нарушением слуха, не указавшие свою инвалидность, с нарушением психики, зрения, речи и с дефектами в умственном развитии.

Чаще всего люди с ограниченными возможностями не указывают определённое название профессии и готовы на любую работу (около 25 % или 221 человек), затем, в порядке убывания, следует оператор ПК (около 9%), администратор (около 4%) и контент-менеджер (около 3%). В нашем исследовании не учитывался факт того, с приобретёнными или врождёнными нарушениями ищет работу тот или иной соискатель. Поэтому для некоторых профессий, требующих опыта работы и специализированных знаний (вроде контент-менеджера, модератора, копирайтера, юриста, бухгалтера и других профессий) работодатель вполне может рассматривать в качестве потенциального сотрудника человека с нарушениями здоровья.

В качестве источника использовались открытые данные с портала [data.mos.ru](http://data.mos.ru). Были проверены гипотезы:

- корреляции между уровнем образования и заработной платы
- корреляции между профессией и уровнем образования.

В ходе исследования было выявлено, что более трети работодателей (38,1%), подбирают сотрудника на размещённую должность в зависимости от уровня квалификации и образования. Большая же часть (около 62%) работодателей, дают возможность трудоустройства в не зависимости от уровня образования.

Доля трудоустроенных людей с инвалидностью растёт, начиная с 2009 года, и, по данным на 2015 год составляет 42% от общего числа обратившихся на портале [trudvsem.ru](http://trudvsem.ru).

Уровень безработицы среди всех инвалидов составляет 19%, наибольший уровень безработицы среди мужчин-инвалидов первой группы, его уровень составляет 31,9%. Уровень занятости составляет 11,9%, причем наибольший уровень занятости (21,5%) у инвалидов

третьей группы, мужчин и женщин совместно. Самый высокий уровень экономической активности показывают мужчины – инвалиды третьей группы – около 30%. Все данные за 2015 год. Наибольшее число инвалидов занято в следующих сферах экономической деятельности: сельское хозяйство, охота и лесное хозяйство (29,6%); обрабатывающие производства (11,3%); оптовая и розничная торговля, ремонт (11,2%); образование (10,1%).

УДК 377.6

Мясников И.Р.

**МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ  
АНКЕТИРОВАНИЕ КАК  
ИНСТРУМЕНТ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА  
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО  
ОБРАЗОВАНИЯ ИНВАЛИДОВ**

СПб ГБУ городской Центр социальных программ  
«Контакт»

Российская Федерация, Санкт-Петербург

Myasnikov I.R.

**MEDICAL AND SOCIOLOGICAL  
ASSESSMENT AS A TOOL FOR  
ASSESSMENT OF QUALITY OF  
PROFESSIONAL EDUCATION OF  
PERSONS WITH DISABLED PEOPLE**

SPb GBU City Center for Social Programs «Contact»  
Russia, St. Petersburg

**Аннотация:** Представлены результаты медико-социологического анкетирования, позволяющие оценивать образовательный уровень и мотивацию инвалидов на построение профессиональной карьеры.

**Abstract:** The results of the medical-sociological questioning are presented, which allow to assess the educational level and motivation of the disabled to build a professional career.

**Ключевые слова:** инвалиды, профессиональное образование, анкетирование.

**Keywords:** disabled persons, vocational education, questionnaires.

**Введение.** В российском обществе интерес к доступности профессионального образования инвалидов существенно возрос после ратификации Россией Конвенции о правах инвалидов. В последние годы особенно повысилась актуальность изучения качества и уровня профессионального образования инвалидов как основы построения дальнейшей профессиональной карьеры.

**Материалы и методы исследования.** Разработана анкета «Доступность и качество образовательных услуг для инвалидов» включающая 117 вопросов. Исследование проводилось в реабилитационных центрах Санкт-Петербурга: профессиональном реабилитационном Центре, Центрах социальной реабилитации инвалидов.

**Результаты.** Проанализированы медико-социальные, образовательные, профессиональные, социальные характеристики 63 инвалидов, из них 79,0% находились в трудоспособном возрасте. Инвалиды первой группы составляли 18,0%, второй – 53,0%, третьей группы – 29,0%.

Анализ результатов медико-социологического исследования позволил оценить качество жизни, образования, доступности оказываемых инвалидам социальных и реабилитационных услуг. Изучены условия сопровождения образования, его уровень и качество, влияющие на профессиональную карьеру. Несмотря на высокий образовательный уровень обследованных (высшее образование у 43,0% чел., начальное и среднее профобразование у 42,0% чел.), подавляющее большинство инвалидов (75,0%) не могли устроиться на работу. При этом положительная установка на трудовую деятельность установлена у 69,0% инвалидов.

**Выводы.** Проведенное анкетирование показало, что имеется необходимость в создании условий для получения инвалидами качественного профессионального образования с целью успешного трудоустройства и дальнейшего профессионального роста.

Гордиевская Е.О.

**СОПРОВОЖДЕНИЕ  
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ  
РЕАБИЛИТАЦИИ (АБИЛИТАЦИИ).  
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ.**

ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта  
Минтруда России  
Россия, Санкт-Петербург

Gordievskaya E.O.

**SUPPORT OF VOCATIONAL  
REHABILITATION (HABILITATION).  
PSYCHOLOGICAL ASPECT.**

Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific  
Centre of Rehabilitation of the Disabled named after  
G.A. Albrecht" of the Ministry of Labour and Social  
Protection of the Russian Federation  
Russia, St. Petersburg  
Saint-Petersburg

**Аннотация:** дано определение психологического сопровождения профессиональной реабилитации, его цели/задачи на различных этапах профессиональной реабилитации, названы условия его реализации.

**Abstract:** the definition of psychological support of professional rehabilitation, its goals/objectives at different stages of professional rehabilitation, named the conditions of its implementation.

**Ключевые слова:** психологическое сопровождение, профессиональная реабилитация, инвалиды.

**Keywords:** psychological support, vocational rehabilitation, disabled persons.

Психологический аспект реабилитации и абилитации является ключевым в обеспечении эффективности включения инвалида в реабилитационный процесс, его активного участия как мотивированного и заинтересованного участника реабилитационных мероприятий, что является залогом результативности итоговой реабилитации [11]. Можно констатировать важность и необходимость психологической работы с реабилитируемым / абилитируемым при реализации всех ключевых направлений реабилитации и абилитации - медицинской, социальной, профессиональной. При этом в структуре каждого из направлений существует специфика целей и задач

деятельности специалиста-психолога. Следует подчеркнуть, что психологическая реабилитация является неотъемлемой составляющей каждого этапа реабилитации / абилитации, что определяет ее пролонгированность и, также, в свою очередь – этапность. Таким образом, возможно говорить о психологическом сопровождении, осуществляющемся в ходе реабилитации/абилитации инвалидов в структуре каждого направления реабилитации, с учетом, как уже было сказано, целей и задач, решаемых в контексте каждого из них.

Психологическое сопровождение профессиональной реабилитации и абилитации — это, базирующийся на индивидуальном подходе, реализуемый системно и последовательно комплекс психологических мероприятий, включая диагностику, анализ, прогнозирование динамики, коррекцию психического состояния лица с ограниченными возможностями (инвалида), определение степени его способности к профессиональной (трудовой) деятельности и поддержание ее оптимального уровня в соответствии с показанными видами труда и имеющимся психофизиологическим ресурсом на различных этапах профессиональной реабилитации / абилитации с учетом значимых социально-психологических факторов среды, микро- и макро-социума.

На каждом этапе профессиональной реабилитации (абилитации) данный вид психологического сопровождения имеет свои особенности.

Так, следует особо подчеркнуть его специфику на предварительном этапе, строго говоря, однозначно не относящегося к этапам собственно профессиональной реабилитации, но играющего важнейшую роль в дальнейшем профессиональном самоопределении и профессиональной деятельности лица с ограниченными возможностями – инвалида. Не подлежит оспариванию факт, что именно в раннем возрасте закладываются психологические предпосылки личности, определяющие в дальнейшем успешность функционирования в различных сферах

жизнедеятельности, включая профессиональную, что для ребенка с инвалидностью является чрезвычайно значимым в плане дальнейшей социализации и успешной социальной интеграции. На данном этапе - периоде формирования готовности к труду у ребенка-инвалида актуален акцент на формировании (развитии), характерологических черт, психологических характеристик и особенностей, лежащих в основе профессионально важных качеств, определяющих в дальнейшем эффективность профессиональной самореализации. Решение данной задачи возможно только с привлечением значимых взрослых, микросоциального окружения ребенка. Работа с родителями (опекунами и иными значимыми лицами из окружения ребенка-инвалида), которая может осуществляться как в индивидуальной, так и групповой форме, как с одновременным участием ребенка, так и отдельно - с родителями / взрослыми (а также возможно сочетание всех форм работы) - имеет большое значение. У значительного числа семей, имеющих детей-инвалидов выявляются различные проблемы, связанные с особенностями воспитания и развития «особенных» детей. На данном этапе одной из ключевых задач психологического сопровождения является формирование адекватных взаимоотношений «ребенок-родитель» с учетом имеющихся трудностей в воспитании и взаимодействии с ребенком, обусловленных наличием имеющегося инвалидизирующего заболевания, и, как следствие - ограничений жизнедеятельности; формирование мотивации родителей (ближайшего окружения) на активное участие в реабилитационных/абилитационных мероприятиях, на последовательное и безукоризненное выполнение рекомендаций специалистов, задействованных в реабилитационном/абилитационном процессе; коррекция неадекватных родительских установок (например, по типу гипо- либо гиперопеки; переоценки либо недооценки тяжести заболевания и его перспектив и т.п.), способных отрицательно сказываться на формировании характерологических черт, личностных особенностей

ребенка-инвалида, определяющих, в том числе, отношение к труду в целом и дальнейшее развитие профессионально важных качеств; коррекции неадекватных родительских ожиданий, влияющих на формирование жизненных перспектив ребенка-инвалида, в том числе - в отношении дальнейшего профвыбора и успешности профессиональной деятельности, показанной в соответствии с имеющимися у него способностями и возможностями. [1-4] То есть данный этап психологической реабилитации чрезвычайно значим в процессе профессиональной реабилитации, в первую очередь - с точки зрения формирования дальнейшей жизненной стратегии и ее успешности, в том числе, в такой значимой сфере жизнедеятельности, как профессиональная. Таким образом, на данном этапе психологической работы можно говорить о приоритетности подготовительно-формирующего аспекта.

На этапе профориентации лиц с инвалидностью, где в качестве основной задачи психологического сопровождения выступает постепенное формирование внутренней готовности к осознанному и самостоятельному профвыбору, психологическое сопровождение ориентировано на преодоление и разрешение сложностей и проблем, характерных для молодых людей с инвалидностью в контексте решения профориентационных задач. К наиболее значимым из них относятся следующие:

- значительное число молодых инвалидов не знают своих возможностей ограничений, неадекватно себя оценивают;

- не имеют достаточной информации о реальном производстве, о профессиях и их требованиях к работнику;

- не имеют информации о возможностях профессиональной подготовки в данном регионе, о порядке и возможностях трудоустройства, о наиболее конкурентоспособных профессиях в данном регионе;

- социально плохо адаптированы, не сформированы необходимые социальные навыки;

- не активны, не сформирована готовность к труду и трудовая установка, инфантильны. [6-8]

Соответственно, на данном этапе в ходе психологического сопровождения представляется актуальной работа специалиста-психолога, нацеленная на формирование адекватных установок на овладение профессией в соответствии с имеющимися возможностями и показаниями к профессиональной деятельности (в первую очередь – медицинскими), имеющимися у реабилитируемого а также – требованиями профессии и рынка труда. Актуально выявление специфики психологического статуса, значимой в процессе профориентации, и определяемой не только профсклонностями, способностями и индивидуальными профпредпочтениями реабилитируемого/абилитируемого, (выявляемыми с помощью различных профориентационных психодиагностических методов и методик), но и возможными нарушениями психической сферы: интеллектуально-мнестическими, эмоционально-мотивационными, на уровне личности, которые могут обуславливаться наличием инвалидизирующего заболевания и его последствий (в том числе - посредством применения патопсихологических психодиагностических методик) и сказываться на эффективности профвыбора и дальнейшей трудовой деятельности. [9, 10] С этих позиций также осуществляется психологическая помощь и поддержка в том числе – в прицельном выборе образовательного учреждения. При этом в ходе осуществления психологической поддержки на этапе профессиональной ориентации используется широкий спектр методов психологической работы: психологическое просвещение; психологическое и психотерапевтическое консультирование; психологическая диагностика; психологический тренинг; психологическая коррекция; другие индивидуальные и групповые методы психологической работы. [5]

В случае уже сформированной ориентации на овладение не показанными, либо не соответствующими возможностям виды трудовой (профессиональной)

деятельности на первый план выходит коррекционный аспект психологической работы. При этом для молодых инвалидов, для которых приоритетными и значимыми являются установки и требования ближайшего окружения – в первую очередь – родителей, значимого микросоциума и имеющих потребность в означенной коррекции, важен такой аспект психологического сопровождения, как работа с семьей / взрослым окружением.

Таким образом, на этапе профориентации значимыми аспектами психологического сопровождения являются диагностически-прогностический и формирующе-коррекционный.

На этапе получения профессионального образования, профессионального обучения наличие инвалидизирующего заболевания и его последствий могут существенным образом затруднять включение в учебную работу. Обучающийся, имеющий статус инвалида, может сталкиваться с рядом трудностей, определяющих важность и необходимость психологической работы с ним: неустойчивость мотивационной направленности; формирование отрицательной установки на продолжение обучения в силу различных причин – низкой / неустойчивой самооценки, трудностей выстраивания успешных межличностных коммуникаций с другими учениками и преподавательским составом, негативной оценки дальнейших перспектив в отношении применения полученного образовательного потенциала и дальнейшего определения своего места в социуме и иных, определяющих необходимость психологического сопровождения.

На данном этапе психологическое сопровождение может быть ориентировано на мониторинг динамики психического состояния обучающегося и его коррекцию в случае необходимости посредством психологической помощи и поддержки в различных формах: консультативных, при необходимости – коррекционных, с применением всего спектра методов психологической работы.

На этапе трудоустройства психологическое сопровождение ориентировано на

содействие данному процессу посредством акцентирования преимущественно на обучающем, коррекционном аспектах. Значительное число инвалидов испытывает трудности при осуществлении контактов с работодателем, представлении себя и своих данных с лучшей стороны в требуемых формах – в резюме, характеристике, при личной встрече и т.п.. То есть, на данном этапе, как правило, актуальными являются потребности в развитии умений и навыков, оптимизирующих процесс трудоустройства реабилитируемых / абилитируемых. Они могут включать умения и навыки в составлении необходимой документации, ведении переговоров в различной форме (с использованием средств коммуникации, лично и др.), самопрезентации, коммуникации с работодателем и иные. Также может быть актуальна потребность в работе со специалистом-психологом по коррекции самооценки, установок, ожиданий и иных психологических характеристик и особенностей, определяющих успешность трудоустройства.

На этапе производственной адаптации психологическое сопровождение ориентировано на оптимизацию процесса включения

реабилитируемого/абилитируемого в профессиональную деятельность не только посредством эффективной реализации собственно трудовых функций, но и адаптации в коллективе, формирования успешных и результативных межличностных взаимодействий, адаптации к режимным условиям и корпоративной культуре.

Следует подчеркнуть, что в ходе реализации психологического сопровождения выбор и применение соответствующих методов и методик, алгоритма и техники работы обуславливаются как «внутренними» (специфичными для психологического вида деятельности, работы специалиста-психолога), так и «внешними» (организационными, включающими условия кадрового, технического и методического обеспечения) факторами. Последнее способно в значительной степени определять его результативность и

эффективность, содействовать полноценному решению задач психологического сопровождения на каждом этапе профессиональной реабилитации/абилитации.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гордиевская Е.О. Особенности родительской позиции в отношении выбора будущей профессии детьми-инвалидами вследствие ДЦП. // Актуальные вопросы реабилитации детей-инвалидов. Сб. трудов ежегодного Санкт-Петербургского семинара по проблемам реабилитации Санкт-Петербург, 1998 г. – С. 35-36
2. Гордиевская Е.О. Профессиональные установки молодых инвалидов как фактор успешности комплексной реабилитации // в сб. трудов Актуальные вопросы профессиональной реабилитации инвалидов ч. 2. – СПб.: ГАООРДИ, 1999. – С.43
3. Методики психодиагностики родителей в связи с профориентацией детей-инвалидов (Обзорная информация) // Гордиевская Е.О., Кузьмина И.Е., Кривенков С.Г. Старобина Е.М. Стеценко С.А. -Москва, 1999 г., Вып.6. - 40 с.
4. Особенности психологического развития детей-инвалидов. Методическое пособие / Стеценко С.А., Гордиевская Е.О., Морозова Т.К.– СПб.: Эксперт, 2008. – 76 с.
5. Положение о профессиональной ориентации и психологической поддержке населения в Российской Федерации: прил. к Постановлению № 1 Минтруда России от 27 сент. 1996 г.: зарег. М-ом юстиции РФ 31.10.96, № 1186 // Карьера. – 2003. – № 8. – С.7. – URL: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=LAW&n=12217&fld=134&dst=100009,0&rnd=0.6738824262095627#0016936330101544605> (Дата обращения 23.03.18).
6. Профессиональная ориентация лиц с учетом ограниченных возможностей здоровья: Монография/Старобина Е. М., Гордиевская Е. О., Кузьмина И. Е., 2-е изд. - М.: Форум, НИЦ ИНФРА-М, 2016. - 352 с.
7. Профессиональная ориентация, профессиональная подготовка и трудоустройство при умственной отсталости: Метод. пособие // Старобина Е.М., Гордиевская Е.О., Кузьмина И.Е. и др. -М.: ФОРУМ: ИНФРА-М, 2007. – 304 с.
8. Профориентация и планирование карьеры молодых людей с ограниченными возможностями / под ред. Старобиной Е.М.. – СПб.: Эксперт, 2002. – 109 с.
9. Применение психодиагностических технологий в учреждениях медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов. СПбНЦЭПР, Методические рекомендации для психологов

учреждений МСЭ и реабилитации / Старобина Е.М., Стеценко С.А., Гордиевская Е.О., Свистунова Е.Г., Иванова И.А., Кривенков С.Г., Скавронская Л.В., М.:Минтруд, 2002. – 144 с.

10. Психологические аспекты реабилитационного потенциала инвалида. Метод. рекомендации для психологов учреждений медико-социальной экспертизы и реабилитации / Старобина Е.М., Стеценко С.А., Гордиевская Е.О., Свистунова Е.Г., Каменков К.А., Лебедева Н.Н., Скавронская Л.В., Щebetаха В.Я., М.: Минтруд РФ, 2002. – 120 с.

11. Реабилитация инвалидов: состояние и направления развития \ Под ред. д.п.н. Старобиной Е.М. - С-Пб.: ЭКСПЕРТ, 2007. – 144 с.

УДК 377.5 +378.1 +331.538.4

Чукардин В.А.

**ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ  
РАБОТЫ ПО СОПРОВОЖДЕНИЮ  
МОЛОДЫХ ИНВАЛИДОВ ИЗ ЧИСЛА  
ОБУЧАЮЩИХСЯ В  
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ  
ОРГАНИЗАЦИЯХ С ЦЕЛЬЮ  
ЭФФЕКТИВНОГО СОДЕЙСТВИЯ ИХ  
ЗАНЯТОСТИ**

ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта  
Минтруда России  
Россия, Санкт-Петербург

Chukardin V.A.

**ORGANIZATION OF SUPPORT OF  
STUDENTS IN PROFESSIONAL  
EDUCATIONAL ORGANIZATIONS  
FROM AMONG DISABLED PEOPLE,  
FOR THE PURPOSE OF THEIR  
EFFECTIVE EMPLOYMENT**

Federal State Budgetary Institution “Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht” of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation  
Russia, St. Petersburg

**Аннотация:** В статье освещаются вопросы сопровождения инвалидов и лиц с ОВЗ, обучающихся в профессиональных образовательных организациях, с целью их последующего трудоустройства и закрепления на рабочих местах. Предлагается

использование в работе подразделений, ответственных за это направление, индивидуального подхода к таким обучающимся, с учетом имеющихся у них ограничений жизнедеятельности, с практическим применением в период обучения всего комплекса мер по профориентации, психологической поддержке, социальной адаптации на рынке труда, взаимодействию с работодателями и учреждениями службы занятости населения.

**Abstract:** The article highlights the issues of support for disabled people and persons with disabilities studying in professional educational organizations, with the aim of their further employment and adaptation at workplace. It is proposed to use in the work of the departments responsible for this direction, an individual approach to such students, taking into account their existing limitations of life, with practical application during the training of the whole complex of measures for career guidance, psychological support, social adaptation in the labor market, interaction with employers and employment service institutions.

**Ключевые слова:** профориентационная работа, индивидуальная траектория (профессиональной) карьеры, сопровождаемое содействие занятости выпускников с инвалидностью, производственно – адаптационная практика, наставничество.

**Keywords:** career guidance work, individual trajectory of professional career, supported employment of graduates with disabilities, work adaptation practice, coaching.

Необходимым условием эффективной организации работы профессиональных образовательных организаций по сопровождению инвалидов с целью их эффективного трудоустройства, является наличие в них структур, занимающихся этой деятельностью, Причем весьма актуальной становится деятельность ресурсных учебно-методических центров по обучению инвалидов и лиц с ОВЗ на базе организаций высшего образования, так и базовых центров, обеспечивающих поддержку функционирования системы инклюзивного среднего профессионального образования (далее -СПО), обеспечивающих поддержку региональных систем инклюзивного образования лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов, включая создание на их базе, в

соответствии с требованиями Минобрнауки России, центров профориентации. В Санкт-Петербурге эта работа возложена соответственно на ФГБОУ ВО РГПУ им. А.И. Герцена и на СПб ГБ ПОУ «Охтинский колледж». Так, в Охтинском колледже, при методической поддержке в том числе Центра им. Г.А. Альбрехта, создан базовый Центр профориентации, профессионального сопровождения и консультирования инвалидов (детей-инвалидов). По его инициативе и на его базе проходят обучающие семинары-совещания ответственных за работу с инвалидами организаций СПО Санкт-Петербурга, в том числе по вопросам разработки индивидуальных образовательных маршрутов инвалидов в рамках реализации ИПРА. Планируется проведение на базе Центра курсов повышения квалификации для работников СПО, ведущих работу с инвалидами. Такое обучение более чем актуально, поскольку достаточно серьезные требования к структурным подразделениям организаций СПО, которые должны заниматься в том числе организацией сопровождения инвалидов и лиц с ОВЗ при содействии их занятости (на основе положений ратифицированной Россией Конвенции ООН «О правах инвалидов»), были сформулированы в письме Минтруда России от 11 декабря 2015 года № 16-2/10/П-7704, согласованном с Минобрнауки России, с приложением методических рекомендаций по оказанию содействия в поиске подходящей работы выпускникам профессиональных образовательных организаций и образовательных организаций высшего образования, относящихся к категории инвалидов.

Один из критериев оценки работы таких структурных подразделений - повышение доли трудоустроенных, в том числе с использованием технологии сопровождения, выпускников с инвалидностью и ОВЗ, а также их закрепление на рабочих местах (могут быть взяты за основу и другие показатели эффективности, приведенные в приказе Минтруда России от 23.08.2017 N 625).

Содействие трудоустройству инвалидов и лиц с ОВЗ в образовательных организациях предполагает:

- создание материально-технической базы для работы с инвалидами и лицами с ОВЗ в структурном подразделении, отвечающем за содействие в трудоустройстве;

- проведение системной, комплексной профориентационной работы с будущими абитуриентами, отбора поступающих на обучение с учетом показателей профпригодности, прогнозирования успешности освоения выбранной профессии (специальности), на что особо обращает Минобрнауки России в своей методике (письмо от 22.12.17 № 06-2023), с целью повышения уровня социализации и трудовой направленности инвалидов и лиц с ОВЗ;

- формирование баз данных обучающихся и выпускников, относящихся к категории инвалидов или лиц с ОВЗ, с включением сведений о рекомендуемых видах трудовой и профессиональной деятельности (в том числе – о потребности в сопровождении при содействии занятости);

- формирование базы данных партнерских организаций (в том числе НКО и негосударственных), оказывающих содействие в трудоустройстве инвалидов и лиц с ОВЗ.

Планирование основных мероприятий работы с обучающимися инвалидами и лицами с ОВЗ в части системного выстраивания индивидуальной траектории карьеры и содействия трудоустройству с элементами сопровождения рекомендуется предусматривать в рамках разработки и заполнения для каждого обучающегося с инвалидностью типовой формы Индивидуальной траектории (профессиональной) карьеры (далее ИТПК). Опыт разработки ИТПК имеется в Санкт-Петербурге [1].

Может быть предусмотрено включение в ИТПК инвалида строго на индивидуальной основе следующих мероприятий:

- профессиональная ориентация, профессиональная информация, профес-

сиональная консультация, профессиональный подбор, производственная и социальная адаптация;

- системная работа в части выстраивания индивидуальной карьеры и содействия трудоустройству (встречи с работодателями и успешными выпускниками, участие в проектах социального предпринимательства, в занятиях по социальной адаптации на рынке труда, производственно-адаптационная практика с элементами сопровождения, мероприятия по временному трудоустройству с использованием соответствующей госуслуги службы занятости населения, привлечение к мероприятиям НКО, трудоустраивающих инвалидов и т.п.);

- организация и проведение психологического и профессионального тестирования, профессиональных проб;

- проведение тренингов, деловых профориентационных игр, ярмарок учебных и рабочих мест, справочно-информационных бесед, профессиональных экскурсий, конкурсов, выставок и сочинений на тему выбора профессии;

- участие в работе учебно-производственных и творческих мастерских образовательных организаций с целью привития профессиональных навыков;

- участие в конкурсах профессионального мастерства “Абилимпикс” и олимпиадах студентов “Я - профессионал”;

- организация обучения и правильного взаимодействия инвалидов с представителем работодателя как на собеседовании, так и при трудоустройстве (при необходимости - предоставление услуг по переводу русского жестового языка - сурдопереводу, тифлосурдо-переводу);

- сопровождаемое содействие занятости с включением индивидуальных рекомендаций службы сопровождения обучающемуся с инвалидностью, в т.ч. о необходимости наставничества при трудоустройстве);

- персонифицированный учет тех выпускников из числа инвалидов молодого возраста, которые планируют переезд в другой субъект РФ по окончании обучения в образовательной организации, с

последующей передачей этих данных в соответствующий регион.

Представляется важной правильная организация работы психолога образовательного учреждения (при участии психолога службы занятости населения, при необходимости) по самоопределению (с преодолением элементов потребительского отношения к жизни и низкой социализации инвалидов) и построению индивидуальной карьеры в процессе обучения и трудоустройства инвалида с привлечением родителей обучающихся из числа нуждающихся в сопровождении, которая включает в себя:

- беседы-интервью закрытого типа (по строго обозначенным вопросам);

- открытые беседы-интервью (с возможностью отвлечения от заранее заготовленных вопросов);

- использование психологом в индивидуальном порядке:

опросников профессиональной мотивации (для инвалидов и лиц с ОВЗ, выбирающих массовые профессии, пригодные для большинства);

опросников профессиональных способностей (используются применительно к профессиям с особыми условиями труда: при работе с объемными опросниками для удобства проведения и обработки желательно отдавать предпочтение их компьютерным версиям, а также использовать возможности группового тестирования);

личностных опросников (раскрывают поступки человека в ответственные моменты жизни, диагностируют способности осмысливать свою жизнь, самооценку, структуру ценностей и т.п., способствуют самопознанию, самоопределению на основе более глубоких знаний о себе). Подробнее об особенностях профориентации граждан с инвалидностью см. в опубликованной в 2013 году книге Е. М. Старобиной и других авторов [2].

Рекомендуется также активное использование в организациях профессионального образования таких методов морально-эмоциональной поддержки обучающихся с инвалидностью и лиц с ОВЗ, как:

- группы общения;
- тренинги общения (позволяют освоить некоторые коммуникативные навыки поведения при приеме на работу и различных деловых контактах);
- методы индивидуальной и групповой психотерапии (позволяют лучше осознать смысл выбираемой деятельности или процесса самостоятельного решения проблем, связанных с самоопределением);
- различные положительные примеры самоопределения (повышают уверенность в принципиальной возможности разрешения своих проблем);
- конкурсы (в том числе "Абилимпикс") или праздники труда, повышающие престиж конкретных профессий.

Для сложных категорий инвалидов перспективной является разработка и реализация в образовательной организации программы производственно-адаптационной практики. Указанная практика - специально организованная работа студентов-инвалидов с ограничениями жизнедеятельности в режиме неполной занятости, на предприятиях возможного трудоустройства, с элементами сопровождения при содействии их занятости.

Можно назвать следующие составляющие практики для обучающихся с инвалидностью и ОВЗ:

- выделение наставника из числа работников образовательной организации и (или) работодателей на период практики;
- создание дополнительной мотивации для успешного освоения профессии;
- совместная отработка представителями образовательной организации и работодателя элементов сопровождения, с целью содействия занятости инвалидов по окончании обучения;
- обеспечение интеграции инвалидов в профессиональное сообщество; овладение ими основ своей профессиональной деятельности на месте возможного трудоустройства с функционально-ориентированной подготовкой к выполняемым в будущем задачам;
- приобретение с помощью наставника опыта самостоятельной трудовой деятель-

ности при социальной интеграции в профессиональной среде;

- закрепление полученных теоретических знаний и применение их в трудовой деятельности;
- индивидуальный подбор и обустройство (при поддержке наставника) рабочего места для последующего трудоустройства и занятости на постоянной основе после окончания обучения.

Производственно-адаптационная практика может проводиться на основе договоров, заключаемых между образовательной организацией и предприятиями (в том числе при посредничестве службы занятости населения) и предполагает возможность будущего трудоустройства. Интересным является опыт реализации крупным московским работодателем – компанией Microsoft, совместно с НКО – РООИ "Перспектива", программы наставничества для студентов с инвалидностью "Попробуй профессию в деле". Задача программы – показать студентам, что представляют их профессии на практике. Студенты работали над проектами под руководством наставников-специалистов компании. Лучшие из них были позднее трудоустроены в Microsoft. Есть предложения о проведении подобной программы и в Санкт-Петербурге. По сути, это хороший пример производственно – адаптационной практики.

Некоторые требования к организации практики для инвалидов и лиц с ОВЗ изложены в выпущенных в конце 2017 года методических рекомендациях Минобрнауки России (письмо от 22.12.17 № 06-2023).

Несомненно, что без тесного взаимодействия с работодателями невозможно успешное содействие занятости обучающихся из числа инвалидов. Организация работы профессиональной образовательной организации с потенциальными работодателями может включать в себя:

- ведение базы данных предприятий, готовых трудоустроить инвалидов, специализированных предприятий инвалидов, готовых выделять наставников, а

также предприятий, имеющих квоты на трудоустройство инвалидов;

- консультирование работодателей, с целью уточнения с ними имеющихся в ИПРА ограничений жизнедеятельности обучающихся инвалидов и необходимости организации для них сопровождения при трудоустройстве (в т. ч. в рамках производственно-адаптационной практики);

- сбор информации по количеству вакансий для инвалидов с различными нарушениями функций организма, созданных специальных условиях труда по видам деятельности (с использованием информационно-аналитической системы (далее - ИАС) «Работа в России»);

- организацию ярмарок вакансий с возможностью проведения индивидуальных или скайп-собеседований работодателей с кандидатами на трудоустройство;

- взаимодействие с общественными организациями инвалидов (Всероссийским обществом инвалидов, Всероссийским обществом глухих, Всероссийским обществом слепых) и их отделениями в субъектах Российской Федерации другими негосударственными организациями, с целью расширения возможностей трудоустройства выпускников-инвалидов на собственной производственной базе НКО в конкретном субъекте Российской Федерации (в том числе выявление возможностей создания предприятий социальной занятости инвалидов и организации сопровождения инвалидов до места работы и обратно);

- подбор, с участием работодателей и после консультаций с учреждениями МСЭ, конкретных кандидатов из числа выпускников с инвалидностью для трудоустройства на создаваемые рабочие места, в том числе на предприятиях социальной занятости и с организацией сопровождения для инвалидов трудоспособного возраста с третьей степенью ограничения способности к трудовой деятельности - способных выполнять трудовую деятельность только со значительной помощью других лиц, сопровождающейся ограничениями способности к передвижению, самооб-

служиванию, общению, контролю за своим поведением, имеющих соответствующие трудовые рекомендации в ИПРА;

- организацию сопровождения выпускников-инвалидов и лиц с ОВЗ при трудоустройстве и адаптации на рабочем месте, путем закрепления наставников за каждым выпускником с инвалидностью и ОВЗ на время адаптационного периода трудоустройства, в том числе на базе создаваемых организаций социальной занятости инвалидов трудоспособного возраста, при поддержке службы занятости населения.

Интересный опыт работы по обучению и трудоустройству инвалидов накоплен на протяжении двух последних лет в Центре сопровождения инклюзивного образования Санкт-Петербургского университета ИТМО. Здесь начинают работу с инвалидами и их родителями еще до поступления в Университет. Практикуется активное сопровождение обучающихся (включая улучшение доступности среды) в период получения образования и на практике. Налажены контакты Центра с организациями, поддерживающими трудоустройство инвалидов. Половина выпускников-инвалидов получают работу при поддержке специалистов Центра сопровождения. В настоящее время в сложном техническом ВУЗе обучается около 50 студентов - инвалидов.

Значительную поддержку образовательным организациям в работе по трудоустройству (в том числе сопровождаемому), могут оказать учреждения государственной службы занятости населения. Взаимодействие образовательных организаций всех уровней и этих учреждений в частности может предусматривать:

- включение образовательной организации в мероприятия региональной программы по сопровождению инвалидов молодого возраста при трудоустройстве, в рамках мероприятий по содействию занятости населения;

- привлечение учреждений службы занятости населения к оценке востребованности выпускников из числа инвалидов и лиц с ОВЗ на местном рынке труда;

-оказание инвалидам и лицам с ОВЗ государственных услуг по профориентации и проведению ярмарок вакансий и рабочих мест;

-предложение рабочих мест для выпускников из числа инвалидов, в том числе с использованием базы ИАС “Работа в России”, включая сведения о квотируемых рабочих местах от работодателей, с реализацией возможности заключения договоров с предприятиями о резервировании указанных рабочих мест за выпускниками до завершения их обучения;

- заключение многосторонних договоров службы занятости населения с образовательной организацией, негосударственными организациями и работодателями о трудоустройстве выпускников из числа инвалидов на субсидированные за счет регионального бюджета рабочие места, в т. ч. с выделением наставников для сопровождения инвалидов;

- системное информирование инвалидов и лиц с ОВЗ из числа выпускников о состоянии регионального рынка труда и услугах службы занятости;

-содействие в заполнении и ведении типовых форм ИТПК выпускника из числа инвалидов и лиц с ОВЗ (раздел содействия трудоустройству);

-координацию органами службы занятости населения работы органов образования и образовательных организаций, негосударственных организаций и работодателей по индивидуальному (в том числе сопровождаемому) трудоустройству инвалидов из числа выпускников, с учетом нарушений функций организма и степеней ограничений жизнедеятельности, с использованием федеральной государственной информационной системы “Федеральный реестр инвалидов”.

Интересные материалы на эту тему изложены в статье Е. М. Старобиной, опубликованной в сборнике материалов I Национального конгресса “Реабилитация – XXI век”, прошедшего в Санкт - Петербурге в 2017 году [3].

Проведение профессиональными образовательными организациями всех уровней, другими учреждениями и организациями работы по сопровождению инвалидов

будет несомненно способствовать повышению эффективности трудоустройства в том числе наиболее сложных категорий выпускников из числа инвалидов и лиц с ОВЗ, поможет развитию и координации деятельности в этом направлении всех заинтересованных структур.

Использованные источники:

1. Чукардин В.А. Совместная работа по трудоустройству выпускников из числа инвалидов. Журнал «Служба занятости», 2017 г, №12, с.56 -57.
2. Старобина Е.М., Гордиевская Е.О., Кузьмина И.Е. Профессиональная ориентация лиц с учетом ограниченных возможностей здоровья. М. Форум: МНФРА – М. 2013 – 352 с.
3. Старобина Е.М. Об основных направлениях повышения уровня занятости инвалидов. Первый национальный конгресс с международным участием. Реабилитация – XXI век: традиции и инновации. Материалы конгресса. ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России. СПб. 14 – 16 сентября 2017 года, с. 90 – 93.

УДК 364.075.2

Карасаева Л.А., Деденева И.В., Павлова С.В., Хорькова О.В., Горяйнова М.В.

## **ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРУДОВОГО УСТРОЙСТВА ЧЕРЕЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МКФ**

ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта  
Минтруда России  
Россия, Санкт-Петербург

Karasaeva L.A., Dedeneva I.V.,  
Pavlova S.V., Hor'kova O.V.,  
Goryainova M.V.

## **IMPROVING THE EFFICIENCY OF THE EMPLOYMENT OF THE DEVICE THROUGH THE USE OF ICF**

Federal State Budgetary Institution “Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht” of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation  
Russia, St. Petersburg

**Аннотация:** Представлены результаты по использованию МКФ в трудоустройстве инвалидов. Кодировка доменов позволяет, устраняя барьеры окружающей среды и оценивая состояние активности, вовлекать инвалидов в процесс трудового устройства.

**Abstract:** The results on the use of ICF in employment of disabled people are presented. Coding domains allows, eliminating the barriers of environment and assessing the state of activity, to involve persons with disabilities in the process of the working of the device.

**Ключевые слова:** инвалиды, МКФ, трудоустройство, активность, окружающая среда.

**Keywords:** disabled persons, ICF, employment, activity, environment.

Введение. МКФ, определяя домены, относящиеся к функциональному состоянию здоровья (функции и структуры организма) и социально-психологическому статусу (активность и участие), открывает широкие возможности учета факторов окружающей среды, влияющие на результаты трудоустройства инвалидов.

Результаты исследования. Предлагается алгоритм кодировки доменов на уровне медицинских организаций, их коррекции в учреждениях МСЭ и реабилитации. Определение степени активности инвалида и возможности его вовлечения в процесс занятости позволяет при кодировке этих доменов акцентировать внимание на конкретных трудностях, которые испытывает инвалид, и которые подлежат устранению. Возможность вовлечения инвалида в процесс профориентации и занятости повышают степень его участия.

Актуальным явился учет факторов окружающей среды: барьеров в доступности объектов социальной инфраструктуры, среде отношений и установок в окружении инвалида. МКФ позволила провести детальный анализ конкретных барьеров, которые посредством своего отсутствия или присутствия ограничивают либо облегчают функционирование инвалида в процессе его трудоустройства.

Заключение. Использование МКФ в системе мероприятий профессиональной реабилитации и трудоустройстве позволяет

дифференцированно подходить к оценке параметров здоровья и окружающей среды и получать более эффективные результаты.

УДК 377.5 +378.1 +331.538.4

Чукардин В. А.

**ОРГАНИЗАЦИЯ СОПРОВОЖДЕНИЯ  
ОБУЧАЮЩИХСЯ В  
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ  
ОРГАНИЗАЦИЯХ ИЗ ЧИСЛА  
ИНВАЛИДОВ С ЦЕЛЮ ИХ  
ЭФФЕКТИВНОГО  
ТРУДОУСТРОЙСТВА**

ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта  
Минтруда России  
Россия, Санкт-Петербург

Chukardin V.A.

**ORGANIZATION OF SUPPORT OF  
STUDENTS IN PROFESSIONAL  
EDUCATIONAL ORGANIZATIONS  
FROM AMONG DISABLED PEOPLE,  
FOR THE PURPOSE OF THEIR  
EFFECTIVE EMPLOYMENT**

Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific  
Centre of Rehabilitation of the Disabled named after  
G.A. Albrecht" of the Ministry of Labour and Social  
Protection of the Russian Federation  
Russia, St. Petersburg

**Аннотация:** В статье освещаются вопросы сопровождения инвалидов и лиц с ОВЗ, обучающихся в профессиональных образовательных организациях, с целью их последующего трудоустройства и закрепления на рабочих местах. Предлагается использование в работе подразделений, ответственных за это направление, индивидуального подхода к таким обучающимся, с учетом имеющихся у них ограничений жизнедеятельности, с практическим применением в период обучения всего комплекса мер по профориентации, психологической поддержке, социальной адаптации на рынке труда, взаимодействию с

работодателями и учреждениями службы занятости населения.

**Abstract:** The article highlights the issues of support for disabled people and persons with disabilities studying in professional educational organizations, with the aim of their further employment and adaptation at workplace. It is proposed to use in the work of the departments responsible for this direction, an individual approach to such students, taking into account their existing limitations of life, with practical application during the training of the whole complex of measures for career guidance, psychological support, social adaptation in the labor market, interaction with employers and employment service institutions.

**Ключевые слова:** профориентационная работа, индивидуальная траектория профессиональной карьеры, сопровождаемое содействие занятости выпускников с инвалидностью, производственно – адаптационная практика, наставничество.

**Keywords:** career guidance work, individual trajectory of professional career, supported employment of graduates with disabilities, work adaptation practice, coaching.

Необходимым условием организации работы профессиональных образовательных организаций по сопровождению инвалидов, с целью их эффективного трудоустройства, является наличие в них структур, занимающихся этой деятельностью. Среди критериев оценки их работы - повышение доли трудоустроенных выпускников с инвалидностью, их закрепление на рабочих местах.

Планирование работы с обучающимися инвалидами рекомендуется осуществлять в рамках ведения для каждого обучающегося с инвалидностью Индивидуальной траектории (профессиональной) карьеры (далее – ИТПК) [1].

В ИТПК могут быть предусмотрены следующие мероприятия:

- профессиональная ориентация;
- выстраивание индивидуальной карьеры и содействие трудоустройству;
- организация и проведение профессиональных проб;
- проведение тренингов, деловых профориентационных игр;
- участие в работе учебно-производственных и творческих мастерских образовательных организаций;

- участие в конкурсах профмастерства “Абилимпикс” и олимпиадах студентов “Я - профессионал”;

- организация обучения инвалидов взаимодействию с работодателями;

- сопровождаемое содействие занятости.

Организация работы образовательной организации с потенциальными работодателями включает в себя:

- ведение базы данных предприятий, готовых трудоустроить инвалидов;

- помощь работодателям, с целью уточнения указанных в ИПРА ограничений жизнедеятельности обучающихся инвалидов;

- сбор информации о вакансиях для инвалидов с различными нарушениями функций организма;

- организацию ярмарок вакансий;

- взаимодействие с общественными организациями инвалидов;

- подбор кандидатов из числа выпускников с инвалидностью для трудоустройства на создаваемые рабочие места;

- организацию сопровождения выпускников - инвалидов, закрепление наставников.

Значительную поддержку образовательным организациям в работе по трудоустройству (в том числе сопровождаемому) выпускников из числа инвалидов может оказать служба занятости населения [3] путем:

- включения в мероприятия региональной программы по сопровождению инвалидов молодого возраста при трудоустройстве;

- оценки востребованности выпускников из числа инвалидов на рынке труда;

- оказания госуслуг по профориентации и проведению ярмарок вакансий;

- предложения вакансий;

- заключения договоров о трудоустройстве выпускников из числа инвалидов на субсидированные за счет бюджета рабочие места, в т. ч. с выделением наставников;

- информирования выпускников о состоянии рынка труда и услугах службы занятости;

-содействия в заполнении и ведении типовых форм ИТПК выпускника из числа инвалидов.

Использованные источники:

1. Чукардин В.А. Совместная работа по трудоустройству выпускников из числа инвалидов. Журнал «Служба занятости», 2017 г, №12, с.56 -57.
2. Старобина Е.М., Гордиевская Е.О., Кузьмина И.Е. Профессиональная ориентация лиц с учетом ограниченных возможностей здоровья. М. Форум: МНФРА – М. 2013 – 352 с.
3. Старобина Е.М. Об основных направлениях повышения уровня занятости инвалидов. Первый национальный конгресс с международным участием. Реабилитация – XXI век: традиции и инновации. Материалы конгресса. ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России. СПб. 14 – 16 сентября 2017 года, с. 90 – 93.

УДК 378.14

Жукова Н. В.

## ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА БУДУЩИХ ПРОГРАММИСТОВ С ПОМОЩЬЮ АДАПТАЦИОННЫХ ДИСЦИПЛИН

Центр сопровождения инклюзивного образования,  
Университет ИТМО  
Российская Федерация, Санкт-Петербург

Zhukova N.V.

## INCREASING THE LEVEL OF PSYCHOLOGICAL REHABILITATION POTENTIAL OF FUTURE PROGRAMMERS WITH THE HELP OF ADAPTIVE DISCIPLINES

SCIE, University ITMO  
Russian Federation, St. Petersburg

**Аннотация:** В статье рассматриваются возможности повышения уровня реабилитационного потенциала студентов с ОВЗ, получающих специальность программиста с помощью адаптационных дисциплин, составленных на основе отечественного опыта.

**Abstract:** The article considers the possibilities of increasing the level of rehabilitation potential of

students from НИА, who receive the specialty of a programmer with the help of adaptation disciplines, compiled on the basis of domestic experience.

**Ключевые слова:** реабилитационный потенциал, адаптационные дисциплины, программисты

**Keywords:** rehabilitation potential, adaptation disciplines, programmers

Государственная политика в области образования позволяет студентам с ОВЗ получить специальность программиста, которая стала одной из самых привлекательных и востребованных в условиях цифровой экономики. Хорошо известны достижения подготовки специалистов ИТ в МГТУ им. Н.Э. Баумана (с нарушениями слуха), МГППУ (с нарушениями зрения), МГГЭУ (с нарушением опорно-двигательной системы). В Санкт-Петербурге в Университете ИТМО существует Центр сопровождения инклюзивного образования. Психологическая поддержка и разработка адаптационных дисциплин во многом обеспечивает стабильность и результативность обучения инвалидов в успешных вузах. Учебный план дополняется адаптационным модулем и вместо 20-25% завершивших учёбу, получают диплом 75-80% студентов с особыми потребностями. Педагогические вузы, вузы с хорошо развитыми психолого-педагогическими традициями имеют определенные преимущества, их поддержка значительно повлияет на достижения «особых» студентов-программистов.

Адаптационные дисциплины могут быть курсами по выбору, факультативами, но принципы инклюзивного образования предполагают смешанные учебные группы. Возможно, такие дисциплины как «Психология социальной адаптации и саморегуляции» следует сделать обязательными для всех студентов.

С отменой обязательного представления ИПРА возникнет больше трудностей с информированностью об образовательных потребностях абитуриентов. О многих проблемах со здоровьем препо-

даватели разных учебных заведений и администрация не знает.

В 80-х годах ЛГУ проводилось корректирующее исследование причин низкой успеваемости и отсева в крупнейших вузах. Учёные под руководством Б.Г. Ананьева, который предложил создавать «службы личности», разработали психограмму студента, вели работу с неблагополучными студентами, заложили базу для индивидуального обучения, помогли оптимизировать учебный процесс, добиться значительного улучшения успеваемости [1]. По мнению специалистов принципы построения психологической службы вуза заимствованы «из зарубежного опыта, прежде всего американского» [2]. Используя мировой опыт, не следует забывать и отечественные достижения при внедрении адаптационных дисциплин.

1. Грачев С.В. Познай себя... Л.: Лениздат, 1982. 160 с.

2. Смирнов С.Д. Психология и педагогика для преподавателей высшей школы: учебное пособие. М.: Изд-во МГТУ им. Н.Э. Баумана, 2014. 422с.

## Раздел 3. Реабилитационные технологии и мобильность

### Использование ассистивных технологий при самообслуживании и в быту

#### Chapter 3. Rehabilitation Technologies and Mobility Use of assistive technologies in self-service and at home

УДК 364.048.6

Шестакова Е.В.

#### РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И МОБИЛЬНОСТЬ

Государственное автономное учреждение Свердловской области «Областной центр реабилитации инвалидов»

Российская Федерация, Екатеринбург

Shestakova E.V.

#### REHABILITATION TECHNOLOGIES AND MOBILITY.

The State Autonomous Institution of Sverdlovsk region «Regional Rehabilitation Center for Disabled People» Russian Federation, Yekaterinburg

**Аннотация:** В докладе приводится опыт государственного автономного учреждения Свердловской области «Областной центр реабилитации инвалидов» по применению ассистивных средств и технологий в социальной реабилитации в целях восстановления и формирования мобильности

**Abstract:** the report presents the experience of the State Autonomous Institution of Sverdlovsk region «Regional Rehabilitation Center for Disabled People» on the use of assistive means and technologies in social rehabilitation to restore and develop mobility

**Ключевые слова:** мобильность, реабилитация  
**Keywords:** mobility, rehabilitation

В ходе реализации пилотного проекта по отработке подходов к формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, в Свердловской области

государственным автономным учреждением Свердловской области «Областной центр реабилитации инвалидов» в 2017–2018 годах апробированы проекты стандартов по основным направлениям реабилитации (социально-бытовой, социально-средовой, социально-психологической, социально-педагогической и социокультурной реабилитации). В рамках каждого реабилитационного направления решаются специфические задачи, направленные на реализацию общей цели по восстановлению или компенсации способностей инвалида к самостоятельной общественной и семейно-бытовой деятельности. Все реабилитационные воздействия в своём содержании основаны на одной из главных человеческих потребностей к активной деятельности, движению (мобильности).

В Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) [1] в главе «Активность и участие», разделе 4 «Мобильность» изложены следующие направления мобильности:

изменение и поддержание положения тела;

перенос, перемещение, манипулирование объектами;

ходьба и передвижение;

передвижение с использованием транспорта.

На наш взгляд, восстановление и формирование мобильности выступает основой социальной реабилитации, так как является неотъемлемой составной частью всего процесса социальной реабилитации. Через движение у человека улучшаются не только двигательные, но и когнитивные, коммуникативные и высшие психические функции (память, внимание и др.).

В свете МКФ восстановление мобильности напрямую влияет на приспособление человека к окружающей среде, что делает возможными его участие в общественной деятельности и способствует улучшению качества жизни в целом. Вышесказанное позволяет считать актуальным выделение мобильности как отдельного направления социальной реабилитации.

В рамках данного направления могут решаться следующие задачи:

- обучение ходьбе;
- противодействие патологическим видам осанки и движения, способствование их нормализации;
- укрепление постуральных мышц, улучшение стабильности головы и корпуса, регулирование мышечного тонуса;
- восстановление грубой и тонкой моторики;
- восстановление координации, ловкости, силы, выносливости;
- тренировка трансфера (кровать-стул-туалет-кресло-каталка-автомобиль);
- тренировка навыков манипулирования с различными объектами;
- подбор и обучение пользованию техническими средствами, способствующими расширению мобильности;
- восстановление навыка передвижения с использованием транспорта.

На практике вышеозначенные задачи решаются через применение уже широко известных методов, таких как метод Карлоса Перфетти, Watsu, метод зеркальной тренировки, метод стимуляции мышечного тонуса для восстановления движений пальцев, лимфодренаж, массаж.

В Центре применяются нестандартные методики, такие как Anatomy Trains (анатомические поезда), разработанные специалистами Центра, и авторские методики, такие как body smail на основе телесно-ориентированной терапии, суставной гимнастики и йоги и др, также апробируются и внедряются новые технологии и методики.

В 2017 году специалисты Центра обучились технологии по Европейской программе «MOVE», в 2018 году запланировано обучение группы специалистов в Институте Кондуктивной Педагогики им. Андреша Петё.

В рамках пилотного проекта приобретенное реабилитационное оборудование позволяет реализовать различные технологии на современном уровне с максимальной эффективностью, отслеживать результативность процесса инструментальными диагностическими методами, тем самым минимизировать

субъективность в оценке результативности процесса социальной реабилитации.

Выделение Мобильности как отдельного направления реабилитации позволит не только конкретизировать область деятельности социальной реабилитации, но и сформировать пул технологий и методик в целях реализации принципа преемственности реабилитационного процесса учреждениями и организациями различной ведомственной подчиненности.

Литература:

1. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. Женева: ВОЗ, 2001.-346 с.

УДК 617.3; 687.1; 004

Волкова В.М., Смирнова Л.М.  
**ДИСТАНТНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ  
ПРОИЗВОДСТВА И ОБЕСПЕЧЕНИЯ  
ИНВАЛИДОВ НА МЕСТАХ  
ФУНКЦИОНАЛЬНО-ЭСТЕТИЧЕСКОЙ  
ОДЕЖДЫ**  
ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта  
Минтруда России  
Россия, Санкт-Петербург  
Volkova V.M., Smirnova L.M.  
**DISTANT TECHNOLOGY OF  
MANUFACTURING AND PROVIDING  
DISABLED PEOPLE ON THE PLACES  
OF FUNCTIONAL-AESTHETIC  
CLOTHES**

Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht" of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation  
Russia, St. Petersburg

**Аннотация:** Представлены возможности дистантной технологии производства и обеспечения инвалидов на местах функционально-эстетической одеждой, изготовленной с учетом их антропоморфных данных.

**Abstract:**s. Possibilities of the distant technology of production and provision of disabled people on the ground with functional-aesthetic clothing, made with regard to their anthropomorphic data, are presented.

**Ключевые слова:** реабилитация, инвалид, одежда, компьютерные технологии.

**Keywords:** rehabilitation, disabled, clothing, computer technology.

Введение. С 1970-х гг. одним из актуальных технических средств социально-бытовой реабилитации инвалидов является специальная – функционально-эстетическая одежда (ФЭО), впервые разработанная в России и не имеющая аналогов в мировой практике [1].

Идея формирования этого направления принадлежит Ленинградскому НИИ протезирования (ныне – ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта).

Основным контингентом были приняты инвалиды с дефектами или отсутствием обеих рук как наиболее зависящие от услуг окружающих. ФЭО обеспечивает им независимость от посторонней помощи при ее использовании в любых условиях. Самостоятельное управление ФЭО осуществляется либо за счет нового стереотипа компенсаторных движений, выполняемых телом взамен утраченных функций опорно-двигательного аппарата, либо за счет протезов и конструктивных элементов одежды, приспособленных под ограниченные физические возможности инвалида.

Согласно приказу МСО РФ (№35 от 15 февраля 1991г.) ФЭО отнесена к разряду протезно-ортопедических изделий, выдаваемых инвалидам бесплатно. Однако обеспечение такой одеждой всех нуждающихся в ней было вынужденно ограничено ввиду отдалённости проживания инвалидов от места изготовления одежды – ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта (Центр).

Для разрешения этой проблемы авторами доклада была предложена и разработана идея компьютерной дистантной технологии [2].

Цель разработки. Достижение массового обеспечения инвалидов на местах ФЭО, изготовленной с учетом индивидуальных морфологических особенностей фигуры и функциональных возможностей пациента.

Результаты. В рамках ФЦП «Социальная поддержка инвалидов на период 2000-2005гг.» осуществлена разработка двух типов программно-аппаратно-методических комплексов «Сервис» и «Дизайн» с обменом информацией между ними через Internet для реализации дистантной технологии.

Комплекс «Сервис» предназначен для сбора и обработки индивидуальных данных об инвалиде-заказчике, выбора из базы данных модели одежды по медицинским показаниям, оформления и передачи заказа через Интернет на комплекс «Дизайн»(в Центр)для разработки индивидуальных чертежей и изготовления лекал кроя одежды. Комплексом «Сервис» были оснащены 25 протезно-ортопедических предприятий (ПрОП).

Апробация дистантной технологии проходила в течение 2005-2006 гг. при активном участии трёх ПрОП: Красноярского, Пермского, Уфимского. За указанный период изготовлено 39 изделий. Проектирование и изготовление ФЭО осуществлялись на базе Центра на специально созданном для этих целей производственном участке. Получены положительные отзывы от специалистов ПрОП и пациентов.

Дистантная технология неоднократно демонстрировалась на выставках и вызвала интерес отечественных и зарубежных специалистов. В частности, специалисты Великобритании (г. Салфорд) и США (г. Бостон) выразили желание провести эксперимент по обеспечению ФЭО их пациентов на местах. В итоге 8 пациентов Великобритании и 1 пациент США были обеспечены ФЭО, изготовленной в России по дистантной технологии без единой примерки. Результатом явилась высокая оценка работы и поиск ими возможностей сотрудничества.

Приостановкой развития и внедрения дистантной технологии явились

неоднократные реорганизации в системе отрасли. Проблемой также является и конкурсная система производства технических средств реабилитации: принцип снижения цены на изделия позволяет участвовать и выигрывать заказы в торгах некомпетентным производителям и изготавливать лишь суррогатную продукцию, где мериллом качества является цена. Кроме того, за последние годы появились новые технические и информационные технологии, которые целесообразно использовать для усовершенствования дистантной технологии и внедрения её в отрасль.

На наш взгляд, пришло время исправить сложившуюся ситуацию, связанную с производством ФЭО в соответствии с требованиями, предъявляемыми к ней, и возрождению дистантной технологии на новом уровне с учётом современных измерительно-информационных средств.

#### Литература:

1. Волкова В.М. Функционально-эстетическая одежда для инвалидов с дефектами верхних конечностей // Ортопедия, травматология и протезирование. - М., 1975. - №3. - С.31-33.
2. Волкова В.М., Смирнова Л.М. К проблеме разработки реабилитационной одежды на основе компьютерных технологий для различных контингентов инвалидов / В.М. Волкова, Л.М. Смирнова // Вестник гильдии протезистов-ортопедов. - №2. - ВЕСНА 2000. - СПб., 2000. - С.36-39.

УДК 617-7

Антонова Л.В.

## **ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДБОР КРЕСЕЛ-КОЛЯСОК ДЛЯ ЛЮДЕЙ С ВЫРАЖЕННОЙ СТЕПЕНЬЮ ОГРАНИЧЕНИЯ МОБИЛЬНОСТИ: ОБОСНОВАНИЕ РЕШЕНИЯ**

Научное Общество Специалистов по  
Физической и Реабилитационной Медицине;  
Русская Ассоциация Эрготерапевтов;  
ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта  
Минтруда России  
Россия, Санкт-Петербург

Antonova L.V.

## **PROCESS OF PERSONAL SELECTION OF WHEELCHAIR FOR PEOPLE WITH SEVERE MOBILITY LIMITATIONS: JUSTIFICATION OF THE DECISION**

Paediatritian, treatment exesise and sport medicine  
doctor, occupational therapist

Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific  
Centre of Rehabilitation of the Disabled named after  
G.A. Albrecht" of the Ministry of Labour and Social  
Protection of the Russian Federation  
Russia, St. Petersburg

**Аннотация:** Рассматривается понятие «коляска, оборудованная надлежащим образом». В ходе исследования, проведенного в Санкт-Петербурге в 2011-2015 гг. выявлены несколько групп факторов, влияющих на выбор кресла-коляски для людей с выраженной степенью ограничения мобильности. Учитываются особенности функционирования человека, активность, участие и их ограничение, личностные факторы, факторы окружающей среды, а также антропометрические данные.

**Abstract:** Term "appropriate wheelchair" is used. In the study conducted in St. Petersburg in 2011-2015 were identified several groups of factors that influence on the choice of wheelchair for disabled. Body functions and structures, activity and participation, personal and environmental factors, anthropometric data are taken into account.

**Ключевые слова:** кресла-коляски, индивидуальный подбор, МКФ домены  
**Keywords:** wheelchair, individual selection of wheelchair, ICF domains

В Российской Федерации предусмотрена система государственного финансирования технических средств реабилитации инвалидов в соответствии с Федеральным перечнем, в который входят 23 группы различных технических устройств, в том числе и 11 видов кресел-колясок.

Разница между правильно и неправильно подобранной по виду, техническим характеристикам и размерам креслом-коляской, может означать различие между пользователем, являющимся активным и независимым членом общества и

полностью зависимым человеком, подверженным риску серьезных травм и даже к угрозе его гибели.

ВОЗ было введено такое понятие, как коляска, оборудованная надлежащим образом - это та кресло-коляска, которая отвечает потребностям пользователя, условиям окружающей его среды, соответствует размерам пользователя, оказывает правильную поддержку в положении сидя; обеспечена технической поддержкой и обслуживанием на местном уровне.

Экспертная оценка определения коляски, оборудованной надлежащим образом, для специалистов в РФ представляет определенную сложность как при проведении диагностики имеющихся у пациента проблем, связанных со здоровьем, реабилитационного потенциала индивидуума, так и при заполнении по её результатам индивидуальной программы реабилитации инвалида. Именно на основании данного документа государством осуществляется обеспечение креслами-колясками.

В ходе исследования, проведенного в Санкт-Петербурге в 2011-2015 гг. выявлены несколько групп факторов, влияющих на выбор кресла-коляски для людей с выраженной степенью ограничения мобильности. Они систематизированы в 5 кластеров на основании биопсихосоциальной концепции Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (ВОЗ, 2001). Учитываются особенности функционирования человека, активность, участие и их ограничение, личностные факторы, факторы окружающей среды, а также антропометрические данные. По сути, разработаны базовые диагностические наборы доменов МКФ для лиц, передвигающихся на кресло-колясках, важные для выбора данного ассистивного устройства.

УДК 617-7

Головин М.А.<sup>1</sup>, Першин А.А.<sup>2</sup>

## ПОКАЗАНИЯ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ МЕХАТРОННОГО ИНВАЛИДНОГО КРЕСЛА-КОЛЯСКИ С ФИКСИРОВАННЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ СИДЕНЬЯ

<sup>1</sup>Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский политехнический университет Петра Великого».

<sup>2</sup>ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта  
Минтруда России  
Россия, Санкт-Петербург

Golovin M.A.<sup>1</sup>, Pershin A.A.<sup>2</sup>

## INDICATIONS FOR MECHATRONIC WHEELCHAIR WITH THE FUNCTION OF THE CONSTANT HEIGHT SEAT SUPPORT

<sup>1</sup>Peter the Great St.Petersburg Polytechnic University

<sup>2</sup>Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht" of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation  
Russia, St. Petersburg

**Аннотация:** Приведен анализ существующих инвалидных кресел-колясок с функцией стабилизации положения сиденья. Приведены категории пациентов, в реабилитации которых необходима горизонтальная стабилизация положения тела при въезде на наклонную поверхность и движении по ней.

**Abstract:** The analysis of existing wheelchairs with the function of stabilizing the seat is given. The categories of patients are indicated, in the rehabilitation of which horizontal stabilization of the body position is required at the entrance to the inclined surface and movement along it.

**Ключевые слова:** Инвалидное кресло-коляска, реабилитация, заболевания спины.

**Keywords:** Wheelchair, rehabilitation, spine diseases.

Цель исследования. Формирование медицинских требований к инвалидному креслу-коляске (ИКК) с функцией стабилизации горизонтального положения сиденья при движении по наклонной поверхности.

Материал и методы исследования. Использовался перечень регистрационных удостоверений на инвалидные кресла-коляски Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения. Проанализированы клинические случаи реабилитации детей и подростков до 16 лет с различными атрофиями и параличами, в том числе нейромышечными деформациями позвоночника и спинально-мышечной атрофией, после открытых операций на позвоночнике.

Результаты и их обсуждение. В России официально зарегистрированы более 1660 модификаций ИКК в соотношении: 47% - ИКК с электроприводом; 53% - с ручным приводом, рычажным и др. ИКК с системой активной стабилизации положения сиденья при движении по наклонной поверхности отсутствуют. При этом существуют категории пациентов, в реабилитации которых может быть показана подобная система стабилизации.

При патологии контактного сегмента после операции на позвоночнике – области, в которой происходит контакт зафиксированного и свободного позвоночника – необходимо предотвратить возможное смещение свободной части. В частности, когда свободный участок позвоночника расположен выше T1, необходимо предотвратить движение головы в сагиттальной плоскости. С этой целью используют головодержатели жесткой конструкции. Но их длительное ношение после операции на шею доказано увеличивает риск инфицирования в зоне оперативного вмешательства.

Установлено, что стабилизация сиденья ИКК необходима и другой группе пациентов - лицам с фиксированными деформациями позвоночника, т.е. отсутствием подвижности в позвоночном столбе. К таким патологиям относят анкилозирующий спондилоартрит и др. У пациентов такого профиля способность ориентироваться в пространстве зависит от положения глаз. Соответственно, при движении по наклонной плоскости способность ориентироваться в пространстве ограничивается углом наклона опорной поверхности и невозможностью

совершения компенсаторных движений в области шеи.

Выводы. Показано, что в реабилитации пациентов со спинально-мышечными атрофиями, нейромышечными деформациями позвоночника после операции и при фиксированных деформациях позвоночника необходимо использование ИКК со стабилизацией горизонтального положения сиденья.

УДК 617.3

Кольцов А.А., Джомардлы Э.И.,  
Шошмин А.В.

**МЕТОДОЛОГИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ  
МКФ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ-  
ИНВАЛИДОВ СО СПАСТИЧЕСКИМИ  
ФОРМАМИ ДЕТСКОГО  
ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА**

ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта  
Минтруда России  
Россия, Санкт-Петербург

Koltsov A.A., Jomardli E.I.,  
Shoshmin A.V.

**METHODOLOGY FOR THE USE OF  
ICF IN ASSESSING THE CONDITIONS  
OF DISABLED CHILDREN WITH  
SPASTIC FORMS OF CEREBRAL  
PALSY**

Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific  
Centre of Rehabilitation of the Disabled named after  
G.A. Albrecht" of the Ministry of Labour and Social  
Protection of the Russian Federation  
Russia, St. Petersburg

**Аннотация:** Международная классификация функционирования (МКФ) представляет собой многоцелевую классификацию, в которой определены категории для описания здоровья и связанных с ним состояний, включая средовые и личностные факторы, и призвана унифицировать полученные данные как в пределах страны, но и на международном уровне. Применение МКФ наиболее актуально у пациентов с системными заболеваниями, имеющими множественные поражения как в пределах одной системы, так и поражения различных органов и систем. Значимость

комплексной объективной оценки результатов реабилитации детей с детским церебральным параличом, особенно с учетом роста частоты встречаемости данной патологии в популяции и множественностью нарушений, переоценить невозможно. МКФ содержит подробный перечень возможных ограничений передвижения, самообслуживания и других видов активности, характеристик структуры и факторов внешней среды. На основании полученных данных составляется план обследования пациентов и в последующем проводится оценка эффективности проведенного лечения. Разработка взаимосвязи общепринятых методов исследования больных (оценочных шкал, антропометрии, лучевой диагностики, биомеханики) и категории МКФ является необходимым этапом адаптации МКФ к практической деятельности.

**Abstract:** The international classification of functioning (ICF) is a multi-purpose classification that defines categories for describing health and related conditions, including environmental and personal factors, and aims to unify the data obtained both within the country and internationally. The use of ICF is most important in patients with systemic diseases that have multiple lesions both within the same system and the lesions of various organs and systems. The importance of a comprehensive objective assessment of the results of children's rehabilitation with cerebral palsy, especially given the increasing frequency of this pathology in the population and the multiplicity of disorders, cannot be overestimated. ICF contains a detailed list of possible restrictions on movement, self-service and other activities, characteristics of the structure and environmental factors. Based on the data obtained, a patient examination plan is drawn up and subsequently the effectiveness of the treatment is evaluated. Development of the relation of the standard methods the study patients (assessment scales, anthropometry, radiology, biomechanics) and categories of the ICF is a necessary step of adapting ICF to practical activities.

**Ключевые слова:** детский церебральный паралич, спастическая диплегия, тетрапарез, МКФ.

**Keywords:** cerebral palsy, spastic diplegia, tetraparesis, international classification of functioning, ICF.

**Цель:** разработка методологии использования МКФ в оценки состояний детей инвалидов со спастическими формами детского церебрального паралича.

**Материалы и методы:** Под нашим наблюдением находились 71 пациент со спастическими формами детского церебрального паралича с разными уровнями двигательной активности по GMFCS: с 1 уровнем – 7 (9,85 %), 2 уровнем-13 (18,3%), 3 уровнем – 24 (33,8%), 4 уровнем - 22 (31,0 %), 5 уровнем -5 (7,0%). Для оценки состояния пациентов с детским церебральным параличом нами было использовано 56 доменов МКФ: функции организма (b) -13 доменов, активность и участие (d) - 20 доменов, структура организма (s) -6 доменов, факторы окружающей среды (e) – 4 домена.

Для первичного анализа статуса пациента мы использовали общеизвестные методы оценки: клинические методы исследования – мануальное исследование, антропометрию, гониометрию, клинические тесты; объективные методы исследования – рентгенография в стандартных проекциях, функциональную рентгенографию, компьютерную и магнитно резонансную томографию, ультразвуковое и электроэнцефалографическое исследование, биомеханические методы анализа; международные классификации и шкалы - GMFCS, MACS, модифицированная шкала спастичности Ashworth, шкала Бартела; опросники. Предварительно установлено соответствие каждого из указанных выше методов тому или иному домену и категории МКФ. Адаптация результатов всех перечисленных методов к МКФ производилась на основании выраженности нарушений в процентах: XXX.0- нет проблем 0-4%, XXX.1 легкие проблемы (незначительные, слабые) 5-24%, XXX.2 умеренные (средние, значимые) 25-49%, XXX.3 тяжелые проблемы (высокие, интенсивные) 50-95%, XXX.4 абсолютные проблемы - 96-100%.

#### **Выводы:**

1. Пациенты с детским церебральным параличом имеют множественные нарушения опорно – двигательного аппарата и других органов и систем, в связи с чем нуждаются в комплексной объективной оценке;

2. В практическом здравоохранении используются стандартные клинические и инструментальные методы, шкалы и опросники характеризующие различные аспекты состояния пациента;

3. Интерпретация результатов стандартных методов исследования пациентов с помощью категорий МКФ обеспечивает возможность унифицировать полученные данные и представить целостную характеристику пациента.

УДК: 616-0532-056.54; 364.0434;311.42

Курнакова К.А., Шошмин А.В.

**МЕЖДУНАРОДНАЯ  
КЛАССИФИКАЦИЯ  
ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ КАК  
ИНСТРУМЕНТ ОЦЕНКИ В  
РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С  
ТРАВМОЙ СПИННОГО МОЗГА.**

ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта

Минтруда России

Россия, Санкт-Петербург

Kurnakova K.A., Shoshmin A.V.

**INTERNATIONAL CLASSIFICATION  
OF FUNCTIONING, DISABILITY AND  
HEALTH (ICF), AS A TOOL FOR  
ASSESSMENT IN REHABILITATION  
OF PATIENTS WITH SPINAL CORD  
INJURY (SCI).**

Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht" of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation  
Russia, St. Petersburg

**Аннотация:** Разработана методика оценки состояния пациентов с травмой спинного мозга, составления программы реабилитации и оценки результатов на базе краткого набора МКФ. Подобраны шкалы и тесты, характеризующие степень выраженности нарушений категорий МКФ. Начата апробация методики.

**Abstract:** Designed methodology for condition assessment patients with SCI, comprising the rehabilitation program and outcomes assessment

based on Brief ICF Core Set for Spinal Cord Injury. Selected scales and tests characterizing the degree of severity of impairment of ICF categories. Approbation of the methodology started.

**Ключевые слова:** реабилитация, МКФ, травма спинного мозга

**Keywords:** rehabilitation, ICF, SCI.

Международная классификация функционирования (МКФ), разработанная специалистами Всемирной Организации Здравоохранения, является одной из классификаций ВОЗ, призванных помочь специалистам в различных областях здравоохранения, социальной защиты, образования, работающих с инвалидами, говорить на одном языке, обеспечивая унифицированную оценку показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем, с учетом факторов внешней среды.

Одним из постулатов МКФ является всесторонняя оценка состояния пациента, это достигается усилиями мультидисциплинарной бригады.

В рамках подготовки исследования по оценке динамики состояния пациентов с травмой спинного мозга в восстановительном и позднем периодах, был проведен анализ литературы, результатом которого явилось составление формализованной карты реабилитации. Основу карты составил краткий набор категорий МКФ для пациентов с хроническим течением травмы спинного мозга (Brief ICF Core Set for Spinal Cord Injury), который был расширен отдельными категориями из полного набора. Карта включает категории, которые отражают нарушение функции (b), структуры организма (s), активность и участие пациента (d) и влияние факторов внешней среды (e).

Для объективной оценки категорий, были выбраны апробированные общепризнанные распространенные шкалы и тесты, применяемые врачами в ежедневной клинической практике: шкала повреждения спинного мозга американской ассоциации спинальной травмы American Spinal Injury Association (ASIA), визуальная аналоговая шкала боли (ВАШ), шкала Рэнкин, шкала Эшворт, шкала комитета

медицинских исследований оценки мышечной силы, Мера Функциональной Независимости Functional Independence Measure (FIM) и краткая форма оценки качества жизни Medical Outcomes Study-Short Form-36 (MOS SF-36). Показатели каждой из них были соотнесены с показателями степени выраженности нарушений по МКФ (определителями).

Проводится апробация разработанной методики оценки состояния пациентов и их реабилитации в условиях клиники ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России. Благодаря выбранному подходу обеспечивается наилучшее взаимодействие как внутри мультидисциплинарной бригады, так и между специалистами разных лечебных учреждений. Появляется возможность использовать стандартизированные методики для оценки состояния пациента, определения целей реабилитации, методов их достижения, оценки результатов, сравнения показателей и их систематизации, проведения корректных статистических исследований, планирования мер воздействия и обосновывать финансирование как в каждом отдельном случае, так и в популяции в целом.

УДК 616-036.86

Шабанова О.А.

## **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МОДЕЛИ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ДЕТЕЙ ДО 18 ЛЕТ СО СКОЛИОЗАМИ**

ФГБОУ ДПО СПбИУВЭК Минтруда России, ФГБУ  
ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта  
Минтруда России  
Россия, Санкт-Петербург

Shabanova O.A.

## **MODEL IMPROVEMENTS EXAMINATION OF CHILDREN UP TO 18 YEARS OLD WITH SCOLIOSIS**

Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific  
Centre of Rehabilitation of the Disabled named after  
G.A. Albrecht" of the Ministry of Labour and Social  
Protection of the Russian Federation  
Russia, St. Petersburg

**Аннотация:** Учет прогностических факторов прогрессирования сколиотической деформации специалистами здравоохранения и МСЭ позволяет объективно проводить комплексную оценку состояния здоровья ребенка, с учетом особенностей течения заболевания и своевременно назначать эффективные реабилитационные мероприятия при сколиозах.

**Abstract:** Taking into account the prognostic factors of the progression of scoliotic deformation by health specialists and the ITU, it is possible to carry out an objective assessment of the child's health condition objectively, taking into account the features of the disease course and to prescribe effective rehabilitation measures in a timely manner with scoliosis.

**Ключевые слова:** сколиоз, инвалидность, прогностические факторы.

**Keywords:** scoliosis, disability, prognostic factors.

Анализ результатов освидетельствований детей со сколиозом показывает, что при первичном освидетельствовании процент детей, не признанных инвалидами, достаточно высок. Это не всегда связано с эффективными результатами лечения. В ряде случаев имеет место необоснованное направление на МСЭ медицинскими организациями в связи с тем, что у врачей, работающих в практическом здравоохранении, вызывает трудности оценка нарушений функций организма при сколиозе у детей.

При освидетельствовании детей со сколиозом необходимо учитывать наличие неблагоприятных прогностических факторов, выраженность и рентгенологическую степень сколиоза, характер течения заболевания, стойкость и выраженность болевого синдрома, вследствие вторичного остеохондроза позвоночника с неврологическими нарушениями, наличие и степень выраженности нарушения функции внутренних органов и систем (признаки дыхательной, сердечной недостаточности, нарушение функции пищеварения, выделения).

Особенно важно, помимо выше перечисленного, учитывать возрастные ростовые спурты и плато, степень зрелости скелета (тест Риссера), а также эффективность проводимого консервативного лечения, проведенные или

планируемые хирургические вмешательства, их объем и эффективность.

Количественная оценка степени выраженности стойких нарушений статодинамической функции организма ребенка, обусловленных сколиозом, основывается на степени выраженности и длительности течения заболевания, степени его прогрессирования; на наличии и выраженности ограничений подвижности. Учитывается также вызываемая данной патологией степень нарушения функции других органов и систем организма ребенка, прогрессирование данной патологии и наличие вторичного дегенеративно-дистрофического поражения позвоночника.

Кроме того, важным экспертным фактором является возможность проведения своевременного лечения с помощью корсетотерапии (современные 3D-смоделированные и напечатанные корсеты) или хирургического вмешательства (с учетом наличия показаний и противопоказаний в детском возрасте), а после проведения курса лечения в корсете, либо оперативной коррекции – учитывать эффективность реабилитационных мероприятий и наличие осложнений, восстановление нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамической) функций.

Применение вышеперечисленных показателей позволит специалистам здравоохранения и МСЭ объективно проводить комплексную оценку состояния здоровья ребенка с учетом течения заболевания и эффективности реабилитационных мероприятий при сколиозах, что позволит своевременно направлять детей со сколиозом на лечение и, по показаниям, на освидетельствование в БМСЭ и обоснованно выносить экспертное решение.

УДК 617.3

Кольцов А.А., Шведовченко И.В.,  
Джомардлы Э.И.

**СПАСТИЧЕСКАЯ ДИПЛЕГИЯ:  
ПРИНЦИПЫ НАЗНАЧЕНИЯ  
ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ В РАМКАХ  
КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ  
РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ  
ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ**

ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта

Минтруда России

Россия, Санкт-Петербург

Koltsov A.A., Schwedovchenko I.V.,  
Jomardli E.I.

**SPASTIC DIPLEGIYA: THE  
APPLICATION PRINCIPLES OF  
TECHNICAL DEVICES FOR COMPLEX  
MEDICAL REHABILITATION OF  
CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY**

Federal State Budgetary Institution “Federal Scientific  
Centre of Rehabilitation of the Disabled named after  
G.A. Albrecht” of the Ministry of Labour and Social  
Protection of the Russian Federation  
Russia, St. Petersburg

**Аннотация:** Спастическая диплегия – одна из самых распространённых форм детского церебрального паралича, нередко приводящая к невозможности самостоятельных опоры и передвижения. Наиболее типичные тяжелые деформации нижних конечностей затрудняют либо делают невозможными опору и передвижение пациентов. Тяжесть, множественность, тенденция к прогрессированию указанных деформаций обуславливают важность ортопедического контроля на всех этапах реабилитации и необходимость широкого применения технических средств реабилитации в лечении подобных больных.

**Abstract:** Spastic diplegiya – one of the most common forms of cerebral palsy which is quite often resulting in impossibility independent support and movements. The most typical heavy deformations of the lower extremities complicate or make impossible a support and movement of patients. Severity, plurality, progressing of the specified deformations cause importance of orthopedic control at all stages of rehabilitation and need of broad use of technical support for treatment.

**Ключевые слова:** детский церебральный паралич, спастичность, технические средства, реабилитация, ортезирование.

**Keywords:** cerebral palsy, spasticity, technical support, rehabilitation, orthoses.

**Цель.** Определить показания к назначению технических средств реабилитации в лечении детей со спастической диплегией при ДЦП, продемонстрировать значимость использования протезно-ортопедических изделий и других технических средств в комплексной реабилитации больных.

**Материалы и методы.** С 2007 по 2015 годы в ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России проходили реабилитацию 1300 пациентов в возрасте от 11 месяцев до 17 лет с детским церебральным параличом; 76% из которых поступали с диагнозом «спастическая диплегия». Характерными клинико-рентгенологическими проявлениями являлись: на уровне тазобедренных суставов - приводящие или сгибательно-приводящие контрактуры, децентрация в пределах вертлужной впадины, подвывих или вывих головок бедренных костей; на уровне коленных суставов - сгибательные или, реже, разгибательные контрактуры; на уровне голеностопных суставов - эквинусные, эквино-поло-варусные или эквино-плано-вальгусные деформации.

Распределение пациентов по степени тяжести поражения осуществлялось в соответствии с общепринятой в мировой практике классификацией двигательной активности GMFCS, 73,7% пациентов соответствовали классам GMFCS 3 и GMFCS 4.

**Результаты и обсуждение.** На разных этапах лечения у всех пациентов применялись те или иные технические средства реабилитации, к которым относятся как средства ортезирования, так и изделия, улучшающие адаптацию к социально-бытовым условиям.

Основными протезно-ортопедическими изделиями являлись индивидуальные типовые, сложные и атипичные ортезы: сложная ортопедическая обувь, тутора, ортопедические аппараты, жесткие фиксирующие и функционально-корректи-

рующие корсеты, вертикализирующие системы с различными типами шарнирных соединений. Индивидуальное ортезирование во всех случаях обеспечивало улучшение функциональных возможностей пациентов.

В ряде случаев применялись ортезы максимальной готовности, такие, как головодержатели, корректоры осанки, текстильный грудопоясничной корсет, шины-распорки различных конструкций, малосложная ортопедическая обувь.

К техническим средствам реабилитации, расширяющим двигательный режим ребёнка и улучшающим его адаптацию к окружающим социально-бытовым условиям, относятся современные стационарные и мобильные вертикализаторы (опоры) с возможностью передней, задней или комбинированной фиксации пациента; ходунки с частичной разгрузкой тазобедренных суставов и поддержкой спины, коляски прогулочные и комнатные, оснащенные креслом с динамической спинкой.

Регулярное и грамотное использование технических средств реабилитации на различных этапах консервативного и хирургического лечения обеспечивает максимальный положительный результат.

УДК 617.3

Орешков А.Б.<sup>1</sup>, Абдулрахим М.<sup>3</sup>,  
Бесаев Г.М.<sup>1</sup>,

Николаев В.Ф.<sup>2</sup>, Минченко Н.Л.<sup>1</sup>

## **ОРТЕЗИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ НА ОСНОВЕ СВОЙСТВ НИЗКОТЕМПЕРАТУРНЫХ ТЕРМОПЛАСТИКОВ.**

<sup>1</sup>ФГБУ ДПО СПбИУВЭК Минтруда России

<sup>2</sup>ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта

Минтруда России

Россия, Санкт-Петербург

<sup>3</sup>МЦ «Ортотерапия»

Санкт-Петербург.

Oreshkov A.B.<sup>1</sup>, Abdulrahim M.<sup>3</sup>,

Besaev G.M.<sup>1</sup>,

Nikolaev V.F.<sup>2</sup>, Minchenko N.L.<sup>1</sup>

## ORTHOTICS OF PATIENTS WITH CEREBRAL PALSY BASED ON THE PROPERTIES OF LOW- TEMPERATURE THERMOPLASTICS.

<sup>1</sup>The Federal State Budgetary Institution «Saint – Petersburg Postgraduate Institute of Medical experts» of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation

<sup>2</sup>Federal State Budgetary Institution “Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht” of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation

Russia, St. Petersburg

<sup>3</sup>MC "Orthotherapy"

**Аннотация:** Авторами представлена технология экспресс ортезирования детей с ДЦП, основанная на свойствах низкотемпературных термопластиков.

**Abstract:** The authors presented the technology of effective express orthosis of children with cerebral palsy, based on the properties of low-temperature thermoplastics.

**Ключевые слова:** ортезирование, низкотемпературный термопластик, детский церебральный паралич, инвалидность, нервно-мышечный кифосколиоз, контрактура.

**Keywords:** orthotics, low-temperature thermoplastic, cerebral palsy, disability, neuromuscular kyphoscoliosis, contracture.

Ортезное сопровождение пациентов с нейроортопедическими осложнениями детского церебрального паралича (ДЦП) представляет собой значительную проблему [1, 5, 8].

Длительное пребывание мышц в спасительном состоянии приводит к изменению их структуры [7] и укорочению [3] с последующим формированием контрактур [4].

К типичным нейроортопедическим осложнениям ДЦП относят [2]:

А. Нервно-мышечный кифосколиоз позиционный.

Б. Контрактуры плечевого пояса:

1. Сгибательная контрактура локтевого и лучезапястного суставов.

2. Пронационная контрактура луче-локтевого сустава и ульнарная девиация кисти.

3. Сгибательно-разгибательные контрактуры пальцев и приводящая контрактура первой пястной кости.

В. Контрактуры тазового пояса:

1. Сгибательно-приводящая контрактура бедра, вывих бедра.

2. Сгибательная контрактура коленного сустава.

3. Торсия костей голени.

4. Эквиноварусная или эквиновальгусная контрактуры голеностопного сустава.

Типичные ошибки ортезирования при ДЦП:

1. Редкое ортезирование руки.

2. Применение туторов не устраняющих сгибательные контрактуры суставов руки и локтевую девиацию кисти, контрактуры пальцев кисти.

3. Игнорирование приводящей и сгибательной контрактуры бедра.

4. Применение туторов не устраняющего сгибательную контрактуру коленного сустава, эквинусную контрактуру голеностопного сустава, игнорирующих порочное положение переднего стопы.

5. Предпочтение шине циркулярному тутору.

На основании предлагаются принципы эффективного ортезирования при ДЦП:

1. Последовательное устранение одной за другой (система модульных циркулярных ортезов — с распределением давления в 24 точках на всю поверхность цилиндрической гильзы для руки и в 15 точках для ноги).

2. Этапная коррекция с ремоделированием тутора один раз в 2-4 месяца.

3. Приоритет профилактического ортезирования.

4. Необходимость возможности создания ТСП (ортезы, туторы) в месте расположения пациента.

5. Целесообразность согласования этапов коррекции деформации ортезами с ботулинотерапией [6], ТСП для вертикализации, разведения бедер и этапами хирургического лечения.

Материалом выбора для экспресс ортезирования является поликапролактон с контролируемой адгезией листов с формированием гильзы тьютора на сегмент около 5 минут.

На предложенную модульную систему ортезного сопровождения получено положительное решение о выдаче патента «Комплект модулей-ортезов для лечения пациентов с генерализованным детским церебральным параличом» по заявке RU 2016103259.

#### Литература:

1. Семенова К.А. Восстановительное лечение больных с резидуальной стадией детского церебрального паралича. М.: Антидор, 1999. 384 с.
2. Умнов В.В. Детский церебральный паралич. Эффективные способы борьбы с двигательными нарушениями. СПб.: Деятка, 2013. 236 с.
3. Умнов В.В., Новиков В.А. Диагностика и лечение спастической руки у детей с детским церебральным параличом: обзор лит. Ч. 1. Оценка состояния конечности // Травматология и ортопедия России. 2010. No 1(55). С. 124-130.
4. Умнов В.В., Новиков В.А., Звозиль А.В. Диагностика и лечение спастической руки у детей с детским церебральным параличом: обзор лит. Ч. 2. Консервативное и хирургическое лечение верхней конечности // Травматология и ортопедия России. 2011. No 3 (61). С. 137-145.
5. Шипицина Л.М., Мамайчук И.И. Детский церебральный паралич. СПб.: Дидактика Плюс, 2001. 607 с.
6. Chin T.Y., Graham H.K. Botulinum toxin A in the management of upper limb spasticity in cerebral palsy // Hand. Clin. 2003. Vol. 19, No 4. P. 591-600.
7. Long-term functional results of selective peripheral neurotomy for the treatment of spastic upper limb: prospective study in 31 patients / J. Maarrawi, P. Mertens, J. Luaute, C. Vial, N. Chardonnet, M. Cosson, M. Sindou // J. Neurosurg. 2006. Vol. 104, No 2. P. 215-225.
8. Miller F. Cerebral palsy. New York: Springer-Verlag, 2005. 432 p.

УДК 617.3

Шведовченко И.В., Юрченко А.Ю.,

Кольцов А.А.

## РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ХИРУРГИЯ В ПОДГОТОВКЕ К ПРОТЕЗИРОВАНИЮ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ И АМПУТАЦИОННЫМИ КУЛЬТЯМИ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.

ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта

Минтруда России

Россия, Санкт-Петербург

Schwedovchenko I.V., Urchenko A.U.,  
Koltsov A.A.

## RECONSTRUCTIVE SURGERY IN PREPARATION FOR PROSTHETICS OF CHILDREN WITH CONGENITAL AND AMPUTATIONAL CROPS OF UPPER LIMBS

Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht" of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation  
Russia, St. Petersburg

**Аннотация:** Ампутация верхней конечности в детском возрасте и врожденные культы плеча и предплечья на разных уровнях влекут за собой значительные изменения сегментов верхней конечности, плечевого пояса, обуславливают выраженные функциональные нарушения, всегда приводят к инвалидности. Анатомо-функциональные нарушения выражены тем больше, чем проксимальнее уровень дефекта. Несмотря на тот факт, что протезирование является основным методом абилитации (реабилитации), в ряде случаев показана хирургическая подготовка к протезированию.

**Abstract:** Amputation of the upper limb in childhood and congenital stump of the shoulder and forearm contribute to the occurrence of functional disorders. Congenital and acquired amputations always result in disability, while anatomical and functional disorders are more pronounced with proximal defects. Surgical preparation for prosthetics is necessary in some cases, despite the fact that prosthetics is the main method of rehabilitation.

**Ключевые слова:** хирургическая подготовка к протезированию, врожденные и ампутационные культы верхних конечностей у детей, протезирование детей с дефектами верхних конечностей.

**Keywords:** surgical preparation for prosthetics, congenital and amputation stumps of upper extremities in children, prosthetics of children with upper limb defects.

**Цель исследования:** определение тактики хирургической подготовки к протезированию детей с культями верхних конечностей.

**Материал и методы.** В настоящее время мы имеем опыт лечения и протезирования 642 пациентов (710 конечностей)

в возрасте от 1,5 месяцев до 18 лет, которые находились в детской клинике ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России за последние 10 лет. Распределение пациентов по генезу патологии: врожденные недоразвития плеча - 80; предплечья - 310; приобретенные дефекты плеча - 126; предплечья - 116.

**Результаты и обсуждение.** Первичное протезирование детей осуществлялось с возраста 10 месяцев косметическими протезами, снабжение активными протезами проводилось с 2,5 - 3 лет. В большинстве случаев протезирование было сложным или атипичным в связи тяжестью патологии.

На этапе подготовки к протезированию дети получали курсы консервативного лечения, включающие в себя физиолечение, массаж, лечебную физкультуру. После получения протезов выполнялось обучение пользованию ими.

Однако в ряде случаев протезирование было невозможным или нецелесообразным без предварительной хирургической подготовки. В связи с продолжающимся ростом сегментов конечностей, оперативное лечение требовалось пациентам, перенесшим ампутацию, тогда как при врожденных культях показания к оперативному лечению встречались реже.

У больных с недостаточной длиной культы выполнялись операции, направленные на увеличение абсолютной, и/или функциональной длины конечности: удлинение культы методом Илизарова, применение микрохирургической техники, кожная пластика для увеличения функциональной длины сегмента. При синдроме вставания опила кости в мягкие ткани, а так же при других дефектах и пороках торца культы проводились вмешательства, направленные на устранение диспропорции объема мягких тканей и кости. У пациентов с наличием рубцовых контрактур суставов усеченных конечностей выполнялись различные виды кожной пластики, в том числе с использованием микрохирургии. В ряде случаев имели место показания к расщеплению предплечья.

#### **Выводы.**

1) Хирургическое лечение является неотъемлемым компонентом или

элементом медицинской абилитации или реабилитации пациентов с приобретенными и врожденными культями конечностей;

2) Хирургическое лечение детей с ампутационными дефектами верхней конечности встречается значительно чаще, показания к оперативному лечению больных с врожденными культями крайне редки

3) Своевременно и правильно поставленные показания к сроку и объему оперативного вмешательства обеспечивают максимальную эффективность, как протезирования, так и общего результата абилитации или реабилитации.

УДК 617.3

Яковлева В.А., Шведовченко И.В.,  
Кольцов А.А.

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ПРОТЕЗИРОВАНИЕ, КАК ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ МЕДИЦИСКОЙ АБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПРОКСИМАЛЬНЫМИ ФОРМАМИ ЭКТРОМЕЛИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта  
Минтруда России  
Россия, Санкт-Петербург

Yakovleva V.A., Schwedovchenko I.V.,  
Koltsov A.A.

## **SURGICAL TREATMENT AND PROSTHETICS AS THE MAIN METHODS OF MEDICINE HABILITATION OF PATIENTS WITH PROXIMAL ECTROMELIA OF LOWER EXTREMITY**

Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific  
Centre of Rehabilitation of the Disabled named after  
G.A. Albrecht" of the Ministry of Labour and Social  
Protection of the Russian Federation  
Russia, St. Petersburg

**Аннотация:** проксимальная эктромалия нижних конечностей является врожденным пороком развития, который характеризуется

значительным укорочением поражённой конечности за счёт редукции преимущественно проксимальных её сегментов; произведен анализ 140 пациентов с разной степенью выраженности данной патологии; основными методами являлись атипичное протезирование и хирургическое лечение.

**Abstract:** proximal ectromelia of lower extremity is congenital malformation, which characterized by abbreviated of damaged extremity by the reduction of proximal segments; analysis of 140 patients with different degree of severity of this pathology is made; the main methods of treatment were atypical prosthetics and surgical treatment.

**Ключевые слова:** проксимальная эктромалия нижних конечностей, врожденное недоразвитие, клиническая картин, протезирование у детей, хирургия.

**Keywords:** proximal ectromelia of lower extremity PFFD, congenital hypoplasia, surgical treatment, prosthetics.

**Цель исследования.** Проанализировать особенности и результаты протезирования и хирургического лечения в восстановлении функции и внешнего вида поражённых конечностей.

**Материал и методы.** Обобщены результаты реабилитации 140 пациентов в возрасте от 8 месяцев до 45 лет, период наблюдения с 1970 по 2015 годы. Количество мальчиков и девочек составило 40 и 60% соответственно. У 71 пациентов наблюдалось правостороннее поражение, у 57 пациентов – левостороннее, 12, больных имели двустороннюю редукцию.

У всех пациентов выполнялось атипичное протезирование. Хирургическое лечение являлось подготовительным этапом к протезированию.

**Результаты и их обсуждение.** Во всех случаях пациенты были вертикализированы, обеспечена возможность опоры и передвижения. С целью упрощения схемы протеза и улучшения функции исходного протезирования выполняли:

1. Илеофemorальный синостоз;
2. Устранение сгибательной контрактуры коленного сустава;
3. Ротационная пластика по Van Nes;
4. Устранение деформации стопы.

Особенностями изготовления протезов являлись: наличие «двойного следа»,

крепления протеза в виде жилетки (лифчика), асимметричная схема сборки, наличие коленных шарниров.

#### **Выводы.**

1. Проксимальная эктромалия нижних конечностей редкая и тяжёлая аномалия бедра, требующая максимально раннего и всегда индивидуального подхода;

2. Протезирование представляет собой основной метод абилитации пациентов, всегда является атипичным;

3. Хирургическое лечение возможно, и является подготовительным этапом к протезированию.

УДК 617-7

Суслеяев В.Г., Марусин Н.В.,  
Смирнова Л.М.

### **ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСА HABILECT С ОБУЧАЮЩЕЙ ЦЕЛЬЮ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ИНВАЛИДОВ С АМПУТАЦИОННЫМИ ДЕФЕКТАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта  
Минтруда России  
Россия, Санкт-Петербург

Suslyaeov V.G., Marusin N.V.,  
Smirnova L.M.

### **THE POSSIBILITY OF APPLYING COMPLEX HABILECT LEARNING GOAL IN THE PRIMARY PROSTHESIS OF INVALIDS WITH DEFECTS OF THE LOWER EXTREMITIES**

Federal State Budgetary Institution “Federal Scientific  
Centre of Rehabilitation of the Disabled named after  
G.A. Albrecht” of the Ministry of Labour and Social  
Protection of the Russian Federation  
Russia, St. Petersburg

**Аннотация:** Обсуждаются вопросы использования программно-аппаратного комплекса Habilect для обучения пользованию протезом нижней конечности при первичном протезировании.

**Abstract:** The possibility of using a hardware-software complex Habilect when

learning to use a prosthesis lower limb at primary prosthetics. **Ключевые слова:** нижняя конечность, первичное протезирование, ампутация, биологически обратная связь.

**Keywords:** lower extremities, the primary prosthesis, amputation, biofeedback.

Актуальность: при первичном протезировании пациентов, после ампутации нижней конечности, основная задача заключается в сокращении срока обучения пользованию протезом с формированием нового стереотипа ходьбы. Это важно с точки зрения улучшения общего физического состояния пациента, а также психологическими аспектами восстановления способности к самостоятельному передвижению и самообслуживанию. При обучении пользованию протезом стоит задача сокращения компенсаторных движений, сохраняя динамическое равновесие в пространстве для уменьшения энергозатрат с редукацией передвижения в новых условиях.

При использовании комплекса Nabilect соблюдается принцип биологически обратной связи, основанный на визуальном самоконтроле пациента на широкоформатном экране монитора при многократном выполнении комплекса упражнений, направленных на улучшение координации движений в статике и при ходьбе. Программа преобразует входящий сигнал инфракрасного датчика в изображение пациента на экране с контурами сегментов тела, визуально контролируя положение пациента в пространстве, подсказывая, когда происходит отклонение положения тела от заданных параметров движения. Тем самым достигается эффект более быстрого освоения навыков ходьбы на протезе

Комплекс Nabilect — совместная разработка российских IT-специалистов с врачами и специалистами в области реабилитации и психологии. Его назначение — содействие в функциональной активной реабилитации благодаря визуализации процесса решения двигательных задач. В процессе реабилитации комплекс Nabilect выполняет следующие задачи: контроль за

правильным выполнением упражнений, оценка эффективности назначенной терапии, создание отчетов на протяжении всего процесса реабилитации. При протезировании нижних конечностей целью его применения является обеспечение восстановления двигательных функций пациента благодаря регулярным занятиям и применению биологически обратной связи.

Оператор составляет курс упражнений индивидуально для каждого пациента и задает необходимые параметры на каждое упражнение. По результатам выполненных упражнений можно оценить изменения в объеме движений выбранного сустава. Тестирование до и после выполняемых упражнений в течении всего курса занятий позволило оценить положительную динамику изменений освоения ходьбы на протезе.

УДК 611.738.3: 617. 3.587-77

Белянин О.Л., Буров Г.Н.,

Большаков В.А.

**ВОЗМОЖНОСТЬ УПРАВЛЕНИЯ  
ИСКУССТВЕННОЙ СТОПОЙ  
ПРОТЕЗА ГОЛЕНИ СИГНАЛАМИ ОТ  
КОЛЕННОГО СУСТАВА**

ФГБУ СПб ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта

Минтруда России

Россия, Санкт-Петербург

Belyanin O.L., Burov G.N.,

Bolshakov V.A.

**THE MANAGEMENT POSSIBILITY  
ARTIFICIAL FOOT  
PROSTHETIC DEVICE SHANK SIGNAL  
FROM KNEE JOINT**

Federal State Budgetary Institution “Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht” of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation  
Russia, St. Petersburg

**Аннотация:** для управления стопой протеза предлагается использовать сигналы о параметрах сгибания в коленном суставе.

**Abstract:** for governing foot prosthetic devices is offered use the signals about flexion parameters in the knee joint.

**Ключевые слова:** инвалид, протезы, стопа, коленные суставы, углы сгибания.

**Keywords:** disabled, prosthetics, foot, knee joints, corners flexion.

Системы управления (СУ) стопой протезов голени, использующих биоэлектрические сигналы (БЭС) от её мышц, являются наиболее естественными после ампутаций до уровня её верхней трети (8-10 см). При более высоких уровнях (<6,0 см) получить надёжный БЭС СУ стопой протеза не удаётся. Поэтому рассматривается возможность создания СУ стопой от механоэлектрического датчика угловых перемещений  $[+\alpha^\circ(t)]$  в коленном суставе (КС) в ходьбе, программно сопряжённых с движениями стопы в голеностопном шарнире (ГСШ). Это позволяет выбрать должный клиренс переноса стопы без риска зацепления за грунт сложного рельефа.

Цель: определить возможность использования  $[+\alpha^\circ(t)]$  КС как входного сигнала в СУ стопой протеза голени при высоких ампутациях. Задача: проанализировать кросскорреляционные функции  $[+R(t)]$  гониограмм КС и ГСС в различных режимах ходьбы в норме и ГСШ при высокой ампутации голени. Методы: синхронно регистрировались  $[+\alpha^\circ(t)]$  КС и ГСС по фазам локомоторного цикла и представлялись на фазо-временных диаграммах. Строились  $[+R(t)]$  направления и объёма  $[+\alpha^\circ(t)]$  КС и ГСС в фазы активного и пассивного движения стопы в цикле шага. Исследовано 12 здоровых лиц и 18 инвалидов после ампутаций голени на уровне верхней трети с культёй менее 6 см.

Показано, что обе волны  $[+\alpha^\circ(t)]$  КС однополярны и монотонны, находятся в сложных фазовых отношениях с  $[+\alpha^\circ(t)]$  ГСС, что обусловлено семантикой движений голени и стопы в ходьбе. При этом  $[+R(t)]$  колеблются от  $R=-0,78$  до  $R=+0,97$ , а сигнал меняет свою направленность и амплитуду по микрофазам цикла соответственно опоре и переносу и без активного управления. Такая неоднозначность в соотношениях

сигнала управления от КС и реализуемого движения стопы требует введения в структуру СУ функционального преобразователя с инверсией знаков.

После ампутации голени структура  $[+\alpha^\circ(t)]$  КС модулируется по виду протеза, сохраняя все свои элементы. Её датчиком является тензорезистор в гибкой подпружиненной оболочке. Программа управления строится адаптивной с модуляцией по объёму, скорости отображению рельефа на основе следящих систем с сигналами от ГСС.

УДК 616-036.86

Сусляев В.Г.<sup>1</sup>, Владимирова О.Н.<sup>1</sup>,  
Щербина К.К.<sup>1</sup>, Сокуров А.В.<sup>1</sup>, Жданов  
Ю.И.<sup>1</sup>, Чупряев В.А.<sup>2</sup>

## ПРЕИМУЩЕСТВА РАННЕГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ЭКСПРЕСС- МЕТОДАМИ В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

<sup>1</sup>ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда  
России, Санкт-Петербург

<sup>2</sup>ФГБВОУ ВО ВМедА им. С.М. Кирова  
Минобороны России, Санкт-Петербург  
Россия, Санкт-Петербург

Suslyayev V.G.<sup>1</sup>, Vladimirova O.N.<sup>1</sup>,  
Scherbina K.K.<sup>1</sup>, Sokurov A.V.<sup>1</sup>,  
Zhdanov Yu.I.<sup>1</sup>, Chupryayev V.A.<sup>2</sup>

## ADVANTAGES OF EARLY PROSTHETICS OF THE LOWER EXTREMITIES BY EXPRESS METHODS IN THE SYSTEM OF REHABILITATION OF PERSONS WITH DISABILITIES

<sup>1</sup>Federal Scientific Center Rehabilitation of the Disabled  
named after G.A. Albrecht, St. Petersburg

<sup>2</sup>Medical military academy named after S.M. Kirov,  
St. Petersburg  
Russia, St. Petersburg

**Аннотация:** Рассматриваются преимущества разработанной и внедряемой технологии раннего протезирования при ампутационных дефектах голени и бедра экспресс-методами.

**Abstract:** Advantages of the developed and introduced technology of early prosthetics at amputating defects of a shin and hip are considered by express methods.

**Ключевые слова:** первичное протезирование, медицинская реабилитация, технические средства реабилитации, инвалиды.

**Keywords:** the first prosthetic help, medical rehabilitation, technical means of rehabilitation, persons with disabilities.

Актуальность проблем первичного протезирования граждан с ампутированными дефектами нижних конечностей объясняется неуклонным ростом количества больных, страдающих облитерирующими заболеваниями сосудов и сахарным диабетом, которые составляют до 80% всего контингента лиц с утратой нижних конечностей.

С учётом перечисленных обстоятельств раннее протезирование (через 1-2 месяца после ампутации) не представляется возможным, а сроки протезирования увеличиваются до 12 месяцев и более.

В период 2010-2017 гг. нами разработаны и внедрены на 19 протезно-ортопедических мероприятиях в пяти федеральных округах технологии раннего первичного протезирования нижних конечностей экспресс-методами. Данные безгипсовые технологии позволяют изготовить, индивидуально настроить протезы пациентам по заживлению раны культи при отсутствии противопоказаний к протезированию. Было изготовлено 218 протезов голени и бедра экспресс-методами для 204 пациента, мужского и женского пола, в возрасте от двух до 85 лет. Первичное протезирование выполнялось в сроки от одного до трёх месяцев после ампутации нижней конечности по заживлению раны, при отсутствии болевого синдрома, других противопоказаний, а также при наличии положительной мотивации пациентов. Как правило, пациенты начинали раньше осваивать самостоятельное передвижение на протезе с формированием нового стереотипа ходьбы, что сопровождалось улучшением их психосоматического состояния при

условии дозированных двигательных нагрузок при начальном этапе обучения.

Данные новые виды лечебно-тренировочных протезов с регулируемыми приёмными гильзами при настройке не нуждаются в технологической оснащённости протезных мастерских, снижают уровень требуемой квалификации мастера-протезиста при настройке изделия.

При комплектации первичных протезов предпочтение отдавалось модулям отечественных производителей (РКК «Энергия», ООО «Метиз», МПО «Металлист».

Преимуществами раннего протезирования являются:

- раннее восстановление стереотипа ходьбы способности к самостоятельному передвижению и самообслуживанию;
- ускорение регенерации послеоперационной раны;
- ускорение формирования культи как нового органа опоры и управления протезом;
- функциональная разработка или предупреждение контрактур суставов усечённой конечности;
- стимуляция, улучшение кровообращения, состояния опорно-двигательного аппарата, вестибулярной функции и координации движений, кардио-респираторной, пищеварительной, мочевыделительной систем и органов благодаря восстановлению статодинамической функции;
- облегчение фантомно-болевого синдрома;
- улучшение психо-соматического состояния;
- оптимизация двигательного, реабилитационного потенциала и прогноза при расширении двигательного режима, повышении двигательных возможностей.

УДК 617.58-77/617.3/617.582-089.873

Янковский В.М., Головин М.А.,  
Суслев В.Г.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАЗЕРНОГО 3D-  
СКАНИРОВАНИЯ С ЦЕЛЬЮ  
ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ  
АНТРОПОМЕТРИЧЕСКОГО СТАТУСА  
УСЕЧЕННОЙ КОНЕЧНОСТИ**

<sup>2</sup>ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта  
Минтруда России  
Россия, Санкт-Петербург

Yankovskij V.M., Golovin M.A.,  
Suslyayev V.G.

**LASER 3D-SCANNING FOR THE  
PURPOSE OF OBJECTIFYING THE  
ANTHROPOMETRIC STATUS OF A  
TRUNCATED LIMB**

Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific  
Centre of Rehabilitation of the Disabled named after  
G.A. Albrecht" of the Ministry of Labour and Social  
Protection of the Russian Federation  
Russia, St. Petersburg

**Аннотация:** Измерение обхвата культи при снятии слепка производится поперек культи. При этом может происходить смещение метра или сдавливание мягких тканей, что сильно влияет на регистрируемые значения. Путем 3D-сканирования и построения ориентированной электронной модели культи возможно получить точные объемные и габаритные размеры. Для этого необходимо установить культю в необходимое положение и соблюдать требования по освещенности.

**Abstract:** Measurement of the stump's circumference during removal of the impression is made across the stump. This may result in a displacement of the meter or squeezing of soft tissues, which greatly affects the recorded values. By 3D-scanning and constructing an oriented electronic model of the stump, it is possible to obtain accurate dimensions. To do this, it is necessary to orient the stump in the necessary position and to comply with the requirements for illumination.

**Ключевые слова:** Протезирование, протез, приемная гильза, культя, антропометрия

**Keywords:** Prosthetic, prosthesis, socket, stump, anthropometric

УДК 617.57-77/617.571-089.872

Замилацкий Ю.И., Головин М.А.,  
Буров Г.Н.

**АТИПИЧНОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ  
ИНВАЛИДОВ ПОСЛЕ ВЫЧЛЕНЕНИЯ  
ПЛЕЧА**

<sup>2</sup>ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта  
Минтруда России  
Россия, Санкт-Петербург

Zamilatchkiy Yu.I., Golovin M.A.,  
Burov G.N.

**ATYPICAL PROSTHETICS OF  
DISABLED PEOPLE AFTER  
SHOULDER EXARTICULATION**

Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific  
Centre of Rehabilitation of the Disabled named after  
G.A. Albrecht" of the Ministry of Labour and Social  
Protection of the Russian Federation  
Russia, St. Petersburg

**Аннотация:** Представлены этапы и особенности протезирования двух пациентов после вычленения плеча.

**Abstract:** The stages and features of prosthetics of two patients after shoulder exarticulation are presented.

**Ключевые слова:** Протез, протезирование, верхние конечности

**Keywords:** Prosthesis, prosthetic, upper extremities

Пациент 3., 21 год, изготавливался протез после вычленения плеча. В анамнезе ДТП за 8 месяцев до поступления.

На этапе подготовки к протезированию оценивали состояние покровных тканей в области надплечья, подмышечной впадины после кожной пластики, пальпаторно определяли выраженность костных образований лопатки, положение акромиального отростка ключицы.

Обработку позитива производили с учетом разгрузки костных образований и области с обширными рубцово-измененными тканями. Добивались плотного прилегания и удобной посадки наплечника в области груди и спины.

Основная нагрузка при ношении протеза приходится на надплечье в области трапециевидной мышцы. С учетом этого на

гипсовом позитиве удаляли определенное количество гипса, образуя углубление в виде «валика», необходимое для разгрузки костных выступов.

Наплечник изготавливали методом вакуумного формования из предварительно разогретого листового ПВД толщиной 3 мм. Для вентиляции в области обширных спаянных рубцов на наплечнике делали перфорационные отверстия, а острые края наплечника закругляли.

Несущую гильзу плеча изготавливали из листового ПВД методом блоковки по колодке 819 (деревянная). Сборку протеза перед примеркой производили таким образом, чтобы при отведении протеза на угол до 90° проксимальная часть хорошо прилегала в области акромиального отростка. Фланцы в гильзе плеча и локтя устанавливали в положение, позволяющее отсоединить узел «локоть-предплечье» от гильзы плеча при развороте ее на 180±10° от исходного физиологического положения. Для функционально-косметического протеза использовался модифицированный узел «локоть-предплечье» с тяговым управлением арт. 9656; в пластмассовой кисти арт. 9583 вместо рычага управления устанавливали пружину растяжения, обеспечивающую пассивный схват предметов.

При окончательной примерке протеза еще раз уточняли правильность подрезки наплечника, расположение элементов крепления протеза, подгонку гильзы плеча к наплечнику, и, при отведении, длину гильзы плеча и предплечья. В заключении проверяли работу механизма кисти и механизма фиксации локтевого узла.

Изготовленный функционально-косметический протез имел пять пассивных функций: отведение и ротацию плеча, сгибание и фиксацию в локтевом шарнире, ротацию кисти, разведение и пружинный схват пальцами кисти.

Аналогичный протез после вычленения плеча изготавливался пациенту К., 62 года. В анамнезе электротравма за 1,5 года до поступления.

УДК 617.57-77

Морозов В.В.<sup>1</sup>, Струкова Н.В.<sup>1</sup>,  
Жигало А.В.<sup>2</sup>

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА  
УЛЬТРАФОНОФОРЕЗА ПРЕПАРАТА  
«КАРМОЛИС» ПРИ  
КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ  
БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗИРУЮЩИМИ  
ЛИГАМЕНТИТАМИ ПАЛЬЦЕВ  
КИСТИ**

<sup>1</sup>ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта  
Минтруда России

Россия, Санкт-Петербург

<sup>2</sup>ООО «Международный медицинский центр  
«СОГАЗ»

Российская Федерация, Санкт-Петербург

Morozov V.V.<sup>1</sup>, Strukova N.V.<sup>1</sup>,  
Zhigalo A.V.<sup>2</sup>

**USING OF THE METHOD OF  
ULTRAPHONOPHORESIS OF THE  
«KARMOLIS» IN THE  
CONSERVATIVE TREATMENT OF  
PATIENTS WITH TRIGGER FINGER**

Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific  
Centre of Rehabilitation of the Disabled named after  
G.A. Albrecht" of the Ministry of Labour and Social  
Protection of the Russian Federation

Russia, St. Petersburg

<sup>2</sup>LLC «International medical center «SOGAZ»  
Russian Federation, Saint-Petersburg

**Аннотация:** Стенозирующий лигаментит пальцев (болезнь Нотта, «щелкающий» палец) одно из самых распространенных заболеваний в амбулаторной кистевой практике (до 15% всех операций в амбулатории). Чаще развивается у лиц, которым по роду своей деятельности приходится выполнять повторяющиеся монотонные движения пальцами кисти, либо длительное время с силой захватывать предметы рукой (музыканты, офисные работники – наборщики текста, портные, «геймеры», кузнецы-художники). Заболевание приводит к значительному снижению функции кисти, силы захвата, ухудшению качества жизни и даже временной нетрудоспособности по отдельным видам деятельности.

**Abstract:** Stenosing ligamentitis of fingers (Notta's disease, «trigger finger») – is one of the most common diseases in the ambulatory practice of hand surgeons (up to 15% of all ambulatory practice). It often develops in people who, by their activity, have to perform repetitive monotonous movements with the fingers of a hand, or for a long time to forcefully grab items by hand (musicians, office workers - text composers, tailors, "gamers", blacksmiths-artists). The disease leads to a significant decrease in hand function, grip power, deterioration in the quality of life and even temporary disability for certain activities.

**Ключевые слова:** щелкающий палец, болезнь Нотта, стенозирующий лигаментит, консервативное лечение.

**Keywords:** Trigger finger, Nott's disease, stenosing ligamentitis, conservative treatment.

**Цель работы:** Улучшить результаты консервативного лечения больных со стенозирующими лигаментитами пальцев кисти с использованием ультрафонофореза препарата «Кармолис».

**Материалы и методы:** Всем больным (6 человек) проводилось консервативное лечение стенозирующего лигаментита пальцев кисти на различной стадии заболевания посредством выполнения сеансов ультрафонофореза препарата «Кармолис». Каждому пациенту было выполнено по 10 сеансов указанного вида лечения. Перед каждой процедурой проводилось смешивание геля «Кармолис» с вазелиновой мазью в соотношении 1 к 3. На протяжении всего сеанса осуществлялось воздействие на всю ладонную поверхность кисти с акцентом на пораженный палец в проекции кольцевидной связки А1. На весь период консервативного лечения больным не ограничивалась трудовая деятельность.

**Результаты:** Оценку результатов лечения проводили при помощи динамометрии и бальных опросников qDASH. Срок наблюдения составил от 14 дней до 1,5 месяцев после проведенного консервативного лечения. За этот период времени только у 1 пациента было осложнение в виде усиления болевого синдрома на фоне сопутствующих заболеваний (ДЦП шейного отдела позвоночника с выраженным корешковым

синдромом). Данное осложнение требовало проведение хирургического лечения (малоинвазивной лигаментотомии). Результаты лечения оценивались через 14 дней и 1,5 месяца. Через 1 месяц после консервативного лечения наблюдались отличные результаты в 3 (50 %) случаях, а хорошие результаты в 2 (33,3 %) случаев.

**Выводы:** Полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности ультрафонофореза препарата «Кармолис» при лечении больных со стенозирующими лигаментитами пальцев кисти. Данное лечение неинвазивно, что дает существенное преимущество в сравнении с хирургическими вариантами лечения заболевания.

УДК 685.3 УДК 616.7

Карапетян С.В., Горелова И.К.,  
Голубева Ю.Б., Зими́на Е.Л.,  
Скирмонт Е.И.

## АЛГОРИТМ НАЗНАЧЕНИЯ ДЕТСКОЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ОБУВИ

ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта  
Минтруда России  
Россия, Санкт-Петербург

Karapetyan S.V., Gorelova I.K.,  
Golubeva J.B., Zimina E.L.,  
Skirmont E.I.

## ALGORITHM FOR THE APPOINTMENT OF CHILDREN'S ORTHOPEDIC SHOES

Federal state budgetary institution "Federal scientific center of rehabilitation disabled named after G. A. Albrecht» Ministry of labour and social Affairs protection of the Russian Federation  
Russia, St. Petersburg

**Аннотация:** Предложена система алгоритмов назначения рациональной конструкции ортопедической обуви в зависимости от наличия и степени выраженности деформации.

**Abstract:** A system of algorithms for the design of a rational design of orthopedic footwear is proposed depending on the presence and degree of strain.

**Ключевые слова:** ортопедическая обувь, дети, ходьба, алгоритм

**Keywords:** orthopedic shoes, children, walking, algorithm

**Введение.** По данным Минздрава РФ, нарушение функции опорно-двигательного аппарата наблюдаются у 85 % населения, из них только 20% обращаются за медицинской помощью и наиболее часто это пациенты с такой патологией опорно-двигательного аппарата, как деформации стоп. Успех реабилитации таких пациентов во многом зависит от правильности выбора ортопедических изделий, при назначении которых, из-за отсутствия четких рекомендаций к выбору конструкции, врачи сталкиваются с противоречиями между интересами медицины и маркетинга.

**Цель:** разработка алгоритма назначения детской ортопедической обуви и выбора ее рациональной конструкции.

**Задачей исследования** было определение влияния специальных деталей ортопедической обуви на коррекцию положения стопы в зависимости от вида и выраженности деформации.

**Материалы и методы.** Данные клинико-биомеханического исследования стереотипа ходьбы 36 детей в ортопедической обуви различных производителей, а также результаты экспертной оценки 20 пар сложной ортопедической обуви, изготовленной по госконтрактам.

**Результаты.** Исследования параметров ходьбы ребенка в ортопедической обуви выявил ряд проблем: разногласия специалистов в терминологическом понимании, недостаточная их осведомленность в номенклатуре ортопедической обуви и особенностях ее конструкции, и, как результат, неадекватное назначение. Функциональные свойства ортопедической обуви характеризуются наличием в ее конструкции специальных деталей, каждая из которых выполняет свою конкретную задачу. Необходимость применения этих деталей определяется по медицинским показаниям в зависимости от вида и выраженности деформации [1,2].

Предложен алгоритм назначения рациональной конструкции ортопедической обуви, а именно: система тестов,

позволяющая в зависимости от анатомо-функционального состояния опорно-двигательного аппарата пациента определить необходимость использования специальных ортопедических деталей, расчет их параметров и местоположение в обуви.

**Заключение.** Ортопедическая обувь детям должна назначаться только при наличии выраженных нарушений функции ходьбы, дети с изменением стереотипа ходьбы в пределах возрастной нормы должны пользоваться стандартной обувью, изготовленной с учетом половозрастных особенностей детской стопы.

Предложенная система алгоритмов назначения ортопедической обуви, позволяет создать единое информационное поле, интерфейс которого был бы прост, доступен и понятен как медицинским, так и техническим специалистам, участвующим в ортопедическом обеспечении.

#### Литература:

1. Конструирование и технология ортопедической обуви: Практическое пособие: Голубева Ю.Б., Аржанникова Е.Е., Горелова И. К.; под ред. канд. мед. наук Е.Е. Аржанниковой, старш. науч. сотр. И. К. Гореловой. – СПб., 2016. - 351 с.
2. Методические рекомендации по установлению медицинских показаний и противопоказаний при назначении специалистами медико-социальной экспертизы технических средств реабилитации инвалида и методика их рационального подбора. Методическое пособие: в 2-х т. – 2-е изд., перераб. и доп. – М., 2014. - 2 т.

УДК 685.3 УДК 616.7

Голубева Ю.Б., Горелова И.К.,  
Андреевская А.О.

## ПРОБЛЕМЫ ПРОИЗВОДСТВА ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ОБУВИ КАК АССИСТИВНОГО СРЕДСТВА ОБЕСПЕЧЕНИЯ МОБИЛЬНОСТИ

**ГРАЖДАН**

ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта  
Минтруда России  
Россия, Санкт-Петербург

Golubeva J.B., Gorelova I.K.,  
Andrievskaya A.O.

## THE PROBLEMS OF MANUFACTURING ORTHOPEDIC SHOES, AS AN ASSISTIVE MEANS OF ENSURING MOBILITY OF CITIZENS

Federal state budgetary institution "Federal scientific  
center of rehabilitation disabled named after G. A.

Albrecht» Ministry of labour and social  
Affairsprotection of the Russian Federation  
Russia, St. Petersburg

**Аннотация:** Рассмотрена необходимость развития производства ортопедической обуви - средства для обеспечения мобильности лиц с ограниченными возможностями - как ассистивной технологии.

**Abstract:** The necessity of development of production of orthopedic shoes - means for ensuring mobility of persons with disabilities - as assistive technology is considered

**Ключевые слова:** ассистивные технологии и устройства, лица с ограниченными возможностями, ортопедическая обувь, реабилитационная продукция

**Keywords:** assistive technologies and devices, persons with disabilities, disabled, orthopedic shoes, rehabilitation products

**Введение.** В 2016 г. объем рынка технических средств реабилитации (ТСР) в РФ составлял 35,3 млрд. руб., а объем производства - 12,9 млрд. руб., при этом госзакупки составляют 85%. Государство, беря на себя ответственность за качество ортопедического обеспечения, должно быть заинтересовано в развитии производства отечественной продукции. Предполагается активизировать выпуск ТСР путем образования 11 промышленных технологических платформ, в т.ч. «Специализированная и универсальная одежда и обувь» [1].

**Цель работы.** Определение сфер деятельности производителей и разработчиков в направлении модернизации и развития производства ортопедической обуви.

**Материалы и методы.** Данные анкетирования материально-технического обеспечения 48 филиалов ФГБУ

«Московское протезно-ортопедическое предприятие» (ПрОП) Минтруда России.

**Результаты.** В результате анализа деятельности ПрОП, проведенного в 2016-2017 годах, было показано состояние производства ортопедической обуви в части обеспечения новыми технологиями, оборудованием, материалами, а также уровня подготовки специалистов.

Производство ортопедической обуви – процесс, в котором в основном используются оборудование и материалы, применяемые в производстве стандартной обуви, обеспечение которыми зависит от состояния легкой промышленности. Но есть и специальное оборудование, программное обеспечение и материалы, применяемые исключительно при изготовлении ортопедической обуви. Обследование ПрОП показало, что высокопроизводительное оборудование используется в основном на фабриках ортопедической обуви, но потребность в нем есть и на ПрОП. Однако оно не адаптировано для производства ортопедической обуви с индивидуальными параметрами изготовления. Специалисты предприятий, имеющие достаточную квалификацию, предпринимают попытки использовать программное обеспечение общетехнического назначения. Актуальна также проблема разработки и внедрения отечественных материалов для специальных деталей ортопедической обуви.

**Заключение.** В результате работы сформулированы предложения по модернизации парка оборудования, материалов и комплектующий для производства ортопедической обуви, позволяющие стимулировать разработчиков и производителей участников ассистивной технологии.

УДК 616-036.82/.85

Михайлов С.Н., Чернов В.А.  
**ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОБЫ И  
ВЕЛОЭРГОМЕТРИЧЕСКИЕ  
ТРЕНИРОВКИ У ПАЦИЕНТОВ,  
ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ  
МИОКАРДА**

ГБУЗ Областной центр медицинской реабилитации,  
ФГБОУ Оренбургский государственный  
медицинский университет МЗ РФ  
Россия, Оренбург

Mikhailov S.N., Chernov. V.A.  
**FUNCTIONAL TEST AND BICYCLE  
EXERCISE IN PATIENTS AFTER  
MYOCARDIAL INFARCTION**

Regional center of medical rehabilitation, Orenburg  
state medical University  
Russia, Orenburg

**Аннотация:** У пациентов, перенесших инфаркт миокарда, проводились функциональные пробы, с последующими тренировками на велоэргометре с оценкой показателей толерантности к физической нагрузке

**Abstract:** In patients who underwent myocardial infarction, functional tests were carried out, with subsequent exercises on the veloergometer with an assessment of indicators of tolerance to physical activity

**Ключевые слова:** кардиология, реабилитация  
**Keywords:** cardiology, rehabilitation

**Цель исследования** изучение программ физической реабилитации пациентов, перенесших инфаркт миокарда, с применением функциональных проб и велоэргометрических тренировок.

**Материал и методы.** Обследовано 65 пациентов, перенесших инфаркт миокарда без клинических признаков сердечной недостаточности и других осложнений (средний возраст  $54,6 \pm 1,2$  года). Велоэргометрические нагрузочные пробы (ВНП) выполнялись на 5-й и 16-й день пребывания в клинике. Обследуемые были разделены на 2 группы: 1-я группа – 40 пациентов, выполнявшим между пробами тренировки на велоэргометре, 2-я группа – контрольная – 15 пациентов, которым физические тренировки не проводились.

Анализировались показатели: «двойное произведение» (ДП), суммарное смещение – подъем или снижение сегмента ST ( $\Sigma$  ST), фракция выброса (ФВ) левого желудочка, площадь асинергии (ПА), толерантность к нагрузке. ПА измерялась в процентах от площади всех стенок левого желудочка, определяемой с помощью двухмерной эхокардиографии из парастернальной и верхушечной позиции.

**Результаты.** У пациентов 1 группы не только ДП, а так же степень прироста при ВНП были значительно выше, чем при ИНП (127,3 и 96,2% соответственно; p

УДК 616.8-085.851

Михайлов С.Н., Дементьева О.С.  
**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА  
ПЕСОЧНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ  
ПАЦИЕНТОВ С АПРАКСИЯМИ  
ПОСЛЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА  
НА II ЭТАПЕ МЕДИЦИНСКОЙ  
РЕАБИЛИТАЦИИ**

ГБУЗ Областной центр медицинской реабилитации,  
ФГБОУ Оренбургский государственный  
медицинский университет МЗ РФ  
Россия, Оренбург

Mikhailov S.N., Dement'eva O.S.  
**EXPERIENCE OF APPLICATION OF  
THE METHOD OF SAND THERAPY IN  
THE TREATMENT OF PATIENTS  
WITH APRAXINE AFTER ISCHEMIC  
STROKE AT THE SECOND STAGE  
MEDICAL REHABILITATION**

Regional center of medical rehabilitation, Orenburg  
state medical University  
Russia, Orenburg

**Аннотация:** В работе показано эффективность применения метода песочной терапии в лечении пациентов с апраксиями после ишемического инсульта на II этапе медицинской реабилитации, наравне с другими методами лечения

**Abstract:** The paper shows the effectiveness of the sand therapy method in the treatment of patients with apraxia after ischemic stroke at the second

stage of medical rehabilitation, along with other methods of treatment

**Ключевые слова:** ишемический инсульт, реабилитация, метод песочной терапии

**Keywords:** ischemic stroke, rehabilitation, sand therapy method

**Цель** – изучить применение метода песочной терапии у пациентов после перенесенного ишемического инсульта. В исследование были включены 2 группы пациентов (в каждой группе по 25 чел), в возрасте от 45 до 65 лет с ишемическим инсультом (ИИ).

**Методы и материалы:** нейропсихологические пробы по А.Р. Лурия: 1. для оценки кинестетического праксиса: «воспроизведение позы пальцев руки», копирование положений кисти руки; 2. для оценки кинетического праксиса: проба «кулак-ладонь-ребро», графическая проба, проба на реципрокную мануальную координацию; 3. для оценки пространственного праксиса: проба Хеда, кубики Кооса; 4. для оценки регуляторной апраксии: реакция выбора, выполнение асимметричных двигательных программ. Шкалы, применяемые в исследовании: Шкала «Оценка мышечной силы», тест для оценки руки Френчай, тест оценки функции руки ARAT, госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS. Пациенты первой группы получали общепринятое лечение, не включающее песочную терапию. Пациенты второй группы посещали цикл занятий по рисованию на песке. Средняя продолжительность занятия – 30-40 мин.

**Результаты.** У пациентов, посещающих занятия по рисованию на песке, в сравнении с первой группой, были отмечены улучшения по тесту оценки руки ARAT ( $t=4,659$ ,  $p$

УКД 616.831-005.1

Сергеенко Е.Ю.<sup>1</sup>, Воловец С.А.<sup>2</sup>,  
Даринская Л.Ю.<sup>2</sup>, Яшина Ю.А.<sup>2</sup>,  
Житарева И.В.<sup>1</sup>, Рык В.А.<sup>1</sup>

## **СОВРЕМЕННАЯ МЕТОДИКА ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫХ И КООРДИНАТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ.**

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО Российский национальный  
исследовательский медицинский университет им.  
Н.И. Пирогова, г. Москва, Россия

<sup>2</sup> ГАУ города Москвы Научно-практический центр  
медико-социальной реабилитации инвалидов  
имени Л.И. Швецовой  
Россия, Москва

Sergeenko E.Yu.<sup>1</sup>, Volovets S.A.<sup>2</sup>,  
Darinskaya L.Yu.<sup>2</sup>, Yashinina Yu.A.<sup>2</sup>,  
Zhitareva I.V.<sup>1</sup>, Ryk V.A.<sup>1</sup>

## **A MODERN TECHNIQUE FOR RESTORING MOTOR AND COORDINATION DISORDERS IN PATIENTS WHO HAD ACUTE CEREBROVASCULAR ACCIDENT.**

<sup>1</sup> N.I.Pirogov Russian National Research Medical  
University, Moscow, Russia

<sup>2</sup> Scientific and practical center for medical and social  
rehabilitation of L.I. Shvetsova  
Russia, Moscow

**Аннотация:** Современное оборудование позволяет проводить координаторные тренировки в статическом и динамическом режиме с целью профилактики падения в статике и при ходьбе. Целью исследования стало изучение эффективности применения системы для восстановления статического и динамического равновесия «Balance tutor» у пациентов с последствиями острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК). Обследовано 82 пациента с нарушением постурального баланса (ПБ) в позднем восстановительном периоде. В основной группе к окончанию курса реабилитации отмечено статистически значимое увеличение показателя функциональной шкалы Dynamic Gait Index ( $p=0,0001$ , критерий

Манна-Уитни), что свидетельствовало об улучшении динамического равновесия, функции ходьбы и снижении риска падения при ходьбе. Через 6 месяцев после реабилитации показатель шкалы Dynamic Gait Index в основной группе статистически не отличался от результата, зафиксированного непосредственно после реабилитационного курса ( $p=0,0631$ , критерий Вилкоксона). Применение системы «Balance tutor» в комплексной реабилитации пациентов с последствиями ОНМК является эффективным и целесообразным.

**Abstract:** Modern equipment allows you to conduct coordinate training in static and dynamic mode to prevent falling while static and walking. The purpose of the study was to study the effectiveness of the recovery system to restore the static and dynamic balance of the "Balance-Tutor" in patients with acute cerebrovascular accident (CVA). There were examined 82 patients with an impairment of postural balance (PB) in the late restorative period. By the end of the rehabilitation course in main group there was a statistically significant increase of Dynamic Gait index ( $p = 0.0001$ , Mann-Whitney criterion), which indicated improvement of dynamic balance, walking function and reduction in the risk of falling when walking. Six months after rehabilitation, the scale index The Dynamic Gait index in the main group statistically did not differ from the result which was recorded right after the rehabilitation course ( $p = 0.0631$ , Wilcoxon criterion). The application of the «Balance tutor» system in the rehabilitation complex of patients with consequences of CVA is effective and expedient.

**Ключевые слова:** Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), система для восстановления статического и динамического равновесия.

**Keywords:** Acute cerebrovascular accident, system for restoration of static and dynamic balance

УДК 616-035.1

Михайлова О.В., Побута О.В.,  
Лебедева Л.Н.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ГИМНАСТИКИ НА ТРЕНАЖЕРЕ IQ PREMIUMGYM В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ**

ГБУ города Москвы РЦ «Текстильщики»  
Россия, Москва

Mikhailova O.V., Pobuta O.V.,  
Lebedeva L.N.

## **EFFICIENCY OF APPLICATION OF THE FUNCTIONAL GYMNASTICS METHODS ON THE IQ PREMIUMGYM TRAINER IN THE INTEGRATED REHABILITATION OF DISABLED PERSONS WITH MOVING DISTURBANCES**

State Budgetary Institution of the city of Moscow  
Rehabilitation Center "Tekstilshchiki"  
Russian Federation, Moscow

**Аннотация:** Эффективность метода функциональной гимнастики на тренажере IQ Premiumgym при реабилитации лиц с двигательными нарушениями

**Abstract:** The effectiveness of the method of functional gymnastics on the IQ Premiumgym simulator in the rehabilitation of persons with motor impairments

**Ключевые слова:** IQ Premiumgym, реабилитация, двигательные нарушения

**Keywords:** IQ Premiumgym, rehabilitation, motordisorders

**Введение.** В настоящее время в доступных источниках нет публикаций по методике функциональной гимнастики на тренажере IQ Premiumgym. В Глобальной сети (Интернет) имеются только ссылки на видеоролики по использованию тренажера PremiumGym. В рамках активного поиска эффективных методов и методик в ГБУ РЦ «Текстильщики» марта 2017 года проводится апробация и внедрение в программу комплексной реабилитации методики функциональной гимнастики на тренажере IQ Premiumgym у клиентов, имеющих различные степени ограничения способности к передвижению.

Особенность данной методики заключается в конкретной направленности движений, обеспечивающих правильную эргономику, путем непосредственного воздействия на опорно-двигательный аппарат и опосредствованно на другие системы организма.

Программы тренировок составляются индивидуально для каждого клиента. Они

различаются по сложности выполняемых упражнений, по продолжительности занятия в зависимости от состояния здоровья клиента и от степени ограничения способности к передвижению.

Основными задачами применения методики функциональной гимнастики на тренажере IQ Premiumgym в программе комплексной реабилитации являются: нормализация мышечного тонуса; увеличение объема движений в суставах туловища и конечностей; увеличение мышечной силы; улучшение параметров походки; улучшение координации движений, улучшение общего функционального состояния.

**Цель исследования.** Провести анализ эффективности методики функциональной гимнастики на тренажере IQ Premiumgym для снижения степени ограничения способности к передвижению.

**Материалы и методы.** В исследование включено 28 клиентов: 7 детей от 9 до 18 лет, из них 5 мальчиков и 2 девочки; 21 взрослый (до 79 лет), из них 9 мужчин и 12 женщин. Все исследуемые прошли полную реабилитационную диагностику с оценкой двигательных нарушений по различным шкалам (GMFCS, Ashworth), данным инструментальных методов исследований («Видеоанализ движений»). Отобранные в группу клиенты имели различные диагнозы: ДЦП – 5 человек; последствия ОНМК – 6 человек; генетическая патология и врожденные аномалии развития – 7 человек; дегенеративные заболевания позвоночника – 8 человек; соматическая патология – 2 человека. Степень двигательных нарушений варьировала от легких до средних. В течение одного месяца в рамках программы комплексной реабилитации проводились 30-минутные занятия функциональной гимнастикой на тренажере IQ Premiumgym, количество занятий от 5 до 17. В ходе реализации программы комплексной реабилитации 2 человека были сняты с апробации в связи с прерыванием курса реабилитации по различным причинам.

**Результаты.** По окончании курса комплексной реабилитации с применением методики функциональной гимнастики на

тренажере IQ Premiumgym всем клиентам была проведена повторная реабилитационная диагностика. Проведен анализ полученных результатов, на основании которого выявлено следующее: снижение мышечного тонуса отмечалось у 74%; увеличение мышечной силы – у 93%; увеличение объема пассивных движений – у 73%; увеличение объема активных движений – у 83%; улучшение координации движений – у 23%; улучшение походки и рисунка ходьбы по заключению видеоанализа движений – у 95%.

**Заключение.** Функциональная гимнастика на тренажере IQ Premiumgym является одной из современных методик, позволяющих достигать результатов по коррекции ограничений к передвижению. Она способствует увеличению мышечной силы, увеличению объема активных движений в суставах туловища и конечностей, улучшению параметров походки. Кроме того, данная методика имеет ряд существенных достоинств: доступна всем возрастным группам; проста в освоении, является достаточно эффективной и может использоваться у клиентов всех возрастных групп, в том числе имеющих тяжелую соматическую патологию. Исследование данной методики будет продолжено в рамках деятельности Центра с целью исследования эффективности ее применения по коррекции других ограничений жизнедеятельности.

УДК 616-036.86; 611.946

Шабанова О.А.<sup>1,2</sup>, Могилянцева Т.О.<sup>3</sup>

## **СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ СКОЛИОЗОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ 3D-ТЕХНОЛОГИЙ КОРСЕТИРОВАНИЯ**

<sup>1</sup>ФГБОУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России,

<sup>2</sup>ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта

Минтруда России

<sup>3</sup>СПБГБУЗ "ГБ № 40"

Россия, Санкт-Петербург

Shabanova O.A.<sup>1,2</sup>, Mogilyanceva T.O.<sup>3</sup>

## MODERN POSSIBILITIES OF REHABILITATION OF CHILDREN WITH SCOLIOSIS USE OF 3D- TECHNOLOGY CORSETOTHERAPY.

<sup>1</sup>Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A.Albrecht

<sup>2</sup>Federal State Budgetary Institution «Saint-Petersburg Postgraduate Institute of Medical experts» of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation,

<sup>3</sup>SPBGPU "City hospital №40"  
Russia, Saint-Petersburg

**Аннотация:** своевременная и современная корсетотерапия, позволяет предотвращать серьезные осложнения, связанные с прогрессированием сколиотической деформации.

**Abstract:** timely and modern corsetotherapy, helps prevent serious complications associated with the progression of scoliotic deformities.

**Ключевые слова:** сколиоз, прогностические факторы, корсетирование.

**Keywords:** scoliosis, prognostic factors, corsetotherapy.

Сколиоз (Scoliosis) - тяжелое заболевание опорно-двигательного аппарата, представленное искривлением позвоночника во фронтальной плоскости и скручиванием вокруг своей вертикальной оси (торсией), которое проявляется в молодом возрасте и прогрессирует по мере роста организма.

По данным эпидемиологических исследований установлено, что около 1% населения земного шара страдает сколиозом. Среднероссийский показатель заболеваемости сколиозом составляет порядка 7,2%, причем, в последние десятилетия, отмечается тенденция к росту заболеваемости сколиозом.

В период с 2016-2017 год в СПбГБУЗ "Городская больница №40" в отделении медицинской реабилитации детей с нарушением функции опорно-двигательного аппарата пролечено 159 пациентов в возрасте от 4х до 17 лет с идиопатическим сколиозом, имеющим деформацию позвоночника более 20

градусов по Совв. Исследованная группа детей получала лечение с использованием функционально-корректирующих корсетов немецкой школы. Проекции корректирующих элементов корсета рассчитывались по технологии CAD/CAM (Computer Assisted Design/ Computer Aided Manufacturing).

Отмечена четкая тенденция к положительной динамике при использовании комплексного подхода в лечении пациентов с идиопатическим сколиозом. Коррекция в корсете достигала более 65 %, отмечалось уменьшение дуги через год на 11-12 градусов в среднем. Значительные улучшения у пролеченных пациентов позволили им избежать хирургического лечения и снизить риск прогрессирования.

В мировой практике корсетирование уже более 30 лет является основным научно доказанным и эффективным способом консервативного лечения промежуточных форм (II-III ст.) сколиоза у детей и подростков. Безоперационное лечение деформации позвоночника функционально-корректирующими корсетами проводится детям без гипсования, дети быстро привыкают к корсету. В результате лечения проводится эффективная коррекция в трёх плоскостях: фронтальной, саггитальной и горизонтальной. Это позволяет избежать снижения физиологических показателей функций внешнего дыхания, а также атрофии мускулатуры. С помощью своевременной корсетотерапии возможно сохранить достигнутую коррекцию деформации или приостановить прогрессирование сколиотического искривления до завершения костного роста позвоночника.

При проведении восстановительного лечения, помимо эффективной корсетотерапии с использованием САМ/САD – моделирования корсетов немецкой школы, используются различные методики физиотерапевтических лечебно-оздоровительных комплексов, ФТЛ, ЛФК (гимнастика по методике Шрот), лечебного массажа.

Лечение детей, больных сколиозом, необходимо проводить своевременно с

учетом наличия неблагоприятных прогностических факторов, выраженности и рентгенологической степени сколиоза, характера течения заболевания. Для этого необходимо учитывать возрастные ростовые spurты и плато, степень зрелости скелета (тест Риссера).

Внедрение в реабилитационные программы протокола лечения больных сколиозом SOSORT, включающим обязательную современную корсетотерапию, позволяет своевременно назначать функционально-корректирующие корсеты и предотвращать серьезные осложнения, связанные с прогрессированием сколиотической деформации.

УДК 61.616-08-039.71

Давыдов А.Т.<sup>1</sup>, Даниленко Л.А.<sup>2</sup>,  
Бутко Д.Ю.<sup>2</sup>, Артамонова М.В.<sup>2</sup>

## ТЕХНОЛОГИИ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ БИОУПРАВЛЯЕМОЙ МЕХАНОКИНЕЗОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРАКТИКЕ

<sup>1</sup>ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта  
Минтруда России

Россия, Санкт-Петербург

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО "СПбГМПУ" Минздрава России  
Россия, Санкт-Петербург

Davydov A.T.<sup>1</sup>, Danilenko L.A.<sup>2</sup>,  
Butko D.Y.<sup>2</sup>, Artamonova M.V.<sup>2</sup>

## TECHNOLOGIES OF CONTEMPORARY METHODS OF BIOCONTROLLED MECHANOCINESOTHERAPY IN REHABILITATION PRACTICE

Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific  
Centre of Rehabilitation of the Disabled named after  
G.A. Albrecht" of the Ministry of Labour and Social  
Protection of the Russian Federation  
Russia, St. Petersburg

<sup>2</sup>Federal State Budget Educational Institution of Higher  
Education "St. Petersburg State Pediatric Medical  
University" the Ministry of Health of the Russian  
Federation, St. Petersburg  
Russian Federation, St. Petersburg

**Аннотация:** Приводится опыт использования методов современной биоуправляемой механокинезотерапии в реабилитационной практике.  
Annotation: The experience of using modern biocontrolled mechanocinesotherapy in rehabilitation practice is given.

**Ключевые слова:** Методы, биоуправляемая механокинезотерапия реабилитационная практика.

**Keywords:** Methods, biocontrolled mechanocinesotherapy, rehabilitation practice

**Актуальность исследования** обусловлена необходимостью использования технологий современных методов биоуправляемой механокинезотерапии в реабилитационной практике.

**Целью исследования** явилась оценка эффективности современных методов биоуправляемой механокинезотерапии в реабилитационной практике.

**Материал и методы.** Было обследовано в основной группе 25 и в контрольной группе 17 больных психоневрологического профиля с патологией центральной и периферической нервной системы (детский церебральный паралич без спастики, остеохондроз и сколиоз) в хронической стадии. Всем лицам основной группы были использованы методы современной биоуправляемой механокинезотерапии, такие как Huber, Imoove и Spineliner. Продолжительность проводимых ежедневно процедур составляла 20-30 мин. Курс реабилитации методами биоуправляемой механокинезотерапии включал 12 процедур.

**Результаты исследования.** У 16 больных основной группы (64 %) была редуцирована психоневрологическая симптоматика. У 4 пациентов (16 %) отмечалось лишь улучшение психоневрологического состояния и у 5 пациентов психоневрологическая симптоматика стабильно сохранялась, что составило 20 % случаев. Используемые методы биоуправляемой механокинезотерапии позволили улучшить координацию движений постуральных мышц, настроение, микроциркуляцию, мышечный баланс, внимание пациентов основной группы. При использовании методов биоуправляемой

механокинезотерапии в реабилитационной практике был выявлен широкий спектр эффектов, в том числе, локомоторно-корректирующий, тонизирующий и метаболический. Правильно дозированная нагрузка и выбранные аппараты позволили улучшить кровообращение, движение лимфы и обменные процессы, укрепить мышцы и увеличить их тонус, улучшить нервно-мышечную проводимость и амплитуду движений суставов.

Использование методов биоуправляемой механокинезотерапии в комплексной медицинской реабилитации больных психоневрологического профиля с патологией центральной и периферической нервной системы позволило осуществить воздействие на скелетно-связочный аппарат суставов, дозировано стимулировать движения в позвоночнике с устранением функциональных блоков, улучшить метаболизм тканей суставов и микроциркуляцию, восстановить функциональное состояние суставов.

Очевидно, что основными показаниями к их назначению являются парезы, параличи, травмы и заболевания позвоночника, артрозы, артриты, искривления позвоночника, спайки в суставах и сухожилиях, состояния после установки имплантатов и эндопротезирования суставов. Используемые методы биоуправляемой механокинезотерапии могут оказаться эффективными при болезни Паркинсона, ревматизме, ожирении.

Основными противопоказаниями являются: серьезные деформации суставов; активный воспалительный процесс; повышенная температура тела; атрофия мышц; анкилозы суставов, грыжи; остеопороз; тромбоз, варикоз; наличие камней в мочевом или желчном пузыре; гемофилия; тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы; опухоли; спастическая форма детского церебрального паралича.

**Выводы.** Использование методов биоуправляемой механокинезотерапии в медицинской реабилитации больных психоневрологического профиля с патологией центральной и периферической нервной системы является эффективным реабилитационным направлением.

УДК 617.3

Шайдаев Э.З., Шведовченко И.В.,  
Кольцов А.А.

**ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ  
АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С  
ПРОДОЛЬНОЙ ЭКТРОМЕЛИЕЙ  
НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ С  
ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ  
МЕЖДУНАРОДНОЙ  
КЛАССИФИКАЦИИ  
ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ,  
ОГРАНИЧЕНИЙ  
ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И  
ЗДОРОВЬЯ (МКФ)**

<sup>2</sup>ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта  
Минтруда России  
Россия, Санкт-Петербург

Shaidayev E., Schwedovchenko I.V.,  
Koltsov A.A.

**EVALUATION OF THE RESULTS OF  
REHABILITATION OF DISABLED  
PEOPLE WITH LONGITUDINAL  
LOWER LIMB ECTROMELIA USING  
THE INTERNATIONAL  
CLASSIFICATION OF FUNCTIONING,  
DISABILITY AND HEALTH (ICF)**

Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific  
Centre of Rehabilitation of the Disabled named after  
G.A. Albrecht" of the Ministry of Labour and Social  
Protection of the Russian Federation  
Russia, St. Petersburg

**Аннотация:** Проведена оценка критериев ограничения жизнедеятельности (ОЖД) у 36 детей-инвалидов с различными формами продольной эктромалии нижней конечности до и после абилитации с использованием положений, изложенных в МКФ. В подавляющем большинстве случаев (75,5%) у пациентов до лечения имелись тяжелые и абсолютные затруднения функции подвижности сустава, стереотипа походки и структуры пораженной конечности. Оперативное лечение и протезирование обеспечили

улучшение функции и структуры конечности, тем самым улучшили стереотип походки.

**Abstract:** The evaluation criteria of disability in 36 children with various forms of longitudinal ectromelia of lower limbs before and after habilitation with the implementation of the provisions contained in ICF. In the vast majority of cases (75.5%), patients had severe and absolute difficulties with joint mobility, gait stereotype and structure of the affected limb before treatment.

**Ключевые слова:** продольная эктромалия нижней конечности, инвалиды, МКФ.

**Keywords:** longitudinal ectromelia of lower extremities, disabled people, ICF.

**Цель исследования.** Продольная эктромалия нижней конечности является тяжёлым пороком развития опорно-двигательной системы.

**Задачей исследования** являлось апробация МКФ и разработка критериев оценки ОЖД у пациентов с указанной выше патологией. Классификация разработана под эгидой экспертов ВОЗ и вместе с МКБ-10 составляет семью классификаций, обслуживающих понятие "здоровье" и рекомендует использовать стандартизированные подходы при изучении последствий изменений здоровья у людей, предлагая простой и понятный для всех пользователей язык общения.

**Материал и методы.** За последние 12 лет в детской клинике центра им. Альбрехта России находились 206 пациентов с данной аномалией (228 конечностей). МКФ в оценке результатов абилитации использована у 36 детей.

**Результаты.** У всех больных использована трех уровневая классификация, где в качестве основных составляющих являлись:

- b - функция организма
- s - структур организма
- d - активности и участия

Оценивалась выраженность: функции подвижности сустава (b710), функция стереотипа походки (b770), структура нижней конечности (S750). Для оценки нарушений функций и структур организма (НФиС) использовались общепризнанные клинические методики. Градация степени выраженности НФиС осуществлялась в соответствии с единой шкалой (знак xxx стоит вместо кода домена второго уровня):

xxx.0 НЕТ проблем (никаких, отсутствуют, ничтожные,...)0-4%

xxx.1 ЛЕГКИЕ проблемы (незначительные, слабые,...)5-24%

xxx.2 УМЕРЕННЫЕ проблемы (средние, значимые,...)25-49%

xxx.3 ТЯЖЕЛЫЕ проблемы (высокие, интенсивные,...)50-95%

xxx.4 АБСОЛЮТНЫЕ проблемы (полные,...)96-100%

Для оценки структуры и степени выраженности ограничений активности и участия (ОЖД) в качестве основного инструмента использовался опросник, составленный на основе категорий МКФ, где использованным критерием являлось мобильность – d4, в частности изменение и поддержание положения тела (d410-d429).

**Заключение.** МКФ представляет удобный инструмент, позволяющий проводить оценку выраженности и анализ ОЖД на разных уровнях функционирования отдельного пациента с продольной эктромалией нижней конечности. Для реализации ее возможностей необходим согласованный координированный подход при регистрации ОЖД и выявления критических сфер, что позволит сформировать и осуществить единый адресный социальный и медицинский заказ для больных с данной аномалией развития.

УДК 159.9.07; 617.57-77

Гордиевская Е.О., Белянин О.Л.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ

<sup>2</sup>ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта

Минтруда России

Россия, Санкт-Петербург

Gordievskaya E.O., Belyanin O.L.

## PSYCHOLOGICAL ASPECT EVALUATION OF THE RESULTS OF PROSTHETIC

Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht" of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation

Russia, St. Petersburg

**Аннотация:** У инвалидов после ампутаций верхних конечностей наблюдается негативная самооценка и повышенная тревожность, что тормозит их реабилитацию протезированием и требует мониторинга психостатуса

**Abstract:** After the upper limbs amputation invalids exist negative self-appraisal and raised anxiety that holds up their rehabilitation by prosthesis and the psychical condition monitoring requires

**Ключевые слова:** протез, внешний дефект, психостатус, мониторинг, социализация

**Keywords:** prosthetic device, external defect, psychostatus, monitoring, socialization

Успешность протезирования определяется психостатусом инвалида не в меньшей степени, чем его биомеханическим и патофизиологическим состоянием. Недоучёт психологических особенностей инвалида или игнорирование этапа психологической реабилитации может оказаться решающим в дальнейшем освоении протеза. Психологическое исследование инвалидов с ампутациями верхних конечностей проводится по направлениям: «реакция на инвалидность, установка на принятие протеза, чувствительность к социальной оценке и самооценка индивида». Выявляется уровень и объём депрессивного состояния и компенсации переживания внешнего дефекта, установка и стратегия поведения и качество жизни. Использовались: метод ориентированного интервьюирования, комплекс психодиагностических / патофизиологических методов и специальных методик для травмированных лиц, а также инструментальное определение базовых нейродинамических свойств и прямой доступности операций самообслуживания и труда на имитаторе рабочих нагрузок. Обследовано 18 инвалидов с односторонней и 7 с двухсторонней ампутацией верхних конечностей на уровнях предплечья; мужчин – 17 и женщин – 8.

Выявлено: после ампутаций возникает реактивное депрессивное состояние, повышается тревога и чувство социальной изоляции вследствие осознания пожизненной стигматизации с негативным отношением окружающих и снижением общественного признания. Болезненное переживание внешнего дефекта не только

значительно расстраивает выработанные бытовые и трудовые навыки, но также создаёт негативную самооценку, т.к. доминантным дискурсом социокультуры является физическая привлекательность. Все указанные факторы и реакции на них инвалида снижают его качество жизни на 38-40%.

На решение эксплуатировать протез влияют: пол, возраст, фактор внезапности потери конечности, уровень и латерализация ампутации, её одно- или двухсторонность, негативные самооценка и оценка жизненных перспектив, качество психофизиологической подготовки к протезированию, функциональность и комфорт протеза. Модулирующими факторами оказались: уровень культуры, образования и занятости; срок после ампутации и тип протеза. При подготовке к протезированию необходимо создать правильную установку на принятие протеза как обязательного фактора восстановления утраченных функций и мотивацию к его максимальной эксплуатации. На результаты обучения влияют: личностные особенности инвалида, психологический комфорт при освоении и эксплуатации протеза и его отношения в социуме. Во всех случаях необходим мониторинг психостатуса инвалида.

УДК 617 + 617.3 / 616.7

Николаев В.Ф., Янковский В.М.,  
Андреевская А.О.

## К ВОПРОСУ О ПЕРВИЧНОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

<sup>2</sup>ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта

Минтруда России  
Россия, Санкт-Петербург

Nikolaev V.F., Yankovsky V.M,  
Andrievskaya A.O.

## ON THE QUESTION OF PRIMARY PROSTHETICS AFTER AMPUTATION OF THE LOWER EXTREMITIES

Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific  
Centre of Rehabilitation of the Disabled named after  
G.A. Albrecht" of the Ministry of Labour and Social  
Protection of the Russian Federation  
Russia, St. Petersburg

**Аннотация:** Рассматриваются проблемы и предложения по организации первичного протезирования пациентов после ампутации нижней конечности.

**Abstract:** Discussed problems and proposals on the organization of primary prosthesis of patients after amputation of the lower limb

**Ключевые слова:** первичное протезирование, программа реабилитации, ампутация конечностей

**Keywords:** primary prosthetics, rehabilitation program, provision of primary prosthetics services, amputation of extremities

**Актуальность.** По данным Федеральной службы государственной статистики[1] на начало 2017г. в России зарегистрировано 12259 тысяч инвалидов, из них 628 тыс. – дети; 3651 тысяч человек находятся в трудоспособном возрасте и 8035 тыс. являются пенсионерами.

От общего количества инвалидов с заболеваниями и последствиями травм костно-мышечной системы около 10% составляют пациенты после ампутации конечностей. Среди инвалидов, перенесшие ампутации конечностей 92% составляют пациенты после ампутаций нижних и 8% - верхних конечностей.

Реабилитация больных после ампутации конечностей достаточно сложна и включает комплекс мероприятий по медицинской (в т.ч. реконструктивная хирургия, протезирование), профессиональной, социальной реабилитации или абилитации.

Возможность функционального первичного протезирования существенно влияет на качество жизни пациента и тяжесть инвалидности. После ампутации

нижних конечностей протезирование является основой реабилитации.

**Цель работы:** изучение выполнения первичного протезирования на ранних сроках после ампутации нижних конечностей, как этапа медико-социальной реабилитации.

**Материалы и методы:** ретроспективный анализ данных 250 пациентов с дефектами нижних конечностей, ранее не протезированных, обратившихся на Медико-техническую комиссию (МТК) ФНЦРИ им. Альбрехта по поводу оформления ИПРА в 2017 г.

**Результаты.** На МТК обратились лица в возрасте от 25 до 83 лет. Основной причиной ампутаций явились облитерирующие заболевания сосудов нижних конечностей – 172 чел. (69%), травматическая ампутация была у 61 чел.(24%), а также прочие заболевания – 17 чел. (7%).

Согласно данным исследования выявлены организационные проблемы первичного протезирования нижних конечностей, данные соматического и местного статуса, затрудняющие, препятствующие протезированию, взаимосвязь между сроком начала протезирования и степенью сложности подготовки и протезирования в дальнейшем.

**Заключение.** Необходимо разработать систему учета выполненных ампутаций; стандарт первичного протезирования; порядок организации межведомственного взаимодействия ЛПУ Минздрава и медицинских отделов ПрОП Минтруда, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и подведомственных им организаций, обеспечивающих предоставление услуг. Создать фонд или резерв средств, предназначенных для финансирования с целью реализации услуги, маршрутную карту прохождения больного из ЛПУ до МСЭ с обязательным предварительным детальным осмотром специалистами медицинских отделов ФГУП ПрОП и реабилитационных центров, выдачу направления на первичное протезирование с определением поставщика услуги.

Минченко Н.Л.<sup>1</sup>, Смирнова Л.М.<sup>2,3</sup>,  
Гаевская О.Э.<sup>2</sup>

## ДИНАМОБАРОПЛАНТОГРАФИЯ КАК НЕОБХОДИМАЯ МЕРА ПРИ 3D- ПРОЕКТИРОВАНИИ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ СТЕЛЕК

<sup>1</sup>Федеральное государственное бюджетное  
учреждение дополнительного профессионального  
образования «Санкт-Петербургский институт  
усовершенствования врачей-экспертов»

Министерства труда и социальной защиты  
Российской Федерации

<sup>2</sup>ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта  
Минтруда России

Россия, Санкт-Петербург

<sup>3</sup>Федеральное государственное автономное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Санкт-Петербургский государственный  
электротехнический институт «ЛЭТИ» им. В.И.

Ульянова (Ленина)»

Россия, С.-Петербург

Minchenko N.L.<sup>1</sup>, Smirnova L.M.<sup>2,3</sup>,  
Gaevskaja O.J.<sup>2</sup>

## DYNAMOBAROPLANTOGRAPHY AS A NECESSARY TOOL FOR 3D- MODELING OF THE ORTHOPEDIC INSOLES

<sup>1</sup>The Federal State Budgetary Institution «Saint-  
Petersburg Postgraduate Institute of Medical experts» of  
the Ministry of Labor and Social Protection of the  
Russian Federation

<sup>2</sup>Federal State Budgetary Institution «Federal Scientific  
Centre of Rehabilitation of the Disabled named after  
G.A. Albrecht» of the Ministry of Labour and Social  
Protection of the Russian Federation

Russia, St. Petersburg

<sup>3</sup>Federal State Autonomous Educational Institution of  
Higher Education "Saint-Petersburg State  
Electrotechnical Institute" LETI " named after V.I.  
Ulyanov (Lenin) "

Russia, St. Petersburg

**Аннотация:** Развитие 3D-проектирования ортопедических стелек - перспективное направление в ортопедии. Но данных только формы стопы недостаточно для изготовления ортопедической стельки. Для получения качественного изделия необходимо учитывать также данные динамобароплантографии,

отражающие индивидуальные особенности динамики взаимодействия стоп с опорой при ходьбе.

**Abstract:** The development of 3D design of orthopedic insoles is a promising direction in orthopedics. But only the shape of the foot is not enough to make an orthopedic insole. To obtain a quality product, it is also necessary to take into account the data of dynamobaroplantography that reflect the individual characteristics of the dynamics of the interaction of the feet with the support during walking.

**Ключевые слова:** ортопедические стельки, 3D-проектирование, динамобароплантография  
**Keywords:** orthopedic insoles, 3D-modeling, dynamobaroplantography

В настоящее время, в связи с развитием новых ассистивных технологий в протезно-ортопедической отрасли, в ускоренном темпе разрабатываются технологии 3D-сканирования стопы и 3D-печати ортопедических стелек. Развитие данного направления перспективно и актуально для решения задач быстрого массового обеспечения нуждающихся в этих изделиях, тем более, учитывая возможности использования при этом потенциала телемедицины. Для России такой вариант решения проблемы представляет особый интерес в связи с большой географической протяжённостью и часто отдалённостью проживания пациентов от специализированных протезно-ортопедических центров.

Признавая положительные стороны данного направления, целесообразно учитывать, что основной проблемой при 3D-проектировании ортопедических изделий является сложность учёта характеристик стопы, которые не могут быть определены только по её форме, даже путём 3D-сканирования. Речь идёт о необходимости при 3D-моделировании стелек учитывать в их конструкции особенности взаимодействия стопы с опорой при ходьбе, для определения которых требуется применение динамобароплантографии – метода, основанного на анализе динамики распределения давления на плантарную поверхность стопы.

Наш опыт позволяет утверждать, что наиболее значимыми параметрами в этом

плане являются топология распределения плантарного давления и динамические показатели толчковой функции стопы. Именно они являются ведущими для определения участков, на которые следует предусматривать акцентированную нагрузку при 3D-проектировании стельки.

С этой целью могут применяться различные программно-аппаратные комплексы с матричными измерителями давления: в форме дорожек, платформ, ковриков, стелек. У каждого из них свои преимущества и ограничения: по цене, функциональным возможностям, эксплуатационным особенностям. Но если речь идёт не только о диагностике состояния стопы в целях 3D-проектирования, но и оценке его результатов (качества ортстельки), то в этом случае не может быть альтернативы вкладываемым в обувь матричным измерителям давления в форме стелек.

УДК 616.831-005:615.825.6]-036.86

Ляховецкая В.В., Коновалова Н.Г.,  
Деева И.В.

## **ФОРМИРОВАНИЕ ПОСТУРАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТРЕНАЖЕРА «БАЛАНС-МАСТЕР»**

ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр  
медико-социальной экспертизы и реабилитации  
инвалидов» Министерства труда и социальной  
защиты Российской Федерации  
Российская Федерация, Новокузнецк

Lyakhovetskaya V.V.,  
Konovalova N.G., Deeva I.V.

## **FORMING A POSTURAL REGULATION IN PATIENTS AFTER ACUTE CEREBROVASCULAR EVENT USING THE BALANCE MASTER SYSTEM**

Federal State Budgetary Scientific and Practical Centre  
for Medical and Social Evaluation and Rehabilitation of  
Disabled Persons in Novokuznetsk, Ministry of Labour  
and Social Protection of the Russian Federation  
Russian Federation, Novokuznetsk

**Аннотация:** Цель исследования: проанализировать влияние занятий на тренажере «Баланс-Мастер» на постуральную регуляцию пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения. Занятия на тренажере проводили на фоне стандартного восстановительного лечения. Обследовано 125 пациентов. В результате все пациенты стали уверенней удерживать позы сидя и стоя, увеличилось расстояние, которое они могут пройти без отдыха. Спастика уменьшилась. У 6 человек вырос двигательный балл, у 13 – локомоторный.

**Abstract:** Study objective: to analyze the impact of the training exercises using Balance Master system on postural regulation in patients after acute cerebrovascular event. Training exercises were performed within standard recovery treatment. One hundred and twenty-five patients were examined. As a result, all the patients became more confident in holding a standing and sitting positions, the distance they could walk without having a rest has increased. Spasticity has reduced. The motor score increased in 6 persons, and locomotor score increased in 13 persons.

**Ключевые слова:** постуральная регуляция, тренажер «Баланс-Мастер», острое нарушение мозгового кровообращения.

Формирование постуральной регуляции – ключевая задача восстановительного лечения лиц с патологией органов опоры и движения. Умение сидеть и стоять открывает возможности формирования локомоции, навыков самообслуживания, труда.

Особенности пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), которые затрудняют формирование постуральной регуляции: пожилой возраст, вестибулярные дисфункции, когнитивные нарушения, наличие одностороннего спастического синдрома, двигательная апраксия.

**Цель исследования:** проанализировать влияние занятий на тренажере «Баланс-Мастер» на формирование постуральной регуляции пациентов, перенесших ОНМК.

**Материал и методы.** Исследование проведено на отделении медико-социальной реабилитации, физиотерапии и лечебной физкультуры ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России в период 2014-2017 годов. Наблюдали 125 пациентов обоего пола, перенесших ОНМК; средний возраст

– 53 года. На фоне стандартного восстановительного лечения пациенты получали курс из 10 занятий на тренажере «Баланс-Мастер» продолжительностью 30 минут.

Обследование до и после курса лечения включало опрос, клиническую оценку неврологического статуса, экспертную оценку сформированности постуральных, локомоторных и мануальных функций.

Занятия на тренажере предусматривали перемещение центра давления вперед, назад, вправо и влево с использованием биоадаптивной обратной связи в положении стоя с произвольным растяжением тела вдоль вертикальной оси. Нижние конечности и таз были фиксированы в тренажере «Баланс-Мастер» [1].

**Результаты.** В ходе занятий на тренажере «Баланс-Мастер» пациенты были надежно фиксированы в области нижних конечностей и тазового пояса, что обеспечивало их безопасность. При этом нестабильность подвижной части тренажера относительно опорной поверхности способствовало включению всех имеющихся нейрофизиологических и биомеханических резервов для сохранения вертикальной позы. Субъективно: после курса лечения все обследованные чувствовали себя гораздо уверенней в положении стоя, улучшилась ходьба; объективно: 6 человек увеличили двигательный балл, 13 – локомоторный. У всех обследуемых уменьшился уровень спастичности в мышцах спины и парализованной нижней конечности, что отразилось на повышении устойчивости, увеличилось расстояние, которое пациенты могли пройти без отдыха.

**Заключение.** Таким образом, занятия на тренажере «Баланс-Мастер» положительно повлияли на формирование постуральной регуляции пациентов после ОНМК.

#### Литература

1. Коновалова, Н.Г. Формирование постуральной регуляции пациентов с последствиями позвоночно-спинномозговой травмы на шейном уровне с использованием тренажера «БАЛАНС-МАСТЕР» / Н.Г. Коновалова, В.В. Ляховецкая, И.В. Деева //

Организационные и методические аспекты реализации индивидуальной программы реабилитации (абилитации) инвалида с нарушением функции опоры и движения. Актуальные вопросы формирования региональной системы реабилитации: мат м/нар научно-практической конф., Новокузнецк 5-6 октября 2017г. – Новокузнецк : ИП Петровский К.В. (Изограф), 2017. – С.119-121.

УДК 136.3/4

Балашова Л.М.

## СТРАТЕГИИ СЕМЕЙНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

СПБГБУ «Центр социальной реабилитации  
инвалидов и детей-инвалидов»  
Россия, Санкт-Петербург

Balashova L.M.

## THE STRATEGY OF FAMILY REHABILITATION OF CHILDREN WITH DISABILITY

SPBGBU "Center for Social Rehabilitation of Disabled  
and Disabled Children"  
Russia, St. Petersburg

**Аннотация:** В статье дан анализ реабилитационных стратегий, используемых в семьях с детьми с ограниченными возможностями. Приведена типология стратегий семейной реабилитации. Статья базируется на анализе результатов социологического исследования 546 семей, воспитывающих детей с тяжелыми двигательными сочетанными дефектами здоровья, проведенного в реабилитационных центрах Санкт-Петербурга.

**Abstract:** This is analysis of rehabilitation strategies in families with children with disabilities. Author defines typology of the family rehabilitation strategies. Article based on investigation of 546 families with Disabled Children with hard motor disabilities. Survey made in rehabilitation centers of Saint-Petersburg, Russia.

**Ключевые слова:** Стратегии семейной реабилитации, дети с ограниченными возможностями, дети-инвалиды с тяжелыми множественными нарушениями, семьи с детьми с тяжелыми двигательными сочетанными нарушениями

**Keywords:** strategies in families with children with disabilities, Disabled Children with severe multiple disorders, families with children with severe motorized disorders

На протяжении многих десятилетий под влиянием медицинской модели инвалидности, доминирующей в нашем обществе, дети с ограниченными возможностями обучались и воспитывались в интернатных учреждениях. Подобный подход приводил к исключению института семьи из процесса социализации и реабилитации ребенка. Сейчас в мире инвалидность уже не рассматривается как социальное отклонение. Но в России еще достаточно сильны установки исключения данной социальной, не созданы условия для их самостоятельной и независимой жизни. Поэтому семья – это социальный институт, который оказывает основополагающее влияние на особого ребенка, формирование его жизненных ценностей и отношения к себе, как к индивиду и личности.

Семьи, воспитывающие детей с ограниченными возможностями, в нашей стране традиционно относят в одну категорию высокого социального риска. Однако все такие семьи можно классифицировать, согласно типологии, предложенной автором. А имея возможность правильно определить тип семьи и обладая знаниями о том, на использование каких стратегий семейной реабилитации ориентированы семьи того или иного типа, можно повысить эффективность реабилитации за счет более рационального и грамотного использования имеющихся реабилитационных ресурсов.

Автор статьи провел исследование стратегий семейной реабилитации детей с особыми потребностями на основании исследования 546 семей, воспитывающих детей-инвалидов с тяжелыми множественными нарушениями в возрасте до 10 лет, проживающих в Санкт-Петербурге. В исследовании оценивались характеристики ребенка, родительские способности, факторы семьи и среды. Были выделены следующие семь основных параметров, определяющих стратегии семейной реабилитации: базовый уход (забота), функциональное развитие,

обучение, медицинская реабилитация, социальная реабилитация, безопасность, самообслуживание.

Посредством изучения распределения перечисленных выше основных параметров методом последовательного перебора сочетаний значений предикторов (применив его к исследуемой выборке, в качестве разведочного), были выявлены и описаны следующие стратегии семейной реабилитации: безразличия, функционального развития, интеллектуального развития, ориентированности на лечение, ожидания интервенции, семейно-центрированная, невмешательства.

Деятельность специалистов районных центров социальной реабилитации при работе с семьями, воспитывающими детей-инвалидов, должна заключаться в ориентации семьи на использование оптимально сфокусированных стратегий семейной реабилитации, что позволит задействовать скрытый ресурсный потенциал и даст положительный эффект в области социализации и социальной адаптации ребенка.

УДК 364.444

Бронников В.А.<sup>1</sup>, Ли Н.Ю.<sup>2</sup>

## **ОПЫТ СОТРУДНИЧЕСТВА В ИНТЕРЕСАХ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ**

<sup>1</sup>КГАУ «Центр комплексной реабилитации инвалидов»

<sup>2</sup>Некоммерческий благотворительный фонд помощи детям «Дедморозим»

Г. Пермь

Bronnikov V.A.<sup>1</sup>, Li N.U.<sup>2</sup>

## **THE EXPERIENCE OF COOPERATION FOR THE INTERESTS OF DISABLED CHILDREN**

<sup>1</sup>Center of the Complex Rehabilitation of Disabled People

<sup>2</sup>Charity Fund "Dedmorozim"

Perm

**Аннотация:** В статье описан опыт сотрудничества специалистов Центра комплексной реабилитации инвалидов, домов-интернатов для детей-инвалидов и

некоммерческих организаций по внедрению реабилитационных технологий в учреждения стационарного обслуживания детей-инвалидов.

**Abstract:** The experience of cooperation between the specialists of the Center of the Complex Rehabilitation of Disabled People, boarding homes for disabled children and Perm NGOs of introduction of rehabilitation technologies in two Perm boarding homes for disabled children.

**Ключевые слова:** межведомственное взаимодействие, технологии реабилитации.

**Keywords:** interdepartmental interaction, rehabilitation technologies.

Одним из направлений межведомственного взаимодействия между учреждениями социальной сферы и НКО в рамках реализации федерального пилотного проекта по отработке подходов к формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и проекта «Вернуть будущее», реализуемого с использованием средств гранта Президента Российской Федерации на развитие гражданского общества, предоставленного Фондом президентских грантов, стала совместная работа некоммерческого благотворительного фонда помощи детям «Дедморозим», КГАУ «Центр комплексной реабилитации инвалидов» и двух детских домов-интернатов для умственно-отсталых детей («Рудничный ДДИ» и «Осинский ДДИ») по внедрению в ДДИ технологий ранней помощи и комплексной реабилитации инвалидов.

В процесс реабилитации (абилитации) включен 271 ребенок-инвалид, из них 142 человека (52%) имеют 3 степень ограничения по основным видам жизнедеятельности и нуждаются в постоянной помощи других лиц. Вторая степень ограничения жизнедеятельности, т.е. способность осуществлять свою деятельность с регулярной частичной помощью других лиц и технических средств реабилитации, у 14% детей - в двигательной сфере, 30% - в самообслуживании и обучении, 26% - в ориентации, 18% - в коммуникации.

В результате совместной работы технологии квалифицированного медицинского ухода, ранней помощи и

комплексной реабилитации, транслируемые ведущими специалистами Центра комплексной реабилитации инвалидов помогают сотрудникам детских домов-интернатов оценить реабилитационный потенциал подопечных, разработать и реализовать программу абилитационных мероприятий, направленных на снижение ограничений жизнедеятельности ребенка-инвалида и реализацию принципов нормализации жизни.

Технология комплексной реабилитации детей-инвалидов включает в себя реализацию мультидисциплинарной бригадой специалистов системных взаимосвязанных реабилитационных мероприятий по направлениям медицинской, физической, социально-бытовой, социально-средовой, педагогической, логопедической, психологической, социокультурной и профессиональной реабилитации.

Так, правильное позиционирование ребенка-инвалида расширяет его возможности к передвижению, общению и знакомству с окружающим миром, что, в свою очередь, увеличивает способности ребенка во всех сферах жизнедеятельности. Организация правильного питания детей с тяжелыми нарушениями развития улучшает самочувствие, развивает подвижность артикуляционного аппарата, способствует появлению звуков, стимулируют речь. Правильный подбор и использование технических средств реабилитации формирует правильную позу ребенка, положительно влияет не только на состояние здоровья, но и на возможности коммуникации и социализации, повышает его самооценку.

Таким образом, внедрение в практическую деятельность сотрудников детских домов-интернатов современных реабилитационных технологий позволяет максимально реализовать реабилитационный потенциал воспитанников и улучшить их качество жизни.

Любушкина Т.Л.

## ПРИМЕНЕНИЕ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ АССИСТИВНЫХ СРЕДСТВ И ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ УРОВНЯ ПЕРСОНАЛЬНОЙ НЕЗАВИСИМОСТИ ГРАЖДАН

Министерство социальной политики  
Свердловской области  
Российская Федерация, Екатеринбург

Lyubushkina T.L.

## THE USE IN THE SVERDLOVSK REGION ASSISTIVE MEANS AND TECHNOLOGIES TO INCREASE THE LEVEL OF PERSONAL INDEPENDENCE OF CITIZENS WITH DISABILITIES

The Ministry of social policy of Sverdlovsk oblast  
Russian Federation, Yekaterinburg

**Аннотация:** в докладе приводятся подходы к использованию ассистивных средств и технологий в социальной сфере в Свердловской области

**Abstract:** This report provides the approaches of using assistive means and technologies in the social sphere in Sverdlovsk oblast

**Ключевые слова:** ассистивные средства, ассистивные технологии

**Keywords:** assistive means, assistive technologies

В 2008 году Российская Федерация подписала и в 2012 году ратифицировала Конвенцию о правах инвалидов от 13 декабря 2006 г. [1], что является показателем готовности страны к формированию условий, направленных на соблюдение международных стандартов экономических, социальных, юридических и других прав инвалидов.

В Конвенции о правах инвалидов (статьи 20 и 26), резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения [2] и принятых Организацией Объединенных Наций Стандартных правил обеспечения равных возможностей для инвалидов [3] подчеркивается важность ассистивных устройств.

Ассистивные средства предназначены для того, чтобы поддерживать на прежнем уровне или повысить функциональные возможности и автономность людей, тем самым способствуя их благополучию.

В Свердловской области проживает порядка 300 тысяч инвалидов,

7 процентов от общей численности населения, из них 18 тысяч детей-инвалидов, что составляет 2 процента от детского населения.

Повышение качества и стандартов жизни данной категории, обеспечение им равных с другими гражданами прав и интересов является одним из важнейших приоритетов социальной политики, проводимой в Свердловской области.

В рамках реализации комплексной программы Свердловской области «Доступная среда» на 2014–2020 годы [4] проводятся мероприятия по созданию условий доступности для инвалидов и других маломобильных групп населения услуг и объектов социальной защиты населения, здравоохранения, образования, культуры, занятости населения, физической культуры и спорта, транспортной инфраструктуры с использованием ассистивных средств и устройств.

Для создания условий доступности жилых помещений, входных групп в жилых домах за счет средств регионального бюджета инвалиды, передвигающиеся на креслах-колясках, обеспечиваются подъемными устройствами, накладными пандусами, поручнями, лестничеходами.

За счет средств федерального и областного бюджетов, а также бюджетов муниципальных образований, расположенных на территории Свердловской области, приобретаются исключительно транспортные средства общего пользования, оборудованные для инвалидов и других маломобильных групп населения.

Значительное внимание уделяется и подготовке персонала к использованию ассистивных средств и оказанию ассистивных услуг.

В целях содействия социальной интеграции инвалидов создан 21 виртуальный музей на специальном мультимедийном оборудовании и на официальных сайтах

музеев в сети «Интернет». Муниципальные кинотеатры оснащаются оборудованием для осуществления кинопоказов с подготовленным субтитрованием и тифлокомментированием.

Ассистивные средства и технологии в реабилитационных организациях социальной сферы позволяют осуществлять диагностику проблем человека с особыми потребностями и обеспечивать системную реализацию реабилитационных мероприятий:

проведение комплексного психолого-медико-педагогического обследования детей;

обеспечение инклюзивного образования для детей дошкольного и школьного возраста с ОВЗ и инвалидностью;

проведение комплекса коррекционно-развивающих и компенсирующих занятий с детьми-инвалидами;

проведение социально-бытовой адаптации инвалидов, в том числе детей-инвалидов;

проведение физической реабилитации [5] инвалидов, в том числе детей-инвалидов;

обеспечение культурного и творческого развития лиц с ОВЗ и инвалидностью;

проведение культурно-досуговых мероприятий, адаптивного чтения;

обеспечение мероприятий адаптивной физической культуры, тренировочного процесса по адаптивным видам спорта.

В Свердловской области с 2005 года осуществляются мероприятия по предоставлению инвалидам, в том числе детям-инвалидам, во временное пользование технических средств реабилитации за счет средств областного бюджета. В организациях социального обслуживания созданы социальные пункты проката технических средств реабилитации, на балансе которых имеется более 27 тысяч единиц средств реабилитации различных моделей, модификаций и производителей.

В рамках реализации пилотного проекта по отработке подходов к формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, с учетом опыта работы социальных пунктов проката в Свердлов-

ской области подготовлены методические рекомендации по организации работы центров (пунктов) проката технических средств реабилитации для граждан с ограниченными возможностями здоровья, в том числе инвалидов (детей-инвалидов), включающие примерный перечень технических средств реабилитации и (или) абилитации, вспомогательных средств и иных средств для людей с ограничениями жизнедеятельности для оснащения прокатного фонда центров (пунктов) проката технических средств реабилитации.

Внедрение ассистивных средств и технологий в процесс реабилитации позволяет сделать систему реабилитации более гибкой, приспособленной к реалиям современного дня, доступной для инвалида и его семьи, а реабилитационные организации – конкурентоспособными на рынке услуг в современном мире информационных технологий.

#### Литература:

1. Конвенция о правах инвалидов, принятая Резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 13 декабря 2006 года № 61/106 (по состоянию на 26 октября 2012 г.).–2012.
2. Всемирная организация здравоохранения. – <http://www.who.int/disabilities/technology/ru/>
3. Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов. Приняты резолюцией 48/96 Генеральной Ассамблеи от 20 декабря 1993 года.
4. Постановление Правительства Свердловской области от 22.01.2014 № 23-ПП «Об утверждении комплексной программы Свердловской области «Доступная среда» на 2014–2020 годы».
5. С. Н. Попов, О. В. Козырева, М. М. Малашенко. Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья. Образовательно-издательский центр «Академия», 2013.

Волкова В.М.

**ПРИНЦИПЫ ФОРМООБРАЗОВАНИЯ  
СПЕЦИАЛЬНОЙ ОДЕЖДЫ КАК  
ТЕХНИЧЕСКОГО СРЕДСТВА  
РЕАБИЛИТАЦИИ ДЛЯ ЛИЦ С  
ОГРАНИЧЕННЫМИ ФИЗИЧЕСКИМИ  
ВОЗМОЖНОСТЯМИ  
САМООБСЛУЖИВАНИЯ И  
ПЕРЕДВИЖЕНИЯ**

ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта  
Минтруда России  
Россия, Санкт-Петербург

Volkova V.M.

**PRINCIPLES FOR FORMATION OF  
SPECIAL CLOTHES AS TECHNICAL  
MEANS OF REHABILITATION FOR  
PERSONS WITH LIMITED PHYSICAL  
OPPORTUNITIES OF SELF-SERVICE  
AND MOVEMENT**

Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific  
Centre of Rehabilitation of the Disabled named after  
G.A. Albrecht" of the Ministry of Labour and Social  
Protection of the Russian Federation  
Russia, St. Petersburg

**Аннотация:** Рассмотрены основные принципы формообразования специальной функционально-эстетической одежды как технического средства реабилитации и социальной адаптации различных групп инвалидов с дефектами или нарушениями функций опорно-двигательной системы.

**Abstract:** The basic principles of the formation of special functional-aesthetic clothing as a technical means of rehabilitation and social adaptation of various groups of disabled people with defects or violations of the functions of the musculoskeletal system are considered.

**Ключевые слова:** функционально-эстетическая одежда, специальная одежда, реабилитация, социальная адаптация, инвалид, ампутация, дефект, опорно-двигательная система.

**Keywords:** functional-aesthetic clothing, special clothing, rehabilitation, social adaptation, disabled, amputation, defect, musculoskeletal system.

**Введение.** Известно, что после ампутации конечностей или заболеваний опорно-двигательной системы значительно снижаются функциональные и двигательные возможности человека, нарушается социально-адаптационный стереотип жизни в семье и обществе [1].

Существенным вкладом в решение социально-бытовых проблем различных контингентов инвалидов должны стать разработка и производство не только сугубо технических средств реабилитации, но и специальной – функционально-эстетической одежды, обеспечивающей им самообслуживание и (или) облегчающей труд лиц, занятых уходом за ними.

Разработка одежды, повышающей адаптационные возможности лиц с ограниченными возможностями самообслуживания и передвижения и эстетически скрывающей анатомические и функциональные дефекты за счет ее устройства, является чрезвычайно актуальным и гуманным актом, значение которого важно в двух аспектах: медицинском и социальном.

Наш опыт, накопленный за период с 1975г. и по настоящее время, по созданию функционально-эстетической одежды для безруких, обеспечивающей этим лицам самообслуживание в любых условиях, подтверждает вышеизложенное. Отдаленные результаты свидетельствуют о том, что более 200 из них благодаря специальной одежде смогли вернуться к прерванной учебе или работе и, таким образом, вновь стать социально активными и востребованными членами общества [2].

**Цель исследования.** Разработка принципов формообразования специальной одежды для различных групп инвалидов с учетом их функциональных возможностей для кинематического взаимодействия с ней.

В задачу исследований входило клинико-биомеханическое изучение у различных групп инвалидов двигательных ограничений, препятствующих применению стереотипа движений, выработанного здоровыми людьми в процессе эксплуатации одежды.

**Материалы и методы.** Контингент инвалидов ортопедо-неврологического профиля по виду функционального нарушения

или анатомического дефекта условно нами разделен на 5 основных групп. У инвалидов каждой группы выявлен характер ограничений локомоторных актов, указывающих на необходимость разработки новых и разных конструктивных форм одежды и выработки нового двигательного стереотипа для кинематического взаимодействия биотехнической системы «инвалид - ТСП - одежда».

**Результаты.** Инвалиды каждой группы, объединенные по виду функционального нарушения или анатомического дефекта, прошли соответствующее испытание своих физических возможностей в процессе взаимодействия с одеждой типовых конструкций (при ее надевании-снятии, застегивании-расстегивании и т.д.). Полученные данные позволили сформулировать главные принципы формирования конструкций специальной одежды, обеспечивающей инвалидам каждой из 5 групп удобство, эстетичность и надежность при эксплуатации, что легло в основу требований, предъявляемых к такой одежде, при разработке ГОСТа [3].

#### Литература:

1. Руководство по протезированию и ортезированию [под ред. засл. деятеля науки России, профессора А.Н. Кейера и засл. врача России профессора А.В. Рожкова]. СПб:Изд-во «Крисмас+», 1999, 624с.
2. Волкова В.М. Функционально-эстетическая одежда как средство реабилитации и социальной адаптации людей с ограниченными возможностями. История становления и развития направления / В.М.Волкова, Л.М.Смирнова, А.Ю.Аксенов // Вестник всероссийской гильдии протезистов-ортопедов. -СПб, 2014. - № 4 (58). - С. 34-38.
3. ГОСТ Р 54408-2011 Одежда специальная для инвалидов. Общие технические условия Группа Р23 НАЦИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОДЕЖДА СПЕЦИАЛЬНАЯ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ Общие технические условия Special clothing for disable persons. General technical specifications ОКС 11.180.10 ОКП 939679.Дата введения 2013-01-01.

УДК 616.058.2

Павлова С.В., Карасаева Л.А., Деденева И.В., Хорькова О.В., Горьайнова М.В.

### **АНАЛИЗ ОЦЕНКИ СУБЪЕКТИВНЫХ ПАРАМЕТРОВ ПО КАТЕГОРИЯМ МКФ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ИНВАЛИДОВ С ВЕРТЕБРОГЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

ФГБУ ДПО СПИУВЭК Минтруда России,  
Санкт-Петербург  
Россия, Санкт-Петербург

Pavlova S.V., Karasaeva L.A.,  
Dedeneva I.V., Hor'kova O.V.,  
Goryainova M.V.

### **ANALYSIS OF ESTIMATION OF SUBJECTIVE PARAMETERS BY ICF CATEGORIES OF QUALITY OF LIFE IN DISABLED PEOPLE WITH VERTEBRAL DISEASES**

FGBU DPO SPIUVEK the Ministry of labor of Russia,  
Saint-Petersburg  
Russia,Saint-Petersburg

**Аннотация:** Представлены результаты по использованию МКФ для оценки качества жизни при вертеброгенных заболеваниях.

**Abstract:** The results on the use of ICF to assess the quality of life in vertebrogenic diseases are presented.

**Ключевые слова:** МКФ, качество жизни при вертеброгенных заболеваниях, инвалид.

**Keywords:** ICF, quality of life in vertebrogenic diseases, disabled.

**Введение.** Качество жизни инвалидов является сложной, многогранной задачей, в решении которой должно участвовать не только государство, но и общественные организации, семья в которой проживает инвалид и сам инвалид.

Стандартом в вопросах совершенствования реабилитации и абилитации инвалидов, ее эффективности, а также оценки качества жизни инвалидов является утвержденная на 54 сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2001 года Международная

классификация функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (МКФ).

**Результаты исследования.** Анализ снижения уровня качества жизни у инвалидов с вертеброгенными заболеваниями выявил, что его уровень определяется в основном по категориям МКФ в разделах:

4. Мобильность (d410-d499)
  - ходьба и передвижение d450-d469 63%
5. Самообслуживание(d510-d599 )
  - уход за частями тела 72%
6. Бытовая жизнь (d610-d699)
  - приобретение предметов первой необходимости d610-d629 56%
7. Межличностные взаимодействия и отношения (d710 -d799)
  - общие межличностные взаимодействия d710-d729 57%
8. Главные сферы жизни такие как (d810-d899)
  - работа и занятость d840-d859 82%

**Заключение.** Целенаправленное и своевременное осуществление реабилитационных мероприятий на основании доменов МКФ инвалидам с нарушениями статодинамических функций вследствие вертебро-неврологических заболеваний будет способствовать восстановлению качества их жизни и трудового потенциала.

УДК 616.832-001.3:616.6]-036.86

Палаткин П.П., Мкртчян Д.М.,  
Филатов Е.В.

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СПИННОГО МОЗГА**

ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации  
Российская Федерация, Новокузнецк

Palatkin P.P., Mkrtyan D.M.,  
Filatov E.V.

## **USING MEDICAL PRODUCTS IN REHABILITATION IN PATIENTS WITH BOWEL AND BLADDER DYSFUNCTION IN TRAUMATIC SPINAL CORD INJURY**

Federal State Budgetary Scientific and Practical Centre for Medical and Social Evaluation and Rehabilitation of Disabled Persons in Novokuznetsk, Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation  
Russian Federation, Novokuznetsk

**Аннотация:** Проанализированы истории болезни 169 пациентов с травматической болезнью спинного мозга за 2016 год. Все пациенты имели нейрогенную дисфункцию нижних мочевыводящих путей. По ICIQ-SF с нарушениями тяжелой степени было 103 (61%) пациента, средней тяжести – 26 (15%) больных, с легкими – 10 (6%) больных. Большинство пациентов использовали изделия медицинского назначения (уропрезервативы, абсорбирующее белье, катетеры). Необходимость и кратность выведения мочи определялась врачом невроурологом, урологом. Необходимо обучение пациентов с ТБСМ использованию изделий медицинского назначения в реабилитации.

**Abstract:** Clinical records of 169 patients with traumatic spinal cord injury for 2016 year were analyzed. All patients had neurogenic lower urinary tract dysfunction. By means of ICIQ-SF, the severity of urinary incontinence was: severe in 103 (61%) patients, moderate in 26 (15%), and slight in 10 (6%) patients. Most of the patients used medical products (condom catheters, absorbing underwear, catheters). The necessity and frequency of urine excretion was set out by neurourologist, urologist. Patients with TSCI should be taught to use medical products in rehabilitation.

**Ключевые слова:** травматическая болезнь спинного мозга, нейрогенная дисфункция нижних мочевыводящих путей, изделия медицинского назначения.

**Keywords:** traumatic spinal cord injury, neurogenic lower urinary tract dysfunction, medical products.

**Актуальность.** Травматическая болезнь спинного мозга (ТБСМ) – причина нейрогенной дисфункции нижних мочевыводящих путей (НДНМП). Наличие

НДНМП лимитирует реабилитацию данной группы пациентов.

**Цель:** анализ использования изделий медицинского назначения (ИМН) в реабилитации пациентов с ТБСМ.

**Материал и методы.** Исследование проведено в нейрохирургическом отделении ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России. Проанализированы истории болезни 169 пациентов с ТБСМ за 2016 год. Мужчины составили – 77% (133 человека), женщины – 23% (36 больных). Средний возраст – 33,7 года.

На пациента заполнялся протокол неврологического и урологического осмотра. Степень недержания мочи оценивалось на основании опросника ICIQ-SF. Выделены три группы пациентов: 0-7 баллов – легкая степень нарушений, 8-14 баллов – средняя тяжесть и 15 и более – тяжелая.

**Результаты.** Повреждение позвоночника на шейном уровне было у 69 (41%) человек, грудной уровень – у 79 (47%) больных, на поясничном уровне – у 21 (12%) пациента. Неврологические нарушения типа «А» по ASIA имели 72 (43%) пациента, тип «В» – 52 (31%), тип «С» – 36 (21%) и тип «D» – 9 человек (5%).

Все пациенты имели НДНМП. По ICIQ-SF с нарушениями тяжелой степени было 103 (61%) пациента, средней тяжести – 26 (15%) больных, с легкими – 10 (6%) больных.

У 27 (16%) больных имелась эпицистостома, у 3 (2%) пациентов постоянный уретральный катетер. Самостоятельное непроизвольное мочеиспускание было у 89 (53%) пациентов, самостоятельное произвольное – у 30 (18%) больных, у 20 (12%) – катетеризация.

Из 89 пациентов с самостоятельным непроизвольным мочеиспусканием 68 человек (мужчины) использовали уропрезервативы и 21 пациентка – абсорбирующее белье. В связи с наличием остаточной мочи 8 мужчин и 8 женщин использовали катетеризацию мочевого пузыря до 4 раз в сутки.

**Выводы.** Наиболее выраженная НДНМП встречалась при типах «А» и «В»

неврологических нарушений и повреждении шейного и поясничного отделов позвоночника.

При подтекании мочи и катетеризации мочевого пузыря 5-6 раз в сутки применяется абсорбирующее белье. При использовании уропрезервативов и катетеризации до 4 раз в сутки увеличивается кратность замены уропрезервативов.

Необходимость и кратность выведения мочи определяется врачом нейроурологом, урологом. Необходимо обучение пациентов с ТБСМ использованию ИМН в реабилитации.

УДК 351/354: 616-036.86

Карасаева Л.А., Хорькова О.В.,  
Дубровская Н.В., Кароль Е.В.,  
Самсоненко О.О.

### **АССИСТИВНЫЕ УСЛУГИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В САНКТ- ПЕТЕРБУРГЕ**

ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт  
усовершенствования врачей – экспертов» Минтруда  
России, ФКУ «ГБ МСЭ по г. Санкт-Петербургу»  
Минтруда России  
Российская Федерация,  
Санкт-Петербург

Karasaeva L.A., Hor'kova O.V.,  
Dubrovskaya N.V., Karol E.V.,  
Samsonenko O.O.

### **ASSISTIVE SERVICES IN THE REHABILITATION OF ELDERLY DISABLED IN ST. PETERSBURG**

FGBU DPO "St. Petersburg Institute for Advanced  
Medical Experts" of the Ministry of Labor of Russia,  
FCU "GBE ITU for Saint-Petersburg" Ministry of Labor  
of Russia  
Russia, St. Petersburg

**Аннотация:** Рациональная организация реабилитации инвалидов пожилого возраста требует использование ассистивных услуг. Для эффективной организации предоставления

данных услуг необходимы оперативные данные об особенностях инвалидности данной категории граждан и их потребностях.

**Abstract:** Rational organization of rehabilitation of elderly disabled requires certain assistive services. For effective organization of work, the institution providing these services needs operational data on the characteristics of disability of this category of citizens and their needs.

**Ключевые слова:** индивидуальная программа социальных услуг, ассистивный, реабилитация, инвалиды пожилого возраста.

**Keywords:** individual program of social services, assistive, rehabilitation, disabled elderly people.

Проведен ретроспективный анализ отчетных показателей ФКУ «Главное бюро МСЭ по Санкт-Петербургу» по реабилитации инвалидов, а также статистических данных городского информационно-расчетного центра по предоставлению услуг инвалидам пожилого возраста.

Определена нуждаемость в медицинской реабилитации (92,2%), содействии в трудоустройстве (46,2%), в социально-средовой реабилитации (56,6%), социально-психологической реабилитации (57,5%), социально-бытовой адаптации (40,2%).

Инвалиды (58,9%) нуждались также в медико-социальных услугах ассистивного характера: при представлении интересов граждан (19,2%), медико-социальной реабилитации (24,5%), организации медицинской помощи и ухода семьям (17,3%), обеспечении доступа к информации (77,6%), и ТСР (45,9%), сопровождающем трудоустройстве (40,2%).

Получение ассистивных услуг осуществляется через индивидуальную программу социальных услуг, которая разработана (2015-2017 гг.), в среднем, одному из 10 инвалидов пожилого возраста.

**Заключение.** В системе реабилитации инвалидов пожилого возраста требуется широкое внедрение ассистивных услуг, адекватных имеющимся потребностям.

УДК 1+36+37

Климашева С.Б., Костерина З.В.

## АРТТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта  
Минтруда России  
Россия, Санкт-Петербург

Klimasheva S.B., Kosterina Z.V.

## ART THERAPY REHABILITATION TECHNOLOGIES

Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht" of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation  
Russia, St. Petersburg

**Аннотация:** Арт-терапевтические техники активно применяются в психологической реабилитации пожилых людей с ограниченными возможностями здоровья. На базе клиники разработаны специальные программы.

**Abstract:** Art-therapeutic techniques are actively used in the psychological rehabilitation of elderly people with disabilities. Special programs have been developed on the basis of the clinic.

**Ключевые слова:** социальная реабилитация, социальная адаптация, социокультурные реабилитационные технологии, ассистивные средства, арттерапия.

**Keywords:** social rehabilitation, social adaptation, socio-cultural rehabilitation technologies, assistive means, arttherapy.

На отделении социальной и психологической реабилитации клиники Центра разработаны реабилитационные программы для пожилых людей с ограниченными возможностями, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, связанной с проблемами адаптации к изменению образа жизни. В их основу легли реабилитационные технологии, позволяющие реабилитанту адаптироваться в общепринятых социальных, социально-средовых, социально-бытовых, социально-досуговых ситуациях и достичь необходимого уровня жизненных интересов и запросов.

Специалисты отделения применяют арт-терапевтические техники - изотерапию, глинотерапию, сказкотерапию, библиотерапию, кинотерапию, театротерапию, музыкотерапию, музеетерапию как один из методов психологической работы, использующий возможности искусства для достижения положительных изменений в интеллектуальном, эмоциональном и личностном развитии реабилитанта.

По программе музеетерапия для пациентов проводятся занятия в информационно-образовательном центре «Русский музей: Виртуальный филиал», а для слабовидящих - с использованием ассистивных средств.

В арттерапевтической работе может участвовать практически каждый человек (независимо от своего возраста), так как она не требует от него способностей к изобразительной деятельности или художественных навыков.

Арттерапия является средством преимущественно невербального общения. Это делает ее особенно ценной для тех, кто недостаточно хорошо владеет речью, затрудняется в словесном описании своих переживаний.

Изобразительная деятельность является мощным средством сближения людей. Продукты изобразительного творчества являются объективным свидетельством настроений и мыслей человека, что позволяет использовать это для оценки состояния пациентов. Являясь средством свободного самовыражения, арттерапия предполагает атмосферу доверия, терпимости и внимания к внутреннему миру человека, а это особенно ценно в ситуациях взаимного отчуждения, при затруднении в налаживании контактов. [1]

Арттерапевтическая работа в большинстве случаев вызывает у людей положительные эмоции, помогает преодолеть апатию и безынициативность, сформировать более активную жизненную позицию.

Социальные технологии, реализующиеся посредством культуры и творчества – один из способов приобщения людей с ограниченными возможностями к активной жизни общества и создания для них

доступной среды, а также эффективный способ изменить позицию социума по отношению к данной категории граждан.[2]

#### Список литературы

1. Копытин А.И. Теория и практика арт-терапии – СПб.: Питер, 2002.-368 с.
2. Искусство для здоровья и социальных изменений: мат-лы международной научно-практической конференции (1-4 апреля 2005г). – СПб.: 2005 – 238с.

УДК 616-0,36.865+006.61

Скляренко Р.Т., Спиридонова В.С.,  
Довгалюк А.З.

### ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АССИСТИВНЫХ СРЕДСТВ ПРИ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов Минтруда России», кафедра хирургии, медико-социальной экспертизы и реабилитации.  
Россия, Санкт-Петербург

Sklyarenko R.T., Spiridonova V.S.,  
Dovgalyuk A.Z.

### USE OF ASSISTIVE FUNDS FOR BLADDER CANCER

The Federal State Budgetary Institution «Saint-Petersburg Postgraduate Institute of Medical experts» of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation  
Russia, St. Petersburg

**Аннотация:** рассматривается применение различных ассистивных средств у больных и инвалидов при раке мочевого пузыря

**Abstract:** Consider the use of various assistive drugs in patients and people with disabilities in bladder cancer

**Ключевые слова:** рак мочевого пузыря, ассистивные средства

**Keywords:** bladder cancer, assisted funds

Около одного миллиарда человек в мире имеют какую-либо форму инвалидности и нуждаются в медицинских и реабилитационных услугах[1]. В Конвенции о правах инвалидов и принятых ООН Стандартных правилах обеспечения равных возможностей для инвалидов обращается внимание на то, что ассистивные устройства и технологии очень важны для людей с ограниченными возможностями. По данным экспертов ВОЗ [1], во многих странах мира доступ к ассистивным технологиям имеют лишь 5-15% людей, нуждающихся в них.

Лечение заболевших со злокачественными новообразованиями и их реабилитация требуют больших материальных затрат и создают определенную социальную напряженность. Современные устройства и ассистивные технологии помогают людям с инвалидностью жить самостоятельной жизнью независимо, сохраняя свое достоинство, и успешно участвовать в жизни общества [2].

Главной задачей медицинской и социальной реабилитации при раке мочевого пузыря, после радикальной цистэктомии с уретерокутанеостомией, ассистивными средствами являются специальные клеящиеся мочеприемники, при наличии мочевого свища - создание индивидуальных мочеприемных устройств, уход за кожей вокруг уростомы, противовоспалительная терапия, терапия с применением уросептиков [3].

Больные раком мочевого пузыря нуждаются в проведении социально-психологической реабилитации.

Таким образом, применение ассистивных средств и технологий при нарушении функций организма и ограничениях жизнедеятельности необходимы для реабилитации больных и инвалидов.

#### Литература:

1. Всемирной организацией здравоохранения: Всемирный доклад об инвалидности. 2011 г., Женева, [[http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/en/index.html](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/index.html)]
2. Can adapting the homes of older people and providing assistive technology pay its way? Lansley P, McCreadie

C, Tinker A. Age Ageing. 2004 Nov;33(6):571-6. Epub 2004 Sep 3.3

3. Медико-социальная экспертиза при новообразованиях: Руководство для врачей.- СПб: РГПУ им. А.И. Герцена, 2009.-351с.

## Раздел 4. Разное

### Chapter 4. Other questions of rehabilitation

УДК 616.36+616.61+612.12]-0.89.843-036.82/.85

Власова-Розанская Е.В.

#### ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Республиканский научно-практический центр  
медицинской экспертизы и реабилитации  
Беларусь, Минск

Ulasava-Razanskaya A.V.

#### PHYSICAL REHABILITATION AFTER LIVER TRANSPLANTATION

Republican scientific practical center of medical  
examination and rehabilitation  
Belarus, Minsk

**Аннотация:** Цель исследования – разработка методики физической реабилитации после трансплантации печени. Материалы и методы: Для решения поставленных в исследовании задач сформирована целевая выборка, состоящая из 57 пациента, перенёсших трансплантацию печени. Среди обследуемых лиц было 29 (50,9%) мужчин и 28 (49,1%) женщин. Средний возраст обследованного контингента составил 44,4±1,6 лет. Результаты: Лечебно-реабилитационный этап проводится в отделении интенсивной терапии и реанимации и специализированном хирургическом отделении в раннем послеоперационном периоде реципиента. Этап ранней медицинской реабилитации пациентов после пересадки печени проводится в отделении медицинской реабилитации многопрофильных реабилитационных центров в позднем послеоперационном периоде.

**Abstract:** The aim of the investigation was to develop a method of physical rehabilitation after liver transplantation. Materials and methods: to solve the tasks set in the study, a target sample consisting of 57 patients who underwent liver transplantation was formed. Among the examined persons were 29 (50.9%) men and 28 (49.1%) women. The average age of the examined contingent was 44.4±1.6 years. Results: the Treatment and rehabilitation stage is carried out in intensive care and intensive care unit and

specialized surgical unit in the early postoperative period of the recipient. The stage of early medical rehabilitation of patients after liver transplantation is carried out in the Department of medical rehabilitation of multidisciplinary rehabilitation centers in the late postoperative period.

**Ключевые слова:** физическая реабилитация, трансплантация печени, период реабилитации  
**Keywords:** physical rehabilitation, transplantation of the liver, a period of rehabilitation

**Цель исследования** – разработка методики физической реабилитации после трансплантации печени

**Материалы и методы:** Для решения поставленных в исследовании задач сформирована целевая выборка, состоящая из 57 пациента, перенёсших трансплантацию печени. Среди обследуемых лиц было 29 (50,9%) мужчин и 28 (49,1%) женщин. Средний возраст обследованного контингента составил 44,4±1,6 лет.

**Результаты:** Лечебно-реабилитационный этап проводится в отделении интенсивной терапии и реанимации и специализированном хирургическом отделении в раннем послеоперационном периоде реципиента.

Физические упражнения в ранние сроки после операции способствуют активации кровотока, дыхания и снижению риска застойных и воспалительных процессов в легких, тромбоза глубоких вен нижних конечностей, легочной эмболии, уменьшению отёков и улучшению венозного возврата крови к сердцу (с этой целью и для защиты вен пациентам рекомендуется надевать компрессионные носки или гольфы).

С целью профилактики ранних послеоперационных осложнений при пробуждении реципиента после наркоза, инструктор лечебной физической культуры (ЛФК) начинает занятия лечебной гимнастики, состоящие из дыхательных упражнений статического характера с акцентом на грудное дыхание, с откашливанием. Расширение двигательной активности к более крупным мышечным группам проводят избирательно в соответствии с самочувствием больного.

Этап ранней медицинской реабилитации пациентов после пересадки печени проводится в отделении медицинской реабилитации многопрофильных реабилитационных центров в позднем послеоперационном периоде. Цель этапа: стабилизация состояния пациента, предупреждение специфических послеоперационных осложнений, улучшение психоэмоционального состояния, профилактика спаечного процесса, формирование эластичного послеоперационного рубца и максимальное восстановление функций соответствующих систем организма.

Занятия лечебной гимнастикой проводят в начале в щадящем режиме, затем щадяще-тренирующем. Физическая нагрузка в начале небольшая, затем ее постепенно увеличивают от занятия к занятию за счет упражнений для больших групп мышц и нарастающей амплитуды движений, изменений исходных положений. В щадяще-тренирующем режиме в комплекс лечебной гимнастики включают упражнения с сопротивлением и отягощением, для восстановления правильной осанки корригирующие упражнения у гимнастической стенки и с гимнастическими предметами. Назначают обычную ходьбу. С целью выработки мотивации у реципиента к продолжению программы реабилитации, оценки эффективности реабилитации проводят пробу с 6-минутной ходьбой.

При отсутствии осложнений назначают дозированную ходьбу. Расстояние дистанции при дозированной ходьбе постепенно увеличивают на 500 метров при хорошей переносимости реципиента.

УДК 616.248

Дудченко Л.Ш., Ежов В.В.,  
Ковальчук С.И., Кожемяченко Е.Н.,  
Беляева С.Н., Масликова Г.Г.

## РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ОЖИРЕНИЕМ

ГБУЗРК "АНИИ им. И.М.Сеченова"  
Россия, Ялта

Dudchenko L.Sh., Ezhov V.V.,  
Kovalchuk S.I., Kozhemyachenko E.N.,  
Belyaeva S.N., Maslikova G.G.

## REHABILITATION OF PATIENTS WITH THE BRONCHIAL ASTHMA ASSOCIATED WITH THE OBESITY

Crimean state health institution  
"SRI named after I.M.Sechenov"  
Russia, Yalta

**Аннотация:** Больным бронхиальной астмой с ожирением в комплексе санаторно-курортной медицинской реабилитации дополнительно назначался курс сухих углекислых ванн. Состояние пациентов значительно улучшилось в основной и контрольной группах по критериям МКФ, у пациентов, принимавших курс сухих углекислых ванн, достоверно улучшились показатели липопротеидного метаболизма.

**Abstract:** The patient with bronchial asthma with an obesity in a complex of sanatorium medical rehabilitation in addition prescribed a course of dry carbonic bathtubs. The condition of patients considerably improved in the main and control groups on criteria of ICF, at patients accepting a course of dry carbonic bathtubs authentically indicators of a lipoproteidny metabolism improved.

**Ключевые слова:** бронхиальная астма, ожирение, реабилитация

**Keywords:** bronchial asthma, obesity, rehabilitation

Бронхиальная астма (БА) – одно из наиболее распространенных хронических социально-значимых заболеваний, представляющих серьезную медицинскую и социально-экономическую проблему.

**Цель исследования:** изучить эффективность санаторно-курортной медицинской реабилитации больных БА с ожирением при дополнительном включении в комплекс реабилитации сухих углекислых ванн с помощью критериев Международной классификации функциональности и здоровья (МКФ).

**Материал и методы.** Объектом исследования явились 60 больных БА, ассоциированной с ожирением, получивших курс медицинской реабилитации на санаторном этапе. Всем больным

проведено комплексное обследование: клиническое, лабораторное, функциональное. Для обобщающей оценки состояния использовались критерии Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). 30 больным на фоне стандартного комплекса санаторного лечения проводился курс сухих углекислых ванн (СУВ).

**Результаты и обсуждение.** Состояние пациентов улучшилось после проведенного курса СКЛ как в основной, так и в контрольной группах. Достоверно повысился контроль течения заболевания (АСТ, АСQ), показатели деятельности сердечно-сосудистой системы (ЧСС и АД), показатели функции внешнего дыхания (ОФВ1, ОФВ1/ФЖЕЛ), сатурация кислорода в крови (SpO2), показатели толерантности к физической нагрузке (6МШТ). В основной группе по сравнению с контрольной в дополнении к вышеперечисленным эффектам отмечена достоверная динамика по снижению уровня холестерина,  $\beta$ -липопротеидов, мочевой кислоты, индекса риска развития атеросклероза и билирубина, что отражает влияние дополнительного включения курса СУВ на метаболические нарушения.

По большинству анализируемых доменов МКФ в двух группах наблюдения получена достоверная положительная динамика: домены b4402 и b4408, отражающие дыхательные функции, b450 дополнительные дыхательные функции, b455 – функции толерантности к физической нагрузке и b460 – ощущения, связанные с функционированием сердечно-сосудистой и дыхательной систем. В основной группе по сравнению с контрольной достоверная динамика произошла по домену b4301 – кислородно-транспортные функции крови.

Таким образом, данный способ позволяет добиться высокой общей эффективности медицинской реабилитации больных БА, фенотип – с ожирением, за счет включения в лечебный комплекс курса СУВ, обладающих адаптогенным действием, которое обеспечивает улучшение кардиогемодинамики, показателей липопротеидного метаболизма и

кислородзависимого энергообмена в кардио-респираторной системе.

УДК 617-089.844

Резник А.В.

## **ОССЕОИНТЕГРАЦИЯ КАСТОМИЗИРОВАННЫХ ИМПЛАНТАТОВ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ**

ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. академика Г.А. Илизарова»

Минздрава России

Россия, Курган

Reznik A.V.

## **OSSEOINTEGRATION OF CUSTOMIZED IMPLANTS OF TUBULAR BONES IN THE EXPERIMENT.**

Federal State Budgetary Institution "Russian Ilizarov

Scientific Center "Restorative Traumatology and

Orthopaedics" of Ministry of Healthcare,

the Russian Federation

Russian Federation, Kurgan

**Аннотация:** Актуальность. Процесс оссеоинтеграции известен в мире с 1950-х годов после опытов проф. Райкарда Бренемарка. Методика успешно применяется для протезирования зубов в стоматологии, а с 90-х годов прошлого века ее стали применять для протезирования конечностей. Для РФ это новый способ лечения пациентов с ампутационными культями. Исходя из опыта зарубежных коллег, есть ряд недостатков: длительность, двухэтапность операций, вопрос барьера в месте выхода имплантата из культы. Цель. Оценка эффективности оссеоинтеграции кастомизированных имплантов при протезировании в эксперименте. Материалы и методы. В эксперименте участвовало 30 кроликов в возрасте 6-8 мес. Оригинальные импланты, созданные с помощью аддитивных технологий, соответствовали размерам культей большеберцовых костей кроликов. Система «кость-имплант-абатмент» фиксировалась аппаратом Илизарова. Результаты оценивали в контрольных группах через 3, 12 недель и 180 суток. Методы оценки: клинический, рентгенологический, морфологический. Результаты. Выживаемость имплантов наблюдалась во всех группах. Опорная

функция была сохранена. Остеомиелита не было ни на каком сроке эксперимента. На основании морфологического и рентгенологического методов исследования признаки оссеоинтеграции, обеспечивающие стабильность импланта, наблюдаются уже через 3 недели после операции. Вывод. Данная оригинальная методика эффективна и рекомендуется к использования в клинической практике при лечении и реабилитации пациентов с культями конечностей.

**Abstract:** Relevance. The process of osseointegration has been known in the world since the 1950s after the experiments of prof. Rijkaard Brenemark. The technique is successfully used for prosthetics of teeth in dentistry, and since the 90s of the last century it has been used for prosthetics of limbs. For the Russian Federation this is a new way of treating patients with amputation stumps. Based on the experience of foreign colleagues, there are a number of shortcomings: duration, two-stage operations, the issue of the barrier at the site of the implant's exit from the stump. Aim. Evaluation of the effectiveness of osseointegration of customized implants in prosthetics in the experiment. Materials and methods. The experiment involved 30 rabbits at the age of 6-8 months. The original implants, created with the help of additive technologies, corresponded to the size of the stalk of the tibia of rabbits. The "bone-implant-abutment" system was fixed by Ilizarov's apparatus. Results were assessed in control groups at 3, 12 weeks and 180 days. Methods of assessment: clinical, radiological, morphological. Results. Survival of implants was observed in all groups. The reference function was saved. Osteomyelitis was not at any time in the experiment. Based on the morphological and radiographic methods of research, osseointegration signs ensuring stability of the implant are observed only 3 weeks after the operation. Conclusion. This original technique is effective and recommended for use in clinical practice in the treatment and rehabilitation of patients with limb stumps

**Ключевые слова:** оссеоинтеграция, протезирование, кисть, эксперимент, аппарат Илизарова

**Keywords:** osseointegration, prosthetics, hand, experiment, Ilizarov's apparatus

**Введение.** К настоящему времени в мировой практике известны случаи оссеоинтеграции, позволяющие фиксировать внешние протезы на пальцах кисти и на культях крупных сегментов конечностей. Данная технология была

предложена проф. Райкардом Бренемарком в начале 90-х годов XX века на основании опыта использования оссеоинтеграции в стоматологии. Однако, дальнейшее использование данной методики выявило ряд недостатков (двухэтапность методики, высокая стоимость)

**Цель исследования** – оценить эффективность оссеоинтеграции оригинальных имплантатов при протезировании голени у кроликов.

**Материалы и методы исследования.**

В рамках данного исследования было прооперировано 30 кроликов породы шиншилла, в возрасте 6-8 месяцев, весом  $3,12 \pm 35,3$  гр. На основе 3D-модели культи большеберцовой кости создали кастомизированный имплантат на основе аддитивных технологий из титанового порошка (патент РФ №152558). Всем животным под общим наркозом осуществляли ампутацию голени на границе верхней трети, вводили имплантат диаметром 5 мм, длина 30 мм. Далее крепили к имплантату абатмент и фиксировали кость-абатмент аппаратом Илизарова на 4 недели. Эвтаназию всех животных осуществляли через 21 день, 12 недель, 180 дней после операции путем передозировкой барбитуратов. Использовали клинический, рентгенологический и морфологический методы исследования.

**Результаты исследования.** В течение эксперимента клиническое состояние кроликов было удовлетворительным. В первые трое суток выявляли отек в области культи. У трех кроликов наблюдали гнойное воспаление вокруг мягких тканей в течение 7 суток. Опорная функция конечности, как правило, восстанавливалась на 4-5 сутки после операции и присутствовала на всем протяжении эксперимента.

К 3 неделе при исследовании адгезированного тканевого субстрата методом рентгеновского электронно-зондового микроанализа, выявлено образование на поверхности и вокруг исследуемого образца новообразованной костной ткани, образующей единый имплантационно-тканевой блок.

К 12 неделе между имплантатом и компактной пластинкой формировалась

трабекулярная кость среднеазиатской структуры, соединяющая внутреннюю поверхность компактной пластинки и поверхность внедренного в кость имплантата.

На 180 сутки эксперимента, обнаруженная на поверхности имплантируемой винтовой конструкции костная ткань имела пластинчатое строение во всех исследуемых участках.

Полученные данные свидетельствуют об эффективности остеointegrации оригинальных имплантатов, что рекомендует их внедрение в клиническую практику.

УДК 616.248:[616.022.854+632.15](1-924.71)

Пирогова М.Е.<sup>1</sup>, Беляева С.Н.<sup>2</sup>,  
Савченко В.М., Бобрик Ю.В.<sup>1</sup>

### **ВЛИЯНИЕ АЭРОПАЛИНОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА РЕАБИЛИТАЦИЮ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ НА ЮЖНОМ БЕРЕГУ КРЫМА**

<sup>1</sup>Медицинская академия имени С.И. Георгиевского,  
ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»,  
г. Симферополь;

<sup>2</sup>ГБУЗ РК «Академический НИИ физических  
методов лечения, медицинской климатологии и  
реабилитации им. И.М. Сеченова», г. Ялта  
Россия, Симферополь; Ялта

Pirogova M.E.<sup>1</sup>, Belyaeva S.N.<sup>2</sup>,  
Savchenko V.M., Bobric Yu.V.<sup>1</sup>

### **INFLUENCE OF AEROPALINOLOGICAL FACTORS ON BRONCHIAL ASTHMA PATIENT REHABILITATION ON THE SOUTH COAST OF THE CRIMEA**

<sup>1</sup>Medical Academy named after S.I. Georgievsky of V.I.  
Vernadsky Crimean Federal University, Simferopol

<sup>2</sup>Academic Research Institute of Physical Methods of  
Treatment, Medical Climatology and Rehabilitation  
named after I.M. Sechenov, Yalta  
Russia, Simferopol; Yalta

**Аннотация:** Исследовано влияние  
аэробиополлютантов южного берега Крыма на

эффективность санаторно-курортного лечения  
и реабилитации больных бронхиальной астмой.

**Abstract:** The influence of the south coast of the  
Crimea aerobiopollutants on the sanatorium  
treatment and rehabilitation bronchial asthma  
patients effectiveness was studied.

**Ключевые слова:** аэробиополлютант,  
санаторно-курортное лечение, реабилитация,  
бронхиальная астма, Южный берег Крыма,  
пыльца растений.

**Keywords:** aerobiopollutant, sanatorium  
treatment, rehabilitation, bronchial asthma, South  
coast of the Crimea, plant pollen

Течение бронхиальной астмы (БА)  
зависит от загрязненности окружающей  
среды. Наличие в воздухе пыльцы растений  
может оказать аллергенное и  
неспецифическое воздействие на человека  
и эффективность реабилитации больных  
БА в условиях курорта.

Исследовано влияние  
аэробиополлютантов (пыльцы растений) в  
воздухе Южного берега Крыма (ЮБК) на  
результаты проводившегося в 2011-2013 гг.  
СКЛ жителей Крыма (168 человек, 119  
женщин –70,83% и 49 мужчин – 29,17%,  
средний возраст – 52,94±11,78 года),  
больных БА. Обследование больных  
включало опрос, осмотр, физикальное  
исследование, общий анализ крови,  
цитологию мокроты, исследование  
функции внешнего дыхания, оценку  
качества жизни по опроснику ACQ и  
контроль течения заболевания по  
опроснику АСТ. Медикаментозное лечение  
проводилось по общепризнанным  
протоколам лечения БА. СКЛ длилось 21  
день. Сформированы пять групп больных:  
лечившихся в периоды пыления на ЮБК  
кипариса (январь-апрель, n=51), сосны  
(май-июнь, n=24), амброзии (август-  
сентябрь, n=29), кедра (октябрь-декабрь,  
n=47), а также вне этих периодов (n=17).

Существенных различий между  
группами по достигнутому клиническому  
состоянию не выявлено. Наилучшие  
показатели по отсутствию кашля (62,5%) и  
сухих хрипов в легких (87,5%) - в группе  
больных, лечившихся в период пыления  
сосны. Существенного влияния на  
лабораторные показатели и функции  
внешнего дыхания аэробиополлютанты не

оказали. Наилучшего функционального состояния достигли больные, лечившиеся в период пыления сосны. Не установлено различий между группами больных по достигнутому значению тестов АСQ и АСТ. Не выявлено зависимостей достигнутой динамики клинических, лабораторных и функциональных показателей от значений аэропаллинологических параметров ЮБК.

Таким образом, результаты СКЛ и реабилитации больных БА на ЮБК не зависят от качества и количества содержащейся в воздухе пыльцы растений. Негативного или преобладающего благоприятного влияния аэробиополлютантов на больных БА в период их СКЛ и реабилитации на ЮБК не выявлено.

The course of bronchial asthma (BA) depends on environmental pollution. The presence of plant pollen in the air can have an allergic and non-specific effects on humans and the effectiveness of rehabilitation of BA patients in the resort.

The influence of aerobiopollutants (plant pollen) in the South coast of the Crimea (SCC) air on the results of ongoing in 2011-2013 sanatorium resort treatment (SRT) of the Crimea residents (168 people, 119 women - 70,83% and 49 men – of 29.17%, mean age 52,94±11,78 years), BA patients was studied. Patients examination included a survey, examination, physical examination, a general blood test, sputum cytology, external respiration function testing, assessment of the life quality on the ACQ questionnaire and control of the disease course on the AST questionnaire. Drug treatment was carried out according to generally recognized protocols for BA treatment. SRT lasted 21 days. Five groups of patients were formed: treated during dusting periods of cypres (January-April, n=51), pine (may-June, n=24), ambrosia (August-September, n=29), cedar (October-December, n=47), and outside these periods (n=17).

There were no revealed significant differences between the groups according to the achieved clinical status. The best indices for the absence of cough (62.5%) and dry wheezes in the lungs (87.5%) were in the patients group treated during the pine dusting

period. The aerobiopollutants did not have a significant impact on laboratory parameters and external respiration functions. The best functional state was reached patients treated during the of pine dusting period. There were no differences between the groups of patients on the achieved values of the ACQ and AST tests. no dependency of the achieved dynamics of clinical, laboratory and functional parameters There were no revealed dependences of the achieved dynamics of clinical, laboratory and functional indices from the values of the SCC aeropalynological parameters.

Thus, the results of SRT and rehabilitation of BA patients on SCC do not depend on the quality and quantity of plant pollen contained in the air. Negative or predominant favorable influence of aerobiopollutants on BA patients during their SRT and rehabilitation on the SCC was not revealed.

УДК 617.582/.584-005.4-089.873

Батискин С.А.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ  
ХАРАКТЕРИСТИКА АМПУТАЦИЙ  
ГОЛЕНИИ БЕДРА У БОЛЬНЫХ С  
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ  
ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ  
НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр  
медико-социальной экспертизы и реабилитации  
инвалидов» Министерства труда и социальной  
защиты Российской Федерации  
Российская Федерация, Новокузнецк

Batiskin S.A.

**COMPARATIVE ANALYSIS OF  
TRANSTIBIAL AND TRANSFEMORAL  
AMPUTATIONS IN PATIENTS WITH  
PERIPHERAL ARTERY DISEASE IN  
LOWER LIMBS**

Federal State Budgetary Scientific and Practical Centre  
for Medical and Social Evaluation and Rehabilitation of  
Disabled Persons in Novokuznetsk, Ministry of Labour  
and Social Protection of the Russian Federation  
Russian Federation, Novokuznetsk

**Аннотация:** В настоящее время, в случае невозможности сохранения нижней конечности, единственным методом лечения больных с заболеваниями периферических артерий и с синдромом диабетической стопы является ампутация нижней конечности. Цель: провести сравнительную характеристику ампутаций голени и бедра в стационарах города Новокузнецка и клинике ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России. В г. Новокузнецке в период с 1 января 1998 года по 31 декабря 2013 года выполнена 3181 ампутация бедра и голени. В стационарах города Новокузнецка выполнено 1996 ампутаций, в том числе на уровне голени 262 операции, на уровне бедра – 1734. В клинике ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России проведено 764 ампутаций, в том числе, на уровне голени – 590, на уровне бедра – 174 операции. Выявлено, что сохранение коленного сустава способствует эффективному протезированию и увеличению реабилитационного потенциала инвалидов.

**Abstract:** Nowadays, in cases where it is impossible to save the lower limb amputation is the only way to treat the patients with peripheral artery disease and diabetic foot. Objective: to conduct a comparative analysis of transtibial and transfemoral amputations between the in-patient facilities in Novokuznetsk and the clinic of the Federal State Budgetary Scientific and Practical Centre for Medical and Social Evaluation and Rehabilitation of Disabled Persons in Novokuznetsk, Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation (the Centre). In the period from January, 1, 1998 till December, 31, 2013, there were 3181 transtibial and transfemoral amputations performed in Novokuznetsk city. There were 1996 amputations performed in the Novokuznetsk in-patient facilities: 262 of them were transtibial, and 1734 were transfemoral. While 764 amputations were performed in the clinical settings of the Centre: 590 of them were transtibial, and 174 were transfemoral. It was found that preservation of the knee joint facilitates the effective prosthesis and improves patient's rehabilitation potential.

**Ключевые слова:** ампутация голени, ампутация бедра, заболевания периферических артерий.

**Keywords:** transtibial amputation, transfemoral amputation, peripheral artery disease.

**Актуальность.** Несмотря на очевидные достижения последних лет в области хирургического и консервативного лечения

критической ишемии конечности и осложнений сахарного диабета, ампутация конечности, нередко, остается единственным возможным методом лечения больных с заболеваниями периферических артерий и синдромом диабетической стопы.

**Цель:** провести сравнительную характеристику ампутаций голени и бедра в стационарах города Новокузнецка и в клинике ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России.

**Материал и методы.** Проведен анализ ампутаций нижних конечностей, выполненных в г. Новокузнецке в период с 1 января 1998 года по 31 декабря 2013 года. Всего 3181 ампутация бедра и голени.

В хирургических стационарах г. Новокузнецка выполнено 1996 ампутаций голени и бедра, из них ампутации голени составили 262 (13,1 %) операции, ампутации бедра 1734 (86,9 %). В клинике ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России проведено 764 ампутации, из них 174 (22,8 %) ампутации бедра и 590 (77,2 %) – голени.

Из представленных данных о «больших» ампутациях нижних конечностей, выполненных во всех хирургических стационарах г. Новокузнецка и в клинике ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России установлено, что частота ампутаций голени в клинике ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России была статистически достоверно выше, а бедра ниже, чем в хирургических стационарах города Новокузнецка ( $p < 0,05$ ). Причем отношение числа ампутаций голени к числу ампутаций бедра (отношение голень/бедро) было диаметрально противоположным в стационарах г. Новокузнецка и в клинике Центра. В стационарах города этот показатель составил 0,15, в клинике Центра – 3,4.

Таким образом, традиционно сложившаяся в ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России практика выполнения ампутации на уровне голени в значительной мере способствует улучшению качества жизни пациента с утратой конечности, эффективному протезированию и увеличению реабилитационного потенциала.

УДК 616.039.2

Павлова Т.А., Гречаный С.В.  
**РОЛЬ ДИЕТОЛОГИЧЕСКОГО  
ЛЕЧЕНИЯ В КОМПЛЕКСЕ  
РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ СИНДРОМЕ  
АУТИЗМА.**

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, кафедра  
психиатрии и наркологии  
Россия, Санкт-Петербург

Pavlova T.A., Grechanyi S.V.  
**THE ROLE OF DIETETIC  
TREATMENT IN THE COMPLEX OF  
REHABILITATION FOR AUTISM  
SYNDROME.**

FGBOU vo Spbspmu Ministry of health of Russia,  
Department of psychiatry and narcology  
Russia, St. Petersburg

**Аннотация:** Представлены результаты по использованию диетотерапии в лечении аутистических расстройств

**Abstract:** The results of the use of diet therapy in the treatment of autism disorders are presented

**Ключевые слова:** аутистические расстройства, боли животе, диетотерапия .

**Keywords:** autistic disorders, abdominal pain, diet therapy.

**Введение.** В настоящее время показано, что расстройства аутистического спектра и соматическая патология пищеварительного тракта у детей представляют собой состояния, не просто часто сочетающиеся, но в ряде случаев связанные этиопатогенетически. Проблема актуальна в связи с назначением элиминационных диет – методе терапии при детском аутизме, пока мало исследованном и недостаточно научно обоснованном.

**Результаты исследования.** Практический опыт работы с пациентами, страдающими аутистическими расстройствами, свидетельствует, что как минимум у 1/3 детей с указанной патологией безглютеновая и/или безкозеиновая диета, назначенная врачами-диетологами *ex juvantibus*, приводит к заметным временным и отдаленным положительным изменениям в их психическом состоянии.

По данным самоотчетов родителей у детей купируются боли животе, метеоризм, нормализуется стул и биохимические функции печени, пациенты становятся более сосредоточенными, постепенно купируется беспричинное беспокойство и двигательное возбуждение.

Использование диетотерапии при аутизме основывается на теории избытка кишечных опиоидов (экзорфинов). Согласно ей, экзорфины (экзогенные опиоиды) попадая в мозг, вызывают дисфункцию, которая приводит к аутистическим и поведенческим симптомам.

**Заключение.** Точные механизмы влияния диет пока не установлены. Большинство исследований на эту тему не соответствует критериям доказательности, поэтому диета пока не входит в стандарты лечения аутистических расстройств. Однако в настоящее время проводятся лонгитюдные исследования работ, имеются перспективы установления клинических закономерностей и надежда на использование диетотерапии в комплексе реабилитации.

УДК 364.264.4

Тиманькова Е.С.  
**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ  
ИППОТЕРАПИИ В  
РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЕ С  
ДЕТЬМИ, ИМЕЮЩИМИ  
РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО  
СПЕКТРА.**

БУЗ Орловской области "ОПНД"  
Россия, Орел

Timankova E.S.  
**PSYCHOLOGICAL ASPECT OF  
EQUINE THERAPY IN RECOVERY  
WORK WITH CHILDREN WITH  
AUTISM SPECTRUM DISORDERS.**

Budgetary Institution of HealthCare of Oryol  
region "Regional Psychoneurologic Dispensary"  
Russia, Orel

**Аннотация:** статья посвящена деятельности медицинского психолога, специалиста по социальной работе, психиатра осуществляемой при комплексной медико-социальной и психолого-педагогической реабилитации детей, имеющих расстройства аутистического спектра.

**Abstract:** The article focuses on medical psychologist's work, professional social worker, psychiatrist who conducted complex medical and social psychological and pedagogical rehabilitation of children who have autism spectrum disorders

**Ключевые слова:** полипрофессиональная бригада, невербальные коммуникации, взаимодействия «действие-реакция-действие», адаптация, эмоциональное состояние, активизация, сенсорные процессы.

**Keywords:** multi-professional team, nonverbal communications, correlation 'action-reaction-action', adaptation, emotional state, activation, sensory process

Расстройства аутистического спектра у детей, характеризуется отсутствием интереса к внешнему миру, нарушением контакта с окружающими, задержкой интеллектуального развития, слуховой и визуальной отрешенностью, негативизмом к обучению, ранним проявлением патологии психического развития. Реабилитация таких детей направлена на обучение ребенка адекватным формам поведения, коммуникации.

Одним из таких методов реабилитации является иппотерапия. Он имеет большое количество преимуществ перед другими реабилитационными методиками и при комплексном подходе дает большой эффект.

Иппотерапия помогает задействовать все сенсорные системы, и, что не менее важно, создает у детей с аутизмом достаточно сильную мотивацию, а также формирует один из первых видов взаимодействия «действие-реакция-действие». Лошадь выступает в качестве посредника между ребенком, имеющим расстройства аутистического спектра, и окружающей действительностью. Все это происходит за счет того, что взаимодействие с лошадью протекает на невербальном уровне, что позволяет ребенку как бы оставаться внутри своего комфортного мира и одновременно

выходить из состояния изоляции от окружающей действительности, адаптироваться в ней. В связи с этим, в БУЗ Орловской области «ОПНД» использовался метод иппотерапии для ведения реабилитационных занятий с детьми, имеющими расстройства аутистического спектра.

Занятия иппотерапией проводились с участием полипрофессиональной бригады на ипподроме г. Орла в 2012, 2014, 2016 гг. с детьми, имеющими расстройства аутистического спектра, и их родителями. На подготовительном этапе устанавливался контакт и обмен информацией между участниками полипрофессиональной бригады (медицинский психолог, участковый врач-психиатр, родители, специалист по социальной работе, логопед) с целью выявления психологического статуса ребенка. Базируясь на данных психологического обследования, была создана реабилитационная группа. Количество участников в группе - 13, возраст от 6 до 14 лет. Периодичность - один раз в неделю, продолжительность - 60 минут. Количество занятий - 10. На первом и заключительном занятии реабилитационных мероприятий проводилось тестирование детей с помощью методик, направленных на изучение уровня тревожности, коммуникативной сферы, общего эмоционального состояния. Также на занятиях проводилось диагностирование и консультирование родителей. Каждое занятие состояло из двух этапов.

Первая часть занятий - это приветствие, поглаживание и кормление лошадей, привезенными с собой лакомствами (хлебом, морковкой, сахаром). В этот момент активизируются телесные, зрительные, слуховые и другие рецепторы. Стимулируется процесс сенсорного развития детей, развиваются навыки социализации. На этом этапе некоторые дети не принимали изменения в окружающей обстановке, отказывались подходить к животному, проявляли яркие эмоциональные реакции, стремились прекратить занятие.

Вторая часть - катание на лошади. Лошадь выбиралась по определенным

критериям: животное не слишком высокое возраст - старше 3 лет, не участвовавшее в соревнованиях, с покладистым характером, выносливое, имеющее опыт общения с людьми, спокойно реагирующее на прикосновение к ушам, хвосту, пояснице. Лошадью управлял опытный инструктор. Он держал животное под уздцы и пресекал малейшую непокорность.

Лошадь становилась связующим звеном между внутренним миром ребенка, имеющим расстройства акустического спектра, и его окружающей действительностью. Ребенок концентрирует свое внимание на животном, что повышает его способность адекватно реагировать на внешние раздражители. На этом этапе происходит формирование у детей новых моделей поведения. Общение с мощным и грациозным животным вызывает различные эмоции у всех участников группы. У большинства детей отмечается усиление аутостимуляции, что является признаком активизации и формирование новых моделей отношений с миром

Итоговая часть занятий – совместное катание на лошади родителей с детьми. Их тесный контакт способствует лучшему поддержанию и установлению взаимосвязи между ребенком-лошадью.

Результативность воздействия иппотерапии на детей, имеющими расстройства аутистического спектра, оценивалось по снижению уровня тревожности, снятию психоэмоционального напряжения, восстановлению эмоционального состояния, активизации сенсорных процессов, увеличению исследовательской активности, улучшению коммуникативных навыков, увеличению объема произвольных движений.

Таким образом, иппотерапия является одним из эффективных методов реабилитации детей, имеющим расстройства аутистического спектра, и положительно влияет на их эмоциональное состояние.

УДК 616-008.64

Плотников М.С.

## **СТАТИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ, КАК ОДНА ИЗ ТЕХНИК РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ.**

Региональный Благотворительный Фонд  
"Реабилитация ребёнка. Центр Г.Н.Романова"  
Россия, Санкт-Петербург

Plotnikov M.S.

## **STATIC EXERCISES USED IN MEDICAL REHABILITATION, AS ONE OF THE TECHNIQUES OF REFLEXOLOGY.**

Regional Charity Foundation «Rehabilitation of the  
Child. Center of G.N. Romanov»  
Russia, St. Petersburg

**Аннотация:** Статические упражнения, применяемые в медицинской реабилитации пациентов с нарушениями функций центральной нервной системы, обусловленными органической патологией

**Abstract:** Static exercises used in the medical rehabilitation of patients with impaired functions of the central nervous system, due to organic pathology.

**Ключевые слова:** медицинская реабилитация, статические упражнения, рефлексотерапия, меридианы

**Keywords:** medical rehabilitation, static exercises, reflexology, meridians

В нашей стране традиционно к наиболее часто встречающимся заболеваниям нервной системы, нуждающимся в медицинской реабилитации, относят нарушения мозгового кровоснабжения, травматические повреждения головного и спинного мозга, периферические neuropatii, вертеброгенные неврологические синдромы, детский церебральный паралич и его последствия.

Для наиболее эффективного восстановления поврежденной ткани головного мозга требуется периферическая стимуляция его центров.

С этой целью широко используются методы массажа, лечебной физкультуры, рефлексотерапии.

Современные медицинские исследования подтверждают точку зрения авторов канонов восточной медицины, которые представляют себе организм человека как тесно связанную с окружающей средой и активно с ней взаимодействующую систему, в которой непрерывно происходят процессы компенсации и субкомпенсации поддерживаемые всеми органами, функционально-физиологическими системами, в том числе и на нейрогуморальном уровне.

Одним из краеугольных вопросов современной рефлексотерапии является, выбор инструмента и дозированность воздействия.

Предлагаемый мной метод наиболее точной балансировки выше названных проблем состоит в том, что в качестве инструмента выступает вес частей тела направленный на прессуру акупунктурных точек.

Статические упражнения, применяемые в реабилитации пациентов с нарушениями функций центральной нервной системы, обусловленными органической патологией.

- упражнение лежа на животе, с упором на руки

- упражнение лежа на животе с поднятыми вверх прямыми ногами

- упражнение лежа на животе с поднятыми вверх прямыми ногами

- лежа на животе, стопы касаются головы

- лежа с прогибом в спине, опираясь на голову и кости таза

- стойка с упором на пальцы ног и плечевой пояс

- стойка на плечевом поясе с опорой на колени

- стойка на плечевом поясе с вытянутыми вверх ногами

- Сед по-турецки

- упражнение на скручивание позвоночного столба

- Наклон боком к прямой ноге с отягощением руками

- соединение рук за спиной вдоль позвоночника

Мудры в индуизме и буддизме — символическое, ритуальное расположение

кистей рук, ритуальный язык жестов. Широко известным методом среди врачей-рефлексотерапевтов является Су джок.

УДК 615.8

Волошина Н.И.

## **ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ РАБОТНИКОВ МЕТРОПОЛИТЕНА В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ**

ГУП "Петербургский метрополитен" санаторий  
"Балтийский берег"  
Россия, Санкт-Петербург

Voloshina N.I.

## **THE MAIN ASPECTS REHABILITATION OF METROPOLITAN WORKERS UNDER SANATORIAL CONDITIONS**

Sanatorium "Baltiysky Bereg" State Unitarian  
Enterprise "Petersburgky metropoliten"  
Russian Federation, St. Petersburg

**Аннотация:** Сохранение здоровья работников транспортных предприятий - не только основная задача, но и одно из условий, обеспечивающих социально-экономический прогресс государства. Воздействие вредных и опасных условий труда приводит к развитию соматических заболеваний, обусловленных условиями труда (профессионально-обусловленных), что требует особого внимания к разработке мер по профилактике и восстановлению трудоспособности работников метрополитена. Описаны комплексные программы реабилитации работников метрополитена с наиболее распространёнными формами заболеваний

**Abstract:** The preservation of the health of employees of transport enterprises is not only the main task, but also one of the conditions ensuring the social and economic progress of the country. The impact of harmful and dangerous working conditions leads to the development of somatic diseases caused by working conditions (professionally-conditioned), which requires special attention to the development of measures for the prevention and rehabilitation and improvement of working capacity of metro workers. Here is described an integrated program

of rehabilitation of metropolitan workers with the most widespread forms of diseases.

**Ключевые слова:** санаторно-курортное лечение, профессиональная реабилитация, физиотерапия, качество жизни.

**Keywords:** quality of life (QOL), activities of daily living, professional rehabilitation

Профессиональная деятельность его работников связана с особо опасными условиями труда и требует пристального внимания со стороны предприятия и государства к организации медицинского обслуживания персонала. Забота о здоровье работников метрополитена является условием стабильного экономического развития подземного транспорта. Медицинская реабилитация работников транспортных предприятий относится к числу приоритетных социальных и экономических задач промышленной медицины [4]. Одним из ее элементов является санаторно-курортная реабилитация, которая рассматривается не только как ликвидация остаточных явлений заболевания, но и как адекватная комплексная терапия, направленная на восстановление нарушенных функций и улучшение качества жизни пациента [1;2]. Известно, что у больных, прошедших санаторный этап медицинской реабилитации, в 2 - 3 раза снижается временная и стойкая нетрудоспособность, в 2,6 - 3 раза сокращаются расходы на лечение в поликлиниках и стационарах, в 1,8 - 2,6 раза уменьшаются выплаты по временной нетрудоспособности.

Цель исследования: оценка эффективности оздоровительных программ санаторно-курортной реабилитации, разработанных на основе синдромно-патогенетического подхода при проведении медицинской реабилитации работников ГУП «Петербургский метрополитен».

Для оценки эффективности оздоровительных программ был проведен анализ 400 законченных случаев реабилитации работников метрополитена с наиболее распространенными нозологическими формами заболеваний на базе санатория «Балтийский берег» за 2015-2017 гг.

Группа №1 (группа наблюдения) - в количестве 195 человек. В этой группе применялись программы реабилитации, основанные на коррекции ведущего синдрома заболевания, с дифференцированным использованием природных и искусственных лечебных физических факторов.

Группа №2 (группа сравнения) - в количестве 205 человек. Программа назначения лечебных факторов составлялась на основе ведущих клинических синдромов для активации неспецифической резистентности организма.

В выборке пролеченных пациентов в группе №1 преобладали пациенты с заболеваниями костно-мышечной системы: с дорсопатией 99 (51%), артропатией 34 (18%), с заболеваниями системы кровообращения 42 (21%), с заболеваниями органов дыхания 20 (10%). В группе №2 преобладали пациенты с заболеваниями костно-мышечной системы: с дорсопатией 108 (53%), артропатией 36 (18%), с заболеваниями системы кровообращения 46(22%), с заболеваниями органов дыхания 13 (7%).

В реабилитационной программе пациентов с заболеваниями костно-мышечной системы преобладали методы фибромодулирующего, противовоспалительного, анальгетического, лимфодренирующего и дефиброзирующего действия.

В реабилитации пациентов с заболеваниями системы кровообращения чаще применялись методы антиишемического, кардиотонического, вегетокорригирующего, коронаролитического и гипокоагулирующего действия.

В программах реабилитации пациентов с заболеваниями органов дыхания превалировали методы бронхолитического, противовоспалительного, вегетокорригирующего и иммуностимулирующего действия.

Оценку результатов проведенной реабилитации проводили по критериям эффективности санаторно-курортного лечения, учитывающие объективные и субъективные показатели состояния здоровья пациентов. Разработанные схемы применения физических факторов лечения

позволили улучшить результаты санаторно-курортной реабилитации пациентов.

Полученные данные свидетельствуют о том, что апробированные программы санаторно-курортного лечения более эффективны у 97% пациентов травматологического, 98 % неврологического, 94 % кардиологического, 92% пульмонологического профиля. Вышеизложенные данные показывают, что разработанные программы санаторно-курортной реабилитации позволяют увеличить эффективность санаторно-курортного лечения, улучшить прогноз трудовой деятельности, уменьшить последствия вредных и опасных факторов сопровождающих трудовую деятельность работников метрополитена.

УДК 685.3 УДК 616.7

Голубева Ю.Б., Горелова И.К.,  
Скирмонт Е.И., Зими́на Е.Л.

## ИССЛЕДОВАНИЯ И ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ДЕТСКОЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ОБУВИ

ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта  
Минтруда России  
Россия, Санкт-Петербург

Golubeva J.B., Gorelova I.K.,  
Zimina E.L., Skirmont E.I.

## RESEARCH AND EXPERT ASSESSMENT OF CHILDREN'S ORTHOPEDIC SHOES

Federal state budgetary institution "Federal scientific  
center of rehabilitation disabled named after G. A.  
Albrecht» Ministry of labour and social Affairs  
protection of the Russian Federation  
Russia, St. Petersburg

**Аннотация:** Представлены результаты экспертной оценки детской ортопедической обуви, представленной в торговой сети, на предмет соответствия, медико-техническим требованиям, нормативной и технической документации.

**Abstract:** The results of an expert evaluation of children's orthopedic footwear presented in the trade network are presented, for compliance, medical and technical requirements, regulatory and technical documentation.

**Ключевые слова:** ортопедическая обувь, медико-технические требования, нормативная и техническая документация.

**Keywords:** orthopedic shoes, medical and technical requirements, normative and technical documentation

**Введение.** В настоящее время термин «обувь ортопедическая» стал брендом, заменяющим собой понятие рациональная обувь [1]. В связи с этим ортопеды, зачастую, рекомендуют детям, не имеющим патологии стоп, приобретать обувь с ортопедическими элементами, обеспечивающими коррекцию выраженной деформации. Производители такой обуви, позиционируя ее как изделие медицинского назначения, должны соблюдать медико-технические требования, предъявляемые к конструкции и материалам.

**Цель исследования.** анализ и экспертная оценка рынка детской ортопедической обуви, реализуемой через ортопедические салоны; разработка рекомендаций по подбору рациональной обуви в соответствии с медицинским назначением.

**Материалы и методы.** Работа основана на анализе 23 пар детской ортопедической обуви, находящейся в розничной продаже. Испытания проводились с целью определения потребительских свойств обуви требованиям ГОСТ 54407 «Обувь ортопедическая. Общие технические условия» [2] и ТУ8820-057-53279025-2016 «Обувь ортопедическая малосложная» [3]. В задачу исследования входило выявление признаков, подтверждающих отнесение детской обуви к классу «обувь ортопедическая» и определение ее параметров, таких как линейные размеры, наличие специальных ортопедических деталей, их местоположение и другие технические характеристики. В соответствии с программой и методикой в работе использованы визуальный, органолептический, инструментальный методы исследования.

**Результаты.** Выявлено, что 80% протестированной обуви не соответствует требованиям нормативно-технической документации. Для производителей обуви

сформулированы рекомендации по проектированию ортопедической обуви, реализуемой через торговые сети, заключающиеся в выполнении медико-технических требований, предъявляемые к ортопедической обуви при определенных патологических состояниях опорно-двигательного аппарата, то есть набор и параметры специальных ортопедических деталей должны соответствовать виду и степени выраженности деформации.

#### Список использованных источников

1. Ченцова К.И., Стопа и рациональная обувь// Изд. «Легкая индустрия», М. 1967
2. ГОСТ 54407 «Обувь ортопедическая. Общитехнические условия» 3ТУ8820-057-53279025-2016 «Обувь ортопедическая малосложная»

УДК 616-009.55

Лебедева Н.В.<sup>1</sup>, Козьякова О.А.<sup>2</sup>,  
Стрекалова С.А.<sup>2</sup>, Романенко Е.В.<sup>2,3</sup>,  
Адрианов А.В.<sup>1</sup>

### КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МИОТОНИЧЕСКОЙ ДИСТРОФИИ РОССОЛИМО-КУРШМАНА- ШТЕЙНЕРТА-БАТТЕНА У 11 МЕСЯЧНОГО РЕБЕНКА.

<sup>1</sup>ФГБУ ДПО Санкт-Петербургский институт  
усовершенствования врачей-экспертов.

<sup>2</sup>СПбГБУЗ Детская Городская Больница №22.

<sup>3</sup>ФГБОУ ВО СЗГМУ РФ  
им. И.И. Мечникова МЗ РФ.

Lebedeva N.V.<sup>1</sup>, Kosyakova O.A.<sup>2</sup>,  
Strekalova S.A.<sup>2</sup>, Romanenko E.V.<sup>2,3</sup>,  
Adrianov A.V.<sup>1</sup>.

### ACLINICAL CASE OF 11 MONTH MYOTONIC DYSTROPHY ROSSOLIMO-KURSHMANN- STEINERT-BATTENPATIENT.

<sup>1</sup>The Postgraduate Training Medical Experts Institute,  
Sankt- Petersburg, Russia.

<sup>2</sup>City Children Hospital #22, Sankt-Petersburg, Russia.

<sup>3</sup>North-Western State Medical University named after  
I.I Mechnikov, Sankt-Petersburg, Russia.

**Аннотация:** В статье приводится краткое сообщение о клиническом случае миотонической дистрофии 1 типа Штейнерта у 11 месячного ребенка и опыте реабилитации.

**Ключевые слова:** миотоническая дистрофия Россолимо-Куршманна-Штейнерта-Баттена, дети, реабилитация.

**Abstract:** The article describes a clinical case of 11 month myotonic dystrophy Rossolimo-Kurshmann-Steinert-Batten patient and her rehabilitation experience.

**Keywords:** Myotonic dystrophy Rossolimo-Kurshmann-Steinert-Batten, rehabilitation, children.

**Актуальность.** Дистрофические миотонии (ДМ) - группа наследственных мышечных заболеваний с аутосомно-доминантным типом наследования, клинически проявляющихся сочетанием миотонии и прогрессирующей атрофии скелетной мускулатуры, полисистемным характером поражения и выраженным клиническим полиморфизмом.

В настоящее время на основании клинической картины и молекулярно-генетической природы выделяют две формы ДМ, обозначаемые как ДМ 1-го и 2-го типов. Для ДМ 1 характерна антиципация, проявляющаяся утяжелением и более ранним дебютом болезни в каждом последующем поколении, особенно при наследовании от клинически больных матерей [1]. ДМ 1-го типа (атрофическая миотония Россолимо-Штейнерта-Баттена-Куршмана) - самая распространенная форма ДМ, средняя частота составляет 1:8000 населения [2].

**Цель исследования.** Анализ особенностей клинической картины, данных дополнительных исследований и изучение опыта реабилитации 11-месячной девочки, страдающей миотонической дистрофией Россолимо-Куршмана-Штейнерта-Баттена.

Больная Е., ребенок от 1 беременности, протекавшей с аппендэктомией на 23 неделе, угрозой прерывания на 28 неделе, на фоне многоводия, кольпита и пиелонефрита. Роды 1, преждевременные на 30\32 неделе с массой 1330 грамм с аспирацией околоплодных вод тяжелой степени. Оценка по шкале Апгар 3\5\7 баллов. Гистология плаценты: очаговый гнойный децидуит.

С первых часов жизни неврологическая симптоматика (выраженное снижение мышечного тонуса и рефлексов, выраженное ограничение активных движений в конечностях, нарушение глотания), кардиореспираторная недостаточность.

Была переведена в ДГБ №17, где получала активное лечение и питание микроструйно через зонд в течение 4 месяцев 3 недель. 3 месяца находилась на ИВЛ. В возрасте 1 месяца проведена ЭНМГ и выявлены признаки выраженного первично-мышечного поражения по данным игольчатой ЭМГ *m. biceps brachii*, *m. vastus lateralis*, *m. tibialis anterior*. ЭНМГ признаков повреждения мотонейронов передних рогов спинного мозга на уровне шейного и поясничного утолщения не выявлено. Выявленные ЭМГ данные характерны для проявления миопатии. Данных за СМА не получено.

В 1,5 месяца установлен диагноз: Миотоническая дистрофия Россоломо-Куршмана-Штейнерт-Баттена, 1 типа, (тяжелая неонатальная форма), генетически подтвержденный.

По заключению генетического обследования обнаружена экспансия CTG-повторов в гене DMPK при миотонической дистрофии 1 типа (ребенок):  
1) количество CTG-повторов в первой аллели гена DMPK - более 150 CTG-повторов  
2) количество CTG-повторов в второй аллели гена DMPK - 9 CTG-повторов  
Обнаружение экспансии CTG-повторов в гене DMPK при миотонической дистрофии 1 типа (мать):

1) количество CTG-повторов в первой аллели гена DMPK - 9 CTG-повторов  
2) количество CTG-повторов в второй аллели гена DMPK - более 150 CTG-повтор.

У матери девочки выявлена классическая форма миотонической дистрофии Россоломо-Куршмана-Штейнерт-Баттена с незначительно выраженными нарушениями (со школьного возраста отмечалась медлительность и мышечная слабость по сравнению со сверстниками, неврологом не наблюдалась, не обследована).

В возрасте 7 месяцев госпитализирована в неврологическое отделение ДГБ №22 с жалобами на грубую задержку психомоторного развития – практически отсутствует контроль позы головы, не переворачивается, активные движения в конечностях значительно ограничены, нарушение глотания. Состояние тяжелое за счет неврологической симптоматики и основного заболевания. Объективно: Кожа и слизистые бледные. Сердечные тоны ясные, систолический шум, частота 120 ударов в минуту. В легких дыхание поверхностное, частотой 44 в минуту. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Стул, диурез не нарушен. В неврологическом статусе – зрение и слух ориентировочно сохранены, сгибательно-разгибательные контрактуры голеностопных суставов, гипотрофии мышц конечностей, выраженная диффузная мышечная гипотония, сила мышц в конечностях снижено в мышцах проксимальных отделах конечностей до 3 баллов, в дистальных до 2 баллов. Сухожильные рефлексы снижены, симметричны. Чувствительность ориентировочно сохранена. Симптом Бабинского 2 сторон. Опора на носочки с поддержкой.

По данным нейросонографии: ультразвуковые признаки умеренных диффузных изменений структуры головного мозга в виде постгипоксических изменений, смешанной сообщающейся гидроцефалии, гипоплазии мозолистого тела, смещение срединных структур на 1 мм вправо. На ЭЭГ: умеренные диффузные изменения головного мозга без пароксизмальной и эпилептической активности. На рентгенограмме грудной клетки высокое стояние правого купола диафрагмы. Тень сердца резко расширена. КТИ 57%. ЭКГ – синусовый ритм с ЧСС 122 в минуту. Горизонтальная электрическая позиция, усиление электрической активности правого желудочка. ЭхоКГ с доплеровским анализом: Ложная хорда левого желудочка, усиление кровотока на легочной артерии.

Проведено лечение: церебролизин, витамин В1, верошпирон, элькар, пантогам, мотилиум, панкреатин, массаж общий №10,

парафин №10, ингаляции с беродуалом и пульмикортом.

Выписана с диагнозом: Миотоническая дистрофия 1 типа, Россолимо-Куршманна-Штейнерта-Баттена (тяжелая неонатальная форма). Перинатальное поражение ЦНС, гипоксически-ишемического генеза. Грубая задержка психо-моторного развития. Сгибательно-разгибательные контрактуры голеностопных суставов. Бронхо-легочная дисплазия, легкая форма. Парез правого купола диафрагмы. МАС: ложная хорда левого желудочка. НКО. Полип кардиального отдела желУДК а. При выписке даны рекомендации (пантогам, элькар, пульмикорт, беродуал, массаж), которые были выполнены.

В 11 месячном возрасте девочка вновь госпитализирована для реабилитации. При осмотре отмечается положительная динамика: находит яркую игрушку в поле зрения и следит за ней, поворачивая голову. На обращенную речь взрослого реагирует улыбкой. Интересуется игрушками, удерживает вложенную игрушку в руке. Улучшилось глотание и восстановился глоточный рефлекс. Может глотать, но необходимый объем пищи срыгивает, удерживает только при микроструйном зондовом введении. Вес 5020 грамм, длина 61 см. Голова долихоцефалической формы, в височной области «сплюснута», окружность головы 42 см. Увеличилось количество активных движений. Поднимает руки и ноги до угла в 300 в положении лежа. Сила мышц увеличилась до 3 баллов в дистальных отделах конечностей.

**Результаты и обсуждение.** В данном клиническом случае имеет место сочетанная неврологическая патология в виде перинатального поражения ЦНС гипоксически-ишемического генеза как

последствий патологически протекавшей беременности и преждевременных родов у ребенка с редкой генетической патологией – миотонической дистрофией Россолимо-Куршманна-Штейнерта-Баттена 1 типа. Генетический диагноз был подтвержден уже в 1,5 месяца. Проводилась комплексная реабилитация, что позволило достичь положительной динамики у ребенка с тяжелой медленно прогрессирующей мышечной патологией.

**Выводы:** Анализ данного случая показывает возможность достижения положительной динамики при раннем генетическом подтверждении диагноза миотонической дистрофией Россолимо-Куршманна-Штейнерта-Баттена, 1 типа, при проведении комплексной реабилитации.

#### Список литературы:

1. Курбатов С.А., Федотов В.П., Галеева и др. Случай дистрофической миотонии 1-го типа с утяжелением клиники по линии отца // *Анналы клинической и экспериментальной неврологии* 2015.- №2-С. 49-54.
2. Musova Z., Mazanec R., Krepelova A. et al. Highly unstable sequence interruptions of the CTG repeat in the myotonic dystrophy gene. *Am. J. Med. Genet* 2009; 149A: 1365-1374.

## Улучшение доступа к вспомогательным технологиям

Исполнительный совет,  
Рассмотрев отчет о вспомогательных технологиях<sup>1</sup>,

РЕКОМЕНДУЕТ Семьдесят первой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения принять следующую резолюцию:

Семьдесят первая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

Учитывая, что число людей, нуждающихся во вспомогательных технологиях вырастет от одного млрд до более, чем двух млрд из-за старения населения Земли и увеличения распространения неинфекционных заболеваний к 2050 году<sup>2</sup>;

Отмечая, что вспомогательные технологии позволяют и способствуют включению, участию и вовлечению людей с ограниченными возможностями, стареющего населения и людей с сопутствующим заболеваниями в семью, окружение и во все сферы жизни общества, включая политическую, экономическую и социальную сферы;

Напоминая, что 90% тех, кто нуждается во вспомогательных технологиях, не имеют к ним доступа, и это оказывает значительное неблагоприятное воздействие на образование, средства к существованию, здоровье и благополучие отдельных лиц, а также на семьи, окружение и общества<sup>3</sup>;

Также напоминая, что существует документ «Повестка дня для Устойчивого Развития 2030 года», конечной целью которого является идея «никого не оставить позади».

Признавая, что включение вспомогательных технологий в систему здравоохранения в соответствии с национальными приоритетами стран и контекстом имеет важное значение для реализации прогресса в направлении выполнения целевых показателей Целей Устойчивого Развития (ЦУР) в отношении всеобщего охвата здравоохранением, всестороннего, объективного и качественного образования, всеобъемлющего и устойчивого экономического роста, полной и производительной занятости и достойной работы для всех, сокращая неравенства внутри и среди стран путем расширения прав и возможностей социального, экономического и политического участия всех, обустройства городов и населенных пунктов всеохватывающими, безопасными и устойчивыми вспомогательными технологиями и обеспечения всеобщего и безопасного доступа к зеленым зонам и общественным местам, особенно для людей с ограниченными возможностями;

---

<sup>1</sup> Документ EB142/21.

<sup>2</sup> Всемирная Организация Здравоохранения, Всемирный Банк. Всемирный доклад об инвалидности. Женева. Всемирная Организация Здравоохранения; 2011.

<sup>3</sup> Документ EB142/21.

Напоминая о Конвенции Организации Объединенных Наций о Правах Инвалидов, согласно которой 175 Государства-Участника утвердили, среди прочего, обеспечить доступ к качественным вспомогательным технологиям по доступной цене (статья 20) и содействовать международному сотрудничеству (статьи 4, 20, 26 и 32) в поддержку национальных усилий по реализации целей и задач Конвенции;

Подчеркивая необходимость всеобъемлющего, устойчивого и многосекторального подхода к улучшению доступа к вспомогательным технологиям, которые отвечают стандартам безопасности и качества, установленными государственными и международными нормами, на национальном и межгосударственном уровнях;

Ссылаясь на резолюции WHA69.3 (2016), WHA67.7 (2014) и WHA66.4 (2013) и WHA70.13 (2017), в которых, соответственно, Ассамблея здравоохранения призывает государств-участников, среди прочего, улучшать доступ к вспомогательным технологиям для пожилых людей, людей с ограниченными возможностями и людей с потерей слуха или зрения;

Отмечая просьбу, высказанную Исполнительному комитету Региональным Комитетом ВОЗ по Восточному Средиземноморью в резолюции EM / RC63 / R.3 (2016) об улучшении доступа к вспомогательным технологиям, включить вспомогательные технологии в качестве пункта повестки дня Ассамблеи здравоохранения.

#### 1. НАСТОЯТЕЛЬНО ПРИЗЫВАЕТ Государств-Участников:

(1) разработать, осуществить и укрепить политику и программы, в случае необходимости, для улучшения доступа к вспомогательным технологиям в рамках всеобщего охвата услугами в области здравоохранения и / или социальных услуг;

(2) предоставить компетентные и подготовленные кадровые ресурсы для обеспечения и поддержки вспомогательных средств, доступных на всех уровнях здравоохранения и предоставления социальных услуг;

(3) обеспечить, чтобы пользователи вспомогательных технологий и лица, осуществляющие уход за ними, имели доступ к наиболее подходящим вспомогательным средствам и использовали их безопасно и эффективно;

(4) при необходимости, исходя из национальных потребностей и контекста, разработать национальный перечень приоритетных вспомогательных средств, которые являются доступными и экономически выгодными и отвечают минимальным стандартам качества и безопасности, опираясь на перечень приоритетных вспомогательных средств ВОЗ, как соответствующих и / или применимых;

(5) продвигать или инвестировать в исследования, разработки, инновации и дизайн средств, чтобы сделать существующие вспомогательные средства доступными, а также разрабатывать новое поколение средств, включая высококачественные или продвинутые вспомогательные технологии, используя преимущества универсального дизайна и новых научно обоснованных технологий, в сотрудничестве с научными кругами, общественными организациями, в частности с людьми с ограниченными возможностями и пожилыми людьми и их представительными организациями, и, в случае необходимости, с частным сектором;

(6) поддерживать международное и / или региональное сотрудничество в области производства, закупок и поставок приоритетных вспомогательных средств, гарантируя, что они остаются доступными в наличии и по цене в разных странах;

(7) собирать демографические данные о потребностях в области здравоохранения и долгосрочного ухода, в том числе о тех, которые могут быть удовлетворены с помощью вспомогательных технологий в целях разработки научно обоснованных стратегий, политики и всеобъемлющих программ;

(8) инвестировать средства в инклюзивные, свободные от барьеров условия жизни и содействовать их продвижению, чтобы все люди, которые нуждаются во вспомогательных технологиях, могли оптимально использовать их, чтобы жить независимо и безопасно и участвовать в полной мере во всех аспектах жизни;

(9) содействовать включению приоритетных вспомогательных средств и инклюзивных, свободных от барьеров условий жизни в рамках программ обеспечения готовности к ухудшению здоровья и реагирования на эти изменения;

## 2. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному Директору:

(1) к 2021 году подготовить глобальный отчет об эффективном доступе к вспомогательным технологиям в контексте комплексного подхода на основе наилучших имеющихся научных данных и международного опыта с участием всех соответствующих подразделений в Секретариате и в сотрудничестве со всеми заинтересованными сторонами, учитывая возможность создания Консультативной группы экспертов в рамках имеющихся ресурсов для этой цели;

(2) обеспечить необходимую техническую поддержку и наращивание потенциала для Государств-Участников в соответствии с национальными приоритетами в разработке национальных стратегий и программ в области вспомогательных технологий, включая закупки и финансирование, регулирование, подготовку кадров в области здравоохранения и социальных услуг, надлежащего предоставления услуг, и создания безбарьерной среды;

(3) оказывать техническую помощь и поддержку в создании потенциала странам, по их просьбе, для оценки целесообразности создания региональных или субрегиональных сетей производства, закупок и поставок вспомогательных технологий и платформ для сотрудничества;

(4) вносить вклад и, при необходимости, быть вовлеченными в разработку минимальных стандартов для приоритетных вспомогательных продуктов и услуг в целях повышения их безопасности, качества, экономической эффективности и уместности;

(5) составить отчет о прогрессе в осуществлении настоящей резолюции для Семьдесят пятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения и после этого представлять отчет Ассамблее здравоохранения каждые четыре года до 2030 года.

Десятое собрание, 26 января 2018

EB142/SR/10

== =

# РЕАБИЛИТАЦИЯ

## 2030

### призыв к действиям

#### Участники встречи «Реабилитация 2030: призыв к действиям» признают следующее:

- A. Масштабы неудовлетворенной потребности в реабилитационных услугах во всем мире, особенно в странах с низким и средним уровнем доходов, огромны.
- B. Вследствие глобальных тенденций в области здравоохранения и демографических изменений, таких как старение населения и увеличение числа людей, живущих с последствиями заболеваний и травм, спрос на реабилитационные услуги будет продолжать расти.
- C. Для достижения Целей в области устойчивого развития (ЦУР), а именно «обеспечения здорового образа жизни и содействия благополучию для всех в любом возрасте» (ЦУР 3) и «обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения, в том числе защиты от финансовых рисков, доступа к качественным основным медико-санитарным услугам и доступа к безопасным, эффективным, качественным и недорогим основным лекарственным средствам и вакцинам для всех» (ЦУР 3.8), необходимо расширить доступ к реабилитационным услугам.
- D. Реабилитационные услуги являются неотъемлемой частью охраны здоровья наряду с профилактикой, пропагандой здорового образа жизни, лечением и паллиативной помощью и должны рассматриваться в качестве ключевого компонента комплексного медицинского обслуживания.
- E. В реабилитационных услугах нуждаются люди всех возрастов, имеющие самые различные заболевания и формы инвалидности. Потребность в таких услугах ощущается на всех уровнях системы здравоохранения. Таким образом, реабилитационные услуги должны быть доступны всем нуждающимся, в том числе людям с ограниченными физическими возможностями.
- F. Реабилитационные услуги – это инвестиции в человеческий капитал, способствующие улучшению здоровья людей и экономическому и социальному развитию.
- G. Реабилитационные услуги очень важны для эффективного осуществления Глобальной стратегии и плана действий по проблемам старения и здоровья на 2016–2020 гг., Плана действий в области психического здоровья на 2013-2020 гг. и Рамочной программы по комплексным социально ориентированным

медицинским услугам, а также для реализации инициативы «Глобальное сотрудничество в области ассистивных технологий» (Global Cooperation on Assistive Technology, GATE).

- H. Текущие барьеры на пути развития и расширения доступа к реабилитационным услугам, с которыми сталкиваются страны, включают:
- i. недостаточное внимание со стороны правительств, которые ставят во главу угла другие приоритеты;
  - ii. отсутствие политики и планирования в области оказания реабилитационных услуг на национальном и субнациональном уровнях;
  - iii. в странах, где сектор реабилитационных услуг регулируется как министерством здравоохранения, так и министерством социального обеспечения, – недостаточная координация между этими ведомствами;
  - iv. отсутствие или ограниченность финансирования;
  - v. недостаток данных об удовлетворенных и неудовлетворенных потребностях в реабилитации;
  - vi. недостаточное количество и ограниченность навыков специалистов в области реабилитации;
  - vii. отсутствие реабилитационных средств и оборудования; а также
  - viii. недостаточная интеграция в систему здравоохранения.
- I. Существует острая необходимость в принятии согласованных глобальных действий по расширению доступа к качественным услугам реабилитации всеми заинтересованными сторонами, включая государства-члены и Секретариат ВОЗ, другие учреждения системы ООН, объединения потребителей и поставщиков реабилитационных услуг, финансирующие ведомства, профессиональные организации, научно-исследовательские заведения, а также неправительственные и международные организации.

**В свете вышеизложенного, участники обязуются осуществлять работу по перечисленным ниже десяти направлениям:**

1. Создание эффективных механизмов координации и поддержки усилий по расширению доступа к реабилитационным услугам на субнациональном, национальном и глобальном уровнях.
2. Совершенствование планирования в области оказания реабилитационных услуг на национальном и субнациональном уровнях, в том числе в рамках подготовки к чрезвычайным ситуациям и реагирования на них.
3. Усиление интеграции реабилитационных услуг в систему здравоохранения и укрепление межсекторных связей, чтобы эффективно удовлетворять потребности населения.
4. Обеспечение всеобщего доступа к реабилитационным услугам.
5. Построение моделей комплексной поставки реабилитационных услуг для постепенного обеспечения равного доступа к качественным услугам, в том числе ассистивным технологиям, для всех людей, в том числе проживающих в сельских и отдаленных районах.
6. Создание крупного многопрофильного контингента специалистов в области реабилитации с учетом специфики каждой страны, а также пропаганда концепции реабилитации на всех уровнях обучения работников сферы здравоохранения.
7. Расширение финансирования реабилитационных услуг через соответствующие механизмы.
8. Сбор информации, имеющей отношение к оказанию реабилитационных услуг, для совершенствования информационных систем сферы здравоохранения, включая общие данные по реабилитации и функционированию с использованием «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» (МКФ).
9. Нарастивание исследовательского потенциала и расширение доступности надежных данных по реабилитации.
10. Создание и укрепление сетей и партнерств в области оказания реабилитационных услуг, особенно между странами с низким, средним и высоким уровнем доходов.

## Алфавитный указатель авторов

Абдулрахим М.	170	Гашина О.В.	112
Абросимов А.В.	77	Герашенко Л.И.	31, 61, 64, 81
Адрианов А.В.	220	Гнездилова С.А.	125
Аларкос Съеса	27	Голованова Л.Е.	104
Андриевская А.О.	181, 191	Головин М.А.	164, 178, 178
Андрущенко Н. В.	114	Голубева Ю.Б.	180, 181, 219
Антонова Л.В.	163	Гордеева А. А.	79
Артамонова М.В.	188	Гордиевская Е.О.	146, 190
Балашова Л.М.	195	Горелова И.К.	180, 181, 219
Балякова А.А.	98	Горяйнов И.В.	103
Батискин С.А.	212	Горяинова М.В.	55, 56, 60, 155, 201
Беляева С.Н.	208, 211	Гречаный С.В.	214
Белянин О.Л.	175, 190	Григорьева М.И.	109
Бесаев Г.М.	170	Давыдов А.Т.	79, 113, 188
Бобошко М.Ю.	104	Даниленко Л.А.	113, 188
Бобрик Ю.В.	211	Даринская Л.Ю.	184
Боброва Я.В.	106	Деденева И.В.	55, 60, 155, 201
Божков И.А.	93	Деева И.В.	194
Большаков В.А.	175	Дементьева О.С.	183
Бронников В.А.	54, 106, 109, 196	Демина Э.Н.	68
Бурлуцкая М.Г.	65	Джомардлы Э.И.	165, 169
Буров Г.Н.	175, 178	Джумагулова А.Ф.	143
Бутко Д.Ю.	113, 188	Довгалюк А.З.	205
Васильченко Е.М.	41	Долгомирова Н.В.	54
Вечканова И.Г.	116	Доронина О.Е.	67, 102
Вискова К. А.	114	Дубровская Н.В.	203
Владимирова О.Н.	61, 64, 88, 93, 103, 176	Дудченко Л.Ш.	208
Власова-Розанская	207	Дэвид Бэйнс	69, 39
Волкова В.М.	161, 200	Ежов В.В.	208
Воловец С.А.	184	Ермоленко Т.В.	59, 61, 62, 64
Волошина Н.И.	217	Жданов Ю.И.	61, 62, 64, 113, 176
Гаевская О.Э.	193	Жигало А.В.	179
Гальянов А.А.	105	Житарева И.В.	184

Жукова Н. В.	158		110
Замилацкий Ю.И.	178	Любушкина Т.Л.	198
Зими́на Е.Л.	180, 219	Ляховецкая В.В.	194
Злоказов А.В.	47	Мартынов А. С.	77
Иосифова А.В.	134	Марусин Н.В.	174
Исаева Е.Р.	32	Масликова Г.Г.	208
Ишутина И.С.	105, 142	Медведская Д.Р.	45
Кантемирова Р.К.	127, 142	Минченко Н.Л.	170, 193
Капков Н.Р.	123	Митрошина Д.Н.	133
Карабцев С.Н.	123	Михайлов С.Н.	183, 183
Карапетян С.В.	180	Михайлова О.В.	185
Карасаева Л.А.	55, 56, 60, 155, 201, 203	Мкртчян Д.М.,	202
Кароль Е.В.	77, 203	Могилянцева Т.О.	186
Китаев Д.Г.	125	Морозов В.В.	179
Климашева С.Б.	204	Мустафин Р.Н.	67
Ковальчук С.И.	208	Мухаметшина А.В.	133
	110	Мясников И.Р.	56, 145
Кожемяченко Е.Н.	208	Наташа Алтин	71, 72
Кожушко Л. А.	88	Николаев В.Ф.	170, 191
Козьякова О. А.	220	Огородникова Е.А	104
Кольцов А.А.	165, 169, 172, 173,	Онохова Т.С.	47
Конев Е.К.	123	Орешков А.Б.	170
Коновалова Н.Г.	194	Павлова С.В.	55, 60, 155, 201
Костерина З.В.	204	Павлова Т. А.	214
Кошечкина Т.В.	99	Палаткин П.П.	202
Кралицына Е. Ю.	100	Першин А.А.	164
Красюк О.В.	122	Петрова Л. Е.	65
Кривенков С.Г.	127	Пирогова М.Е.	211
Крюкова Т. А.	80	Плотников М.С.	216
Кузьмин К. В.	65	Побута О.В.	185
Курнакова К.А.	167	Пономарев С.А.	102
Лайковская Е. Э.	65	Пономаренко Г.Н.	59
Лебедева Л.Н.	185	Попова Н. В.	77
Лебедева Н. В.	220	Радута В.И.	31, 38, 42, 61, 62, 64
Ли Н.Ю.	196	Разумовская А.М.	112
Ломоносова О.В.	61, 64, 107	Разумовский М.И.	112

Рачина Г.Б.	128	Сусляев В.Г.	174, 178, 176
Резник А.В.	209	Тиманькова Е.С.	214
Ричард Фиттон	87	Фидарова З.Д.	127, 142
Рогачева Т.В.	32	Филатов Е.В.	202
Рожко К.Н.	30	Хорошева Т.А.	123
Романенко Е. В.	220	Хорхе Летечипиа	75
Романова Н. А.	100	Хорькова О.В.	55, 60, 155, 201, 203
Рочева Я.С.	38, 117	Чернов В.А.	183
Рык В.А.	184	Чернякина Т.С.	31, 38, 42
Рябокоть А.Г.	67, 102	Чукардин В.А.	150, 156
Савченко В.М.	211	Чупряев В.А.	176
Самсоненко О.О.	203	Шабанова О.А.	168, 186
Сарана А.М.	93	Шайдаев Э.З.	189
Свинцов А.А.	31, 38, 42, 59, 85	Шведовченко И.В.	172, 173, 169, 189
Свиридова Е.О.	142	Шелепин Е.Ю.	98
Севастьянов М.А.	93	Шелепин К.Ю.	98
Сергеенко Е.Ю.	184	Шестаков В.П.	31, 38, 42
Скирмонт Е.И.	180, 219	Шестакова Е.В.	160
Скляренко Р.Т.	205	Шошмин А.В.	30, 88, 165, 167
Смирнова Л.М.	161, 174, 193	Щербина К.К.	176
Сокуров А.В.	59, 61, 62, 64, 176	Эдна Дэйвис	87
Соловьева В. А.	78	Этьен Круг	27
Сосунова Л. И.	65	Юрченко А.Ю.	172
Спиридонова В.С.	205	Яковлева В.А.	173
Старобина Е.М.	62, 126	Янковский В.М.	178, 191
Стрекалова С. А.	220	Яшинина Ю.А.	184
Струкова Н.В.	179		

## Index of autors

Abdulrahim M.	171	Deeva I.V.	194
Abrosimov A.V.	77	Dement'eva O. S.	183
Adrianov A.V.	220	Demina E.N.	68
Alarcos Cieza	27	Dolgomirova N.V.	54
Andrievskaya A.O.	182, 191	Doronina O.E.	67, 102
Andrushchenko N.V.	115	Dovgalyuk A.Z.	205
Antonova L.V.	163	Dubrovskaya N.V.	203
Artamonova M.V.	188	Dudchenko L.Sh.	208
Balashova L.M.	195	Dzhumagulova A.F.	143
Baliakova A.A.	98	Edna Davies	87
Batiskin S.A.	212	Ermolenko T.V.	59, 61, 62, 64
Belyaeva S.N.	208, 211	Etienne Krug	27
Belyanin O.L.	175, 190	Ezhov V.V.	208
Besaev G.M.	171	Fidarova Z.D.	127, 142
Boboshko M.Yu.	104	Filatov E.V.	202
Bobric Yu.V.	211	Gaevskaja O.J.	193
Bobrova J.V.	106	Galianov A.A.	105
Bolshakov V.A.	175	Gashina O.V.	112
Bozhkov I.A.	93	Gerashchenko L.I.	31, 61, 64, 81
Bronnikov V.A.	54, 106, 109, 196	Gnezdilova S.A.	125
Burlutskaya M.G.	65	Golovanova L.E.	104
Burov G.N.	175, 178	Golovin M.A.	164, 178, 178
Butko D.Y.	113, 188	Golubeva J.B.	180, 182, 219
Carol E.V.	77	Gordeeva A.A.	79
Chernov. V.A.	183	Gordievskaya E.O.	146, 190
Chernyakina T.S.	31, 38, 42	Gorelova I. K.	180, 182, 219
Chukardin V.A.	150, 156	Goryainov I.V.	103
Chupryaev V.A.	176	Goryainova M.V.	55, 56, 60, 155, 201
Danilenko L.A.	113, 188	Grechanyi S.V.	214
Darinskaya L.Yu.	184	Grigoreva M.I.	109
David Banes	39, 69	Hor'kova O.V.	55, 60, 155, 201, 203
Davydov A.T.	79, 113, 188	Iosifova A.V.	134
Dedeneva I.V.	55, 60, 155, 201	Isaeva E. R.	33

Ishutina I.S.	105, 142	Marusin N.V.	174
Jomardli E.I.	165, 169	Maslikova G.G.	208
Jorge Letechipia	75	Medvedskaya D.R.	45
Kantemirova R.K.	127, 142	Mikhailov S. N.	183, 183
Kapkov N.R.	123	Mikhailova O.V.	185
Karabtcev S.N.	123	Minchenko N.L.	171, 193
Karapeyian S. V.	180	Mitroshina D.N.	133
Karasaeva L.A.	55, 56, 60, 155, 201, 203	Mkrtchyan D.M.	202
Karol E.V.	203	Mogilyanceva T.O.	187
Khorosheva T.A.	123	Morozov V.V.	179
Kitaev D.G.	125	Mukhametshina A.V.	133
Klimasheva S.B.	204	Mustafin R.N.	67
Koltsov A.A.	165, 169, 172,	Myasnikov I.R.	56, 145
Konev E.K.	123	Natasha Altin	71, 73
Konovalova N.G.	194	Nikolaev V.F.	171, 191
Koshechkina T.V.	99	Ogorodnikova E.A.	104
Kosterina Z.V.	204	Onohova T.S.	47
Kosyakova O.A.	220	Oreshkov A.B.	171
Kovalchuk S.I.	208	Palatkin P.P.	202
Kozhemyachenko E.N.	208	Pavlova S.V.	55, 60, 155, 201
Kozhevnikova E.V.	110	Pavlova T.A.	214
Kozhushko L.A.	88	Pershin A.A.	164
Kralytsyna E. Y.	100	Petrova L.E.	65
Krasiuk O.V.	122	Pirogova M.E.	211
Krivenkov S.G.	127	Plotnikov M.S.	216
Kryukova T. A.	80	Pobuta O.V.	185
Kurnakova K.A.	167	Ponomarenko G.N.	59
Kuzmin K.V.	65	Ponomarev S.A.	102
Laykovskaya E.E.	65	Popova N.V.	77
Lebedeva L.N.	185	Rachina G.B.	128
Lebedeva N.V.	220	Raduto V.I.	31, 38, 42, 61, 62, 64
Li N.U.	196	Razumovskaya A.M.	112
Lomonosova O.V.	61, 64, 107	Razumovskiy M.I.	112
Lorer V.V.	110	Reznik A.V.	209
Lyakhovetskaya V.V.	194	Riabokon A.G.	67, 102
Lyubushkina T.L.	198	Richard Fitton	87

Rocheva Ya.S.	38, 117	Starobina E.M.	62, 126
Rogacheva T. V.	33	Strekalova S.A.	220
Romanenko E. V.	220	Strukova N.V.	179
Romanova N.A.	100	Suslyayev V.G.	174, 176, 178
Rozhko C.N.	30	Svintsov A.A.	31, 38, 42, 59,
Ryk V.A.	184	Sviridova E.O.	142
Samsonenko O.O.	203	Timankova E.S.	214
Sarana A.M.	93	Ulasava-Razanskaya A.V.	207
Savchenko V.M.	211	Urchenko A.U.	172
Scherbina K.K.	176	Vasilchenko E.M.	41
Schwedovchenko I.V.	172, 173, 169,	Vechkanova I.G.	116
Sergeenko E. Yu.	184	Viskova K.A.	115
Sevastianov M.A.	93	Vladimirova O.N.	61, 64, 88, 93, 103, 176
Shabanova O.A.	168, 187	Volkova V.M.	161, 200
Shaidaev E.	189	Voloshina N.I.	217
Shelepin E.Y.	98	Volovets S.A.	184
Shelepin K.Y.	98	Yakovleva V.A.	173
Shestakov V.P.	31, 38, 42	Yankovskij V.M.	178, 191
Shestakova E.V.	160	Yashinina Yu.A.	184
Shoshmin A.V.	30, 88, 165, 167	Zamilatchkiy Yu.I.	178
Skirmont E.I.	180, 219	Zhdanov Yu.I.	61, 62, 64, 113, 176
Sklyarenko R.T.	205	Zhigalo A.V.	179
Smirnova L.M.	161, 174, 193	Zhitareva I.V.	184
Sokurov A.V.	59, 61, 62, 64,	Zhukova N.V.	158
Soloveva V.A.	78	Zimina E.L.	180, 219
Sosunova L.I.	65	Zlokazov V.A.	47
Spiridonova V.S.	205		

## **Технологии реабилитации: наука и практика**

### *Материалы Международной научной конференции.*

Глав. ред. д-р мед. наук, проф., Г.Н.Пономаренко;  
ред. коллегия: канд. биол. наук. А.В. Шошмин,  
канд. мед. наук Н.Н. Лебедева, канд. псих. наук В. В. Лорер

Подписано в печать 23.04.2018 г.  
Печать цифровая. Бумага офсетная.  
Формат 60x84 <sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Объем 15 п.л.  
Заказ № 2304/18 Тираж 300 экз.  
Отпечатано в типографии ООО «ЦИАЦАН»  
Санкт-Петербург, пр. Ударников, 38/2, пом. 460

ISBN 978-5-6040914-8-7



9 785604 091487