

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

**II НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ**

**РЕАБИЛИТАЦИЯ – XXI ВЕК:
ТРАДИЦИИ И ИННОВАЦИИ**

Сборник статей



Санкт-Петербург
12–13 сентября 2018 года

УДК 364

ББК 67.305

Реабилитация – XXI век: традиции и инновации: сборник статей II Нац. конгр. с межд. участием, Санкт-Петербург, 12-13 сентября 2018 года / Минтруд России; [Глав. ред. д-р мед. наук, проф. Г.Н. Пономаренко; ред. коллегия: д-р мед. наук, проф. Г.В. Помников канд. мед. наук Е.М. Васильченко, канд. мед. наук, доц. О.Н. Владимирова, канд. биол. наук А.В. Шошмин, К.Н.Рожко]. ООО «ЦИАЦАН», ООО «Р-КОПИ» – СПб., 2018. – 348 с.

ISBN 978-5-6041675-1-9

В сборнике статей II Национального конгресса с международным участием «Реабилитация – XXI век: традиции и инновации» представлены работы, 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, применения инновационных технологий в травматологии и ортопедии и применения ассестивных технологий.

Конгресс проведен в рамках реализации перечня основных мероприятий государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011-2020 годы.

Представленные в сборнике статьи 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:

Помников Г.В. – доктор медицинских наук, профессор, ректор ФГБУ ДПО СПИУВЭК Минтруда России

Васильченко Е.М. – кандидат медицинских наук, и.о. генерального директора ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России

Владимирова О.Н. – кандидат медицинских наук, доцент, директор Института реабилитации и абилитации инвалидов ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России

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

Рожко К.Н. – научный сотрудник отдела международных классификаций и систем реабилитации и абилитации (Сотрудничающий центр ВОЗ) Института реабилитации и абилитации инвалидов ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России

ISBN 978-5-6041675-1-9

© Минтруд России, 2018
© ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, 2018
© ООО «Р-КОПИ», 2018

THE MINISTRY OF LABOUR AND SOCIAL PROTECTION OF THE RUSSIAN
FEDERATION

FEDERAL STATE BUDGETARY INSTITUTION
“FEDERAL SCIENTIFIC CENTRE OF REHABILITATION OF DISABLED
PEOPLE NAMED AFTER G.A. ALBRECHT”
OF THE MINISTRY OF LABOUR AND SOCIAL PROTECTION OF THE
RUSSIAN FEDERATION

**II NATIONAL CONGRESS WITH
INTERNATIONAL PARTICIPATION
REHABILITATION – XXI CENTURY:
TRADITIONS AND INNOVATIONS**

Articles



St. Petersburg
12–13 September 2018

Rehabilitation – XXI century: Traditions & Innovations: Proceedings of the II National Congress (Articles) with international participation, St. Petersburg, 12-13 September 2018 / The Ministry of Labour of Russia; [Chief Ed. Dr. Med. Sci., Prof. G.N.Ponomarenko; Ed. board: Dr. Med. Sci., Prof. G.V.Pomnikov, Ph.D in Medicine E.M.Vasilchenko, Ph.D in Medicine O.N. Vladimirova, Ph.D in Biology, A.V.Shoshmin, K.N.Rozhko]. OOO «CIACAN», OOO «R-COPY» - St. Petersburg., 2018. – 348 p.

ISBN 978-5-6041675-1-9

Proceedings of the II National Congress with international participation “Rehabilitation – XXI century: Traditions & Innovations” contain articles and summarizing findings in the fields of implementation of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, contemporary disability model, the pilot project on forming the system of comprehensive (re)habilitation of persons with disabilities and children with disabilities, early childhood interventions, rehabilitation of persons with disabilities, , evaluation of rehabilitation outcomes, implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health, interagency cooperation while disability assessment and rehabilitation of persons with disabilities, of implementation of innovative technologies in traumatic surgery and orthopaedics and implementation of assistive technologies.

The Congress was held according to the main activities list of the State Programme of the Russian Federation “Accessible Environment” for 2011-2020.

The proceedings aim at professionals at institutions of medical-social expertise, rehabilitation, education, social protection, early childhood intervention and employment services.

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 board:

Pomnikov G.V. – Doctor of Medical Sciences, Professor, Rector of the Federal State Budgetary Institution of Additional Professional Education "St. Petersburg Institute for Advanced Expert Physicians" of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation

Vasilchenko E.M. – Ph. D in Medicine, Acting Director of the Federal State Budgetary Institute “Scientific and Practical Centre for Medical and Social Expertise and Rehabilitation of the Disabled in Novokuznetsk” of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation

Vladimirova O.N. - Ph. D in Medicine, Associate professor, Director of the Institute of Rehabilitation and Habilitation of the Disabled of FSBI FSCRD n.a. G.A. Albrecht of the Ministry of Labour of Russia

Shoshmin A.V. – Ph. D in Biology, Head of the Department of International Classifications and Systems of Rehabilitation and Habilitation (the WHO-FIC Collaborating Centre) of the Institute of Rehabilitation and Habilitation of the Disabled of FSBI FSCRD n.a. G.A. Albrecht of the Ministry of Labour of Russia

Rozhko K.N. – Researcher of the Department of International Classifications and Systems of Rehabilitation and Habilitation (the WHO-FIC Collaborating Centre) of the Institute of Rehabilitation and Habilitation of the Disabled of FSBI FSCRD n.a. G.A. Albrecht of the Ministry of Labour of Russia

ISBN 978-5-6041675-1-9



Участникам II национального
конгресса «Реабилитация – XXI
век: традиции и инновации»

**Сердечно приветствую участников, гостей и организаторов
II НАЦИОНАЛЬНОГО КОНГРЕССА
«РЕАБИЛИТАЦИЯ - XXI ВЕК: ТРАДИЦИИ И ИННОВАЦИИ»!**

Проведение подобных мероприятий способствует выработке новых эффективных методов реабилитации и социальной интеграции инвалидов, а также демонстрирует активную позицию заинтересованных органов власти и организаций в их поддержке, позволяет участвовать в жизни общества и влиять на происходящие в нем процессы.

Государством принимаются меры для того, чтобы инвалиды получали необходимую помощь и поддержку, жили наполненной и активной жизнью.

Вопросы поддержки инвалидов, включая вопросы создания для них доступной среды, реабилитации, являются одной из основных задач государственной социальной политики, решение которой во многом зависит от эффективной совместной работы.

В рамках государственной программы «Доступная среда» с 1 января 2016 года в Российской Федерации начата реализация новой подпрограммы, направленной на совершенствование комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов, уделяющей особое внимание вопросам реабилитации, доступности для инвалидов реабилитационных и абилитационных услуг.

В пилотных регионах - Пермском крае и Свердловской области, продолжается отработка подходов к эффективной организации межведомственного взаимодействия, практическому применению разработанных проектов методических и нормативных документов, оценка возможности их внедрения в работу организаций, занимающихся реабилитацией инвалидов.

Уверен, проведение Конгресса позволит выработать стратегические приоритетные направления развития реабилитации в России до 2025 года, а решения Конгресса лягут в основу конструктивных предложений по совершенствованию действующего законодательства, рекомендаций по консолидации участников, определят оптимальные пути решения проблем, способствующие эффективному развитию отрасли.

Желаю всем участникам Конгресса интересного общения, творческих успехов, плодотворной работы и конечно же крепкого здоровья и благополучия!

**Заместитель Министра
труда и социальной
защиты Российской
Федерации
Г.Г. Лекарев**

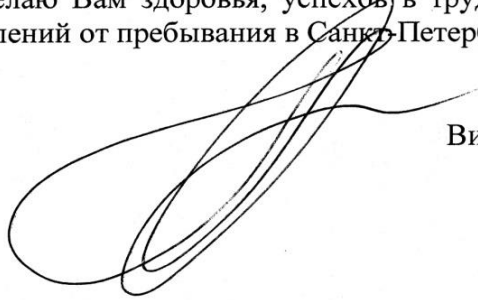
Участникам
II Национального конгресса с международным участием «Реабилитация -
XXI век: традиции и инновации»

От имени Правительства Санкт-Петербурга сердечно приветствую участников и организаторов II Национального конгресса с международным участием «Реабилитация - XXI век: традиции и инновации». Участие специалистов по реабилитации в конгрессе позволит реализовать важные профессиональные стремления, передачу знаний, обучение, повышение квалификации.

Убеждена, что проводимый в Санкт-Петербурге конгресс будет способствовать дальнейшему совершенствованию системы реабилитации и реабилитационных услуг с учетом международных стандартов и программ Всемирной организации здравоохранения.

Огромный интерес к проводимому конгрессу обусловлен инновационной реабилитационной направленностью с участием известных в России и в мире российских и зарубежных ученых.

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



Вице - Губернатор Санкт-Петербурга
А.В. Митянина

Оглавление

РАЗДЕЛ 1. ФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ И ДЕТЕЙ ИНВАЛИДОВ. ПИЛОТНЫЙ ПРОЕКТ. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

О МЕРАХ, ПРИНЯТЫХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИЕЙ ПО ИСПОЛНЕНИЮ ПОЛОЖЕНИЙ КОНВЕНЦИИ О ПРАВАХ ИНВАЛИДОВ (ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ)

Радуту В.И., Свинцов А. А., Шестаков В.П., Чернякина Т.С. 21

СИСТЕМА МОНИТОРИНГА СОБЛЮДЕНИЯ ПРАВ ИНВАЛИДОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ВЫПОЛНЕНИЮ ПОЛОЖЕНИЙ КОНВЕНЦИИ ООН О ПРАВАХ ИНВАЛИДОВ

Свинцов А. А., Шестаков В. П., Чернякина Т. С., Радуту В. И. 24

МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ГОСУДАРСТВЕННОГО МОНИТОРИНГА СОБЛЮДЕНИЯ ПРАВ ИНВАЛИДОВ

Чернякина Т.С. , Шестаков В.П., Свинцов А.А., Радуту В.И. 28

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРАВА СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ ИНВАЛИДОВ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ НА СОЦИАЛЬНОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ НА ДОМУ

Балашова Л. М. 31

СОБЛЮДЕНИЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА О СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЕ ИНВАЛИДОВ: ПРОБЛЕМЫ ПРАВОПРИМЕНИТЕЛЬНОЙ ПРАКТИКИ

Жаворонков Р. Н. 34

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ФОРМИРОВАНИЯ ТИПОВОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ СУБЪЕКТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Шошмин А.В., Владимирова О.Н. 39

УКРЕПЛЕНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ: ОТ АНАЛИЗА СИТУАЦИИ ДО РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА

Бойа Нуграха, Кристоф Гутенбруннер 43

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ, ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ В ПЕРМСКОМ КРАЕ

Бронников В.А., Григорьева М.И., Складная К.А. 45

ПРОБЛЕМНЫЕ АСПЕКТЫ МАРШРУТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ: РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПРОГРАММА ИЛИ РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ УСЛУГА?

Бронников В.А., Григорьева М.И., Складная К.А. 51

ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ ТЕХНОЛОГИЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ, ОСНОВАННАЯ НА МЕЖВЕДОМСТВЕННОМ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ

Осипов С. А. 57

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД ОРГАНИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

Цветкова И. В., Бердникова Н. Ю. 61

ОПЫТ ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ПОДХОДА К ОКАЗАНИЮ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЯМ С ОНКОЗАБОЛЕВАНИЕМ В УЧРЕЖДЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

М.Е. Кокорева, А.Ф. Карелин, Г.Я. Цейтлин 64

ПОТРЕБНОСТЬ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ В РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ
МЕРОПРИЯТИЯХ, УСЛУГАХ, ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВАХ СОЦИАЛЬНОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ

Копыток А.В. 67

РАЗДЕЛ 2. СОЦИАЛЬНАЯ И ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И АБИЛИТАЦИЯ
ИНВАЛИДОВ

ПОЛИТИКА В ОТНОШЕНИИ ИНВАЛИДОВ, КАК РАВНОПРАВНОЕ ВКЛЮЧЕНИЕ ИХ В
СОЦИАЛЬНУЮ ТВОРЧЕСКУЮ ЖИЗНЬ

Дирксен Н. В. 71

МОНИТОРИНГ ДОСТУПНОСТИ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ РАЗЛИЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
СОПРОВОЖДАЕМОГО ПРОЖИВАНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кожушко Л.А., Владимирова О.Н. 75

ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ И ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ СОПРОВОЖДАЕМОГО ПРОЖИВАНИЯ

Демина Э.Н. Джавид О.С. Портова Л.З. 78

ОПЫТ СОПРОВОЖДАЕМОГО (ПОДДЕРЖИВАЕМОГО) ПРОЖИВАНИЯ ИНВАЛИДОВ В
САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ: ПРАКТИКА И ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО

Лемке Н.П. 83

ПРИНЦИПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.
ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

Кантемирова Р.К. 87

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКАЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ
ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С БОЕВЫМИ РАНЕНИЯМИ

Иванов А. Л. 94

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРАВА ИНВАЛИДОВ НА ОБРАЗОВАНИЕ

Мюллер Н. В. 101

ОБ ОБЕСПЕЧЕНИИ РАВНОГО ДОСТУПА К ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ И
ТРУДОУСТРОЙСТВУ ИНВАЛИДОВ В ПРОЦЕССЕ РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ
ПРОГРАММЫ «ДОСТУПНАЯ СРЕДА»

Старобина Е. М. 106

НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ ПСИХОЛОГА С РОДСТВЕННИКАМИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ
ИНСУЛЬТ

А. В. Котельникова, А. А. Кукшина 109

ОЦЕНКА СПОСОБНОСТИ К ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С
МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Кантемирова Р.К., Фидарова З.Д., Ишутина И.С., Зальнова И.А., Шоферова С.Д., Майорова О.В. 114

ПСИХОДИНАМИЧЕСКИЙ И ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

Солецкий В. В. 116

АКТУАЛЬНОСТЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ БАРЬЕРОВ ПРИ СОСТАВЛЕНИИ
ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОДНИМ И ДВУМЯ
ИМПЛАНТИРОВАННЫМИ СУСТАВАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Разуванов А.И., Емельянцева Т.А., Шнигир А.А. 120

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ АПК «ШУФРИД» И ТРАДИЦИОННЫХ ПАТО/НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДИК В ФКУ «ГБ МСЭ ПО НОВГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ» МИНТРУДА РОССИИ

Терентьева С. М., Райкова Н.Ф. 125

СТРУКТУРА НАРУШЕНИЙ СПОСОБНОСТИ К САМООБСЛУЖИВАНИЮ У ПОЛУЧАТЕЛЕЙ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ В СТАЦИОНАРНОЙ ФОРМЕ

Кондрахин Р.А., Федоров Н.В., Дьячков Д.Г., Вуичич Н.Д., Орлова И.А., Федорович А.Н. 129

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПОСЛЕ ШУНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Полонская И. И., Сергеева В. В. 132

СОЦИАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА «СИНДРОМА ВЫГОРАНИЯ» У СОЦИАЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ

Катаева Е. А., Джуриная Л. Ф. 135

ФОРМИРОВАНИЕ ГОТОВНОСТИ К ТРУДОУСТРОЙСТВУ У ОБУЧАЮЩИХСЯ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Романенкова Д.Ф. 139

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕХАНИЗМА СОЦИАЛЬНОГО ПАРТНЕРСТВА В РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВА НА ТРУД ЛИЦ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ

Лабейко О.А. 142

К ВОПРОСУ О СОЗДАНИИ УСЛОВИЙ ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ И ОБЕСПЕЧЕНИЯ ИХ ТРУДОВОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАНЯТОСТИ

Симакова В. И., Макарова Л. В. 145

СТИМУЛЫ ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ СТАТЬИ 27 КПИ – НЕКОТОРЫЕ ИДЕИ О МЕЖДУНАРОДНОМ АСПЕКТЕ ПРИМЕНЕНИЯ

Фридрих Мехрхофф 150

ПРОЕКТ БАЗОВОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ «ЭФФЕКТИВНЫЕ КАДРЫ РЕГИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ИНКЛЮЗИВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Куклина В. Ю., Красновская Г. Н. 153

ИНКЛЮЗИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ: ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ СРЕДНЕГО ОБЩЕГО И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Иосифова А. В. 159

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ СПЕЦИАЛИСТОВ ОРГАНОВ ЗАНЯТОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ПО ПОДДЕРЖКЕ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВА ИНВАЛИДОВ

Чукардин В. А. 166

РАЗДЕЛ 3. РЕАБИЛИТАЦИЯ И АБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ. РАННЯЯ ПОМОЩЬ

ПЕРСПЕКТИВНАЯ МОДЕЛЬ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ РАННЕЙ ПОМОЩИ В ПЕРМСКОМ КРАЕ

Бронников В.А., Григорьева М.И. 171

О ФОРМИРОВАНИИ ПРАВОВЫХ ОСНОВ ОРГАНИЗАЦИИ РАННЕЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ИХ СЕМЬЯМ

Ломоносова О.В., Владимирова О.Н., Свинцов А.В., Старобина Е.М., Сокуров А.В., Ермоленко Т.В. 176

СТАТИСТИЧЕСКИЙ ИНСТРУМЕНТАРИЙ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА РЕАЛИЗАЦИЕЙ КОНЦЕПЦИИ РАЗВИТИЯ РАННЕЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	
Ишутина И.С., Гальянов А.А., Старобина Е.М., Владимирова О.Н.....	179
БАЗОВЫЕ НАБОРЫ МКФ В РАННЕЙ ПОМОЩИ	
Лорер В.В. Шошмин А.В.	182
ДЕТИ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ, ПЕРЕХОДЯЩИЕ ВО ВЗРОСЛУЮ ЖИЗНЬ: СИСТЕМАТИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА	
Андреа Мартунци, Сильвия Пиццигело.....	186
О РЕАЛИЗАЦИИ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЫ «АУТИЗМ. МАРШРУТЫ ПОМОЩИ» В ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ	
Сергеева О.В.	192
ОПЫТ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ УСЛУГ РАННЕЙ ПОМОЩИ	
Григорова Ю. А., Щукина Е. Ф.....	197
УСТАНОВЛЕНИЕ ИНВАЛИДНОСТИ ДЕТЯМ В ВОЗРАСТЕ ОТ 0 ДО 3 ЛЕТ КАК ЭТАП РАННЕЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ	
Доронина О.Е., Рябоконе А.Г., Кулинич Т.С., Туаршева С.М.....	199
РАННЯЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ, РЕАБИЛИТАЦИЯ И АБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	
Пыхтина Н.Н., Гонцова Е.В., Лудкова А.Ю.	202
ПРИНЦИПЫ ОПТИМИЗАЦИИ КОРРЕКЦИИ ДИЗАРТРИИ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧЕМ	
Бобрик Ю.В., Андрусева И.В. Ткач В. В.....	206
ФОРМИРОВАНИЕ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИННОВАЦИОННЫХ РОССИЙСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ	
Литус А.Ю., Феськов Г.П., Шошина Е.А., Образцова А.А.	209
РАЗДЕЛ 4. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ. САНАТОРНО-КУРОРТНЫЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ	
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ В ТУБЕРКУЛЕЗНОМ САНАТОРИИ	
Лозовская М.Э., Осипова М.А., Сулова Г.А.....	212
ЛЕЧЕБНЫЕ ЭФФЕКТЫ СКАНДИНАВСКОЙ ХОДЬБЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	
Крысюк О.Б., Кантемирова Р.К., Фидарова З.Д.	215
САНАТОРНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОДРОСТКОВ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ СОЦИАЛЬНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ	
Карасев Г. Г., Лозовская М.Э., Власова Е.Ю.....	217
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ ВИРТУАЛЬНОЙ РЕАЛЬНОСТИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	
Бутко Д.Ю., Иванов Д.О., Давыдов А.Т., Сергеева Т.В.....	220
ПРИМЕНЕНИЕ ТРЕНАЖЕРА «НОВОЕ ДЫХАНИЕ» НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА	
Ежов В.В., Мизин В.И., Дышко Б.А., Царев А.Ю., Платунова Т.Е.....	224

РАННЯЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧЕК	
Власова-Розанская Е.В.....	228
РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА	
Потемкина С.В., Николаев В. Ф., Андриевская А. О., Смирнова Л.М.....	231
ИЗУЧЕНИЕ ОТНОШЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ К РЕГУЛЯРНЫМ ЗАНЯТИЯМ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ И СПОРТОМ	
Курникова М. В.	234
ПОИСК ОПТИМАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ЭКСПЕРТНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОМ СКОЛИОЗЕ	
Осипов Ю.В.	236
ПРИМЕНЕНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ГИМНАСТИКИ В ПРОЦЕССЕ АДАПТИВНОГО ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ	
Заходякина К. Ю.....	242
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ В ТУБЕРКУЛЕЗНОМ САНАТОРИИ	
Лозовская М.Э., Осипова М.А., Сусллова Г.А.	246
САНАТОРНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОДРОСТКОВ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ СОЦИАЛЬНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ	
Карасев Г. Г., Лозовская М.Э., Власова Е.Ю.....	249
АРТ-ТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ	
Катаева Е. А., Гроховская О. И.	252
ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО ДВИГАТЕЛЬНОГО РЕЖИМА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ АМПУТАЦИЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ	
Кантемирова Р.К., Свиридова Е.О., Бурнос А.А., Фидарова З.Д., Сусляев В.Г., Поворинский А.А.	255
ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПО ПРИЧИНЕ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО АТЕРОСКЛЕРОЗА	
Свиридова Е.О., Кантемирова Р.К., Герасимова Г.В., Дорошев А.П., Фидарова З.Д., Сусляев В.Г.	259
МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ	
Чапко И.Я., Филиппович А.Н., Перкова В.Е.	261
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА	
Погольская М.А., Виноградская З.В.....	265
МЕТОД ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА С УЧЕТОМ ОЦЕНКИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА (ВЫСОКОГО, СРЕДНЕГО И НИЗКОГО) ПО КОДАМ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ (МКФ)	
Емельянцева Т.А., Марушкина А.В., Невмержицкая Т.А.	267
ПРИНЦИПЫ ОПТИМИЗАЦИИ КОРРЕКЦИИ ДИЗАРТРИИ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧЕМ	
Ткач В.В., Бобрик Ю.В., Андрусева И.В.....	273

КОРРЕЛЯЦИОННЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ
ВСЛЕДСТВИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА, ПРОШЕДШИХ ПЕРКУТАННУЮ
ТРАНСЛЮМИНАЛЬНУЮ КОРОНАРНУЮ АНГИОПЛАСТИКУ НА ОСНОВЕ
МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ
ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ

Гальянов А.А., Ишутина И.С. 276

РАЗДЕЛ 5. АССИСТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

ОТ СТРАТЕГИИ К ПРАКТИКЕ. ВНЕДРЕНИЕ ПЕРЕДОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЭКОСИСТЕМУ
ДОСТУПА

Дэвид Бэйнс 280

ПЕРЕДОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ УДОВЛЕТВОРЕНИЯ НУЖД ЛЮДЕЙ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ
ОТНОСИТЕЛЬНО ЭКОСИСТЕМНОГО ПОДХОДА К УСПЕШНОМУ ПРИМЕНЕНИЮ

Дэвид Бэйнс 289

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Гордиевская Е.О. Миронова М.Р. 298

АНАЛИЗ КОМПЕНСАТОРНЫХ ДВИЖЕНИЙ В ОТДЕЛАХ ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ
ДВИЖЕНИИ ПО ПАНДУСУ В ИНВАЛИДНОМ КРЕСЛЕ-КОЛЯСКЕ

Головин М.А., Скребенков Е.А., Кольцов А.А. 303

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У
ПАЦИЕНТОВ С ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПОЯСНИЧНО-
КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕХНИЧЕСКИХ
СРЕДСТВ РЕАБИЛИТАЦИИ

Потёмкина С.В., Громакова С.В., Ишутина И.С., Поворинский А.А., Сеницын И.В. 306

МОНИТОРИНГ СОБЛЮДЕНИЯ ПРАВ ИНВАЛИДОВ - РОЛЬ СЕМЬИ, ГОСУДАРСТВЕННЫХ,
ЭЛЕКТРОННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ, ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ
НАЦИЙ И СТАНДАРТОВ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ
В ПОДДЕРЖКУ ГРАЖДАН, НУЖДАЮЩИХСЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ

Ричард Фиттон, Ивонн Беннетт 309

РАЗДЕЛ 6. ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРОТЕЗТРОВАНИЯ И ОРТЕЗИРОВАНИЯ

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО АППАРАТА НА НИЖНИЕ КОНЕЧНОСТИ И
ТУЛОВИЩЕ НА БИОМЕХАНИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ХОДЬБЫ У ДЕТЕЙ СО
СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА НА
ПРОГРАММНО- АППАРАТНОМ КОМПЛЕКСЕ NAVILEST

Белянин О.Л., Кольцов А.А., Джомардлы Э.И., Марусин Н.В. 312

ОПИСАНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ В ПРОТЕЗИРОВАНИИ СИСТЕМЫ
АКТИВНЫХ ПАЛЬЦЕВ VINCENT SYSTEMS В СЛУЧАЯХ ЧАСТИЧНОЙ АМПУТАЦИИ
КИСТИ. РАЗРАБОТКА ТЕХНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ИЗГОТОВЛЕНИЯ ПРОТЕЗА
КИСТИ С ВНЕШНИМ ИСТОЧНИКОМ ЭНЕРГИИ

Монахова М.И., Киракозов Л.Р., Менжулова Е.А. 317

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ
ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Белянин О.Л. 319

РАЗДЕЛ 7. ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОСТАНОВИТЕЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНАЛГЕЗИИ ПОСЛЕ ОСТЕОТОМИЙ ПОЗВОНОЧНОГО СТОЛБА У ДЕТЕЙ	
Першин А. А., Османов С. Л., Нагорнов С. Н., Митякова О. Н.	326
СПОСОБНОСТЬ К САМОКОРРЕКЦИИ ОСАНКИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СКОЛИОЗА	
Федотова З.И., Коганова А.Б., Першин А.А.	328
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ПАРАЛИТИЧЕСКИМИ СТЕНОЗАМИ ГОРТАНИ	
Кривопапов А.А., Степанова Ю.Е., Брайко И.И., Тимошенский Е.В., Рабик Ю.Д., Щемелинина Т.И., Шамкина П.А.	331
ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ НА НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА У ИНВАЛИДОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ	
Полонская И. И, Сергеева В. В.	336
РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВЫХ ТРАВМ	
Громакова С.В., Николаев В.Ф., Андриевская А.О., Герасимова Г.В.	339
РАЗДЕЛ 8. МАРКЕТИНГ В РЕАБИЛИТАЦИИ	
МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ МАРКЕТИНГА РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА	
Гордеева А.А., Давыдов А.Т.	343

Table of Contents

CHAPTER 1. FORMATION OF THE SYSTEM OF THE COMPREHENSIVE REHABILITATION AND HABILITATION OF DISABLED PEOPLE AND CHILDREN. PILOT PROJECTS.

ORGANIZATIONAL AND LEGISLATIVE ASPECTS OF REHABILITATION

ON MEASURES ADOPTED BY THE RUSSIAN FEDERATION ON THE IMPLEMENTATION OF THE PROVISIONS OF THE CONVENTION ON THE RIGHTS OF PERSONS WITH DISABLED PEOPLE (LEGAL ASPECTS)

Raduto V.I., Svintsov A. A., Shestakov V. P., Chernyakina T.S. 21

MONITORING SYSTEM OF THE COMPLIANCE OF THE RIGHTS OF DISABLED PEOPLE IN THE RUSSIAN FEDERATION TO IMPLEMENT THE PROVISIONS OF THE UN CONVENTION ON THE RIGHTS OF THE DISABLED

Svintsov A. A., Shestakov V. P., Chernyakina T. S., Raduto V. I. 24

METHODICAL BASES OF THE STATE MONITORING OF RESPECT FOR THE RIGHTS OF DISABLED PEOPLE

Chernyakina T.S., Shestakov V.P., Svintsov A. A., Raduto V. I. 28

REALIZATION OF THE RIGHT OF FAMILIES RAISING DISABLED CHILDREN WITH MULTIPLE DISABILITIES FOR RECEIVING SOCIAL SERVICES AT HOME

Balashova L.M. 31

THE OBSERVANCE OF THE LEGISLATION ON SOCIAL PROTECTION OF PERSONS WITH DISABILITIES: PROBLEMS OF ENFORCEMENT PRACTICE

Zhavoronkov R. N. 34

MAIN PRINCIPLES OF FORMATION OF A MODEL PROGRAMME OF REHABILITATION IN A REGION OF THE RUSSIAN FEDERATION

Shoshmin A.V., Vladimirova O.N. 39

STRENGTHENING REHABILITATION MEDICINE: FROM SITUATION ANALYSIS TO PROJECT IMPLEMENTATION

Boya Nugraha, Christoph Gutenbrunner 43

STRUCTURALLY AND FUNCTIONAL MODEL OF SOCIAL REHABILITATION AND HABILITATION OF DISABLED PEOPLE AND DISABLED CHILDREN IN THE PERM REGION

Bronnikov V.A., Grigoreva M.I., Sklyannaya K.A. 45

CHALLENGES OF ROUTING IN PATIENTS WITH DISABILITY: REHABILITATION PROGRAM OR REHABILITATION SERVICES?

Bronnikov V.A., Grigorieva M.I., Sklyannaya K.A. 51

PRACTICE OF USING THE TECHNOLOGIES OF REHABILITATION OR HABILITATION FOR DISABLED PEOPLE, BASED ON THE INTERAGENCY COOPERATION

Osipov S. A. 57

A COMPREHENSIVE APPROACH TO THE REHABILITATION OF DISABLED PERSONS

Tsvetkova I.V., Berdnikova N.U. 61

EXPERIENCE OF POLYPROFESSIONAL APPROACH TO RENDERING MEDICO-SOCIAL REHABILITATION TO CHILDREN WITH AN ONCOLOGICAL DISEASE IN HEALTHCARE INSTITUTION

Kokoreva, A.F. Karelin, G.Ya. Tseitlin. 64

THE NEEDS OF PERSONS WITH DISABILITIES IN REHABILITATION ACTIVITIES, SERVICES, TECHNICAL MEANS OF SOCIAL REHABILITATION

Kapytok A.V.....	67
CHAPTER 2. SOCIAL AND PROFESSIONAL REHABILITATION AND HABILITATION OF DISABLED PEOPLE	
POLICY TOWARDS PEOPLE WITH DISABILITIES, AS EQUAL INCLUSION IN SOCIAL CREATIVE LIFE	
Dirksen N.V.....	71
MONITORING ACCESSIBILITY FOR DISABLED PERSONS OF VARIOUS TECHNOLOGIES OF ACCOMPANIED RESIDENCE IN THE RUSSIAN FEDERATION	
Kozhushko L. A., Vladimirova O. N.	75
DOMESTIC AND FOREIGN EXPERIENCE FOLLOWED BY A STAY	
Demina E. N., Javed O. S.,Portova L.Z.	78
EXPERIENCE OF ACCOMPANIED (SUPPORTED) RESIDENCE OF DISABLED PEOPLE IN ST. PETERSBURG: PRACTICE AND LEGISLATION	
Lemke N. P.....	83
PRINCIPLES OF REHABILITATION OF PATIENTS OF SENIOR AND SENIOR AGE. INDIVIDUALIZATION OF REHABILITATION ACTIVITIES	
Kantemirova R.K.	87
MILITARY-MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF SERVICEMEN WITH COMBAT WOUNDS RECEIVED	
Ivanov A.L.....	94
REALIZATION OF THE RIGHT OF DISABLED PEOPLE FOR EDUCATION	
Mueller N. V.....	101
ABOUT ENSURING EQUAL ACCESS TO PROFESSIONAL DEVELOPMENT AND EMPLOYMENT OF DISABLED PEOPLE IN THE COURSE OF IMPLEMENTATION OF THE STATE PROGRAM «ACCESSIBLE ENVIRONMENT»	
Starobina E.M.....	106
AREAS OF WORK OF THE PSYCHOLOGIST WITH RELATIVES OF PATIENTS WHO HAVE HAD A STROKE	
A. V. Kotelnikova, A. A. Kukshina.....	109
EVALUATION OF ABILITY TO PSYCHOLOGICAL ADAPTATION IN PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME IN THE PROCESS OF REHABILITATION	
Kantemirova R.K., Fidarova Z.D., Ishutina I.S., Zalnova I.A., Shoferova S.D., Mayorova O.V.	114
PSYCHODYNAMIC AND PHENOMENOLOGICAL APPROACH IN THE PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF DISABLED PEOPLE	
Soletskiy V.V.	116
THE RELEVANCE OF PSYCHOLOGICAL BARRIERS IN THE PREPARATION OF INDIVIDUAL REHABILITATION PROGRAMS IN PATIENTS WITH ONE AND TWO IMPLANTED JOINTS OF THE LOWER LIMBS	
Razuvanau A.I., Yemelyantsava T.A., Shnihir A.A.....	120
A COMPARATIVE ANALYSIS OF THE APPLICATION OF THE APS «SCHUHFRIED» AND TRADITIONAL PATHO/NEUROPSYCHOLOGICAL METHODS IN FGI «CB MSE ON THE NOVGOROD AREA» OF MINTRUD OF RUSSIA	
Terenteva S.M., Raykova N.F.	125

STRUCTURE OF IMPAIRED ABILITY TO SELF-SERVICE OF THE RECIPIENTS OF SOCIAL SERVICES IN STATIONARY FORM IN THE NURSING HOME	
R.A. Kondrakhin, N.V. Fedorov, D.G. Dyachkov, N.D. Vuichich, I.A. Orlova, A.N. Fedorovich.....	129
THE QUALITY OF LIFE AS AN INDICATOR OF THE EFFICIENCY OF REHABILITATION WITH CORONARY HEART DISEASE AND CORONARY ARTERY BYPASS GRAFTING	
Polonskaya I. I., Sergeyeva V. V.....	132
SOCIAL PREVENTION OF "BURNOUT SYNDROME" IN SOCIAL WORKERS	
Kataeva E. A., Dzhurinskaya L. F.....	135
FORMATION OF READINESS FOR EMPLOYMENT OF STUDENTS WITH DISABILITIES WHO OBTAIN PROFESSIONAL EDUCATION	
Romanenkova D.F.....	139
POSSIBILITIES OF USING THE MECHANISM OF SOCIAL PARTNERSHIP IN THE REALIZATION OF THE RIGHT TO WORK OF PERSONS WITH DISABILITY	
Labeiko O. A.	142
ON CREATING THE ENVIRONMENT FOR REINTRODUCTION OF PERSONS WITH DISABILITIES TO PROFESSIONAL PRACTICE AND EXPANDING OPPORTUNITIES FOR THEIR EMPLOYMENT AND SUPPORTED OCCUPATION	
Simakova V.I., Makarova L.V.	145
INCENTIVES FOR THE IMPLEMENTATION OF ART. 27 UN-CRPD – SOME IDEAS FOR RUSSIA FROM THE INTERNATIONAL PERSPECTIVE	
Friedrich Mehrhoff ^{1,2}	150
THE PROJECT OF THE BASIC PROFESSIONAL EDUCATIONAL ORGANIZATION "EFFECTIVE STAFF OF THE REGIONAL SYSTEM OF THE INCLUSIVE PROFESSIONAL EDUCATION»	
Kuklina V. Y., Krasnovskaya G. N.	153
INCLUSIVE EDUCATION: THE CONTINUITY OF SECONDARY GENERAL AND VOCATIONAL EDUCATION	
Iosifova A.V.	159
SOME FEATURES OF THE WORK OF SPECIALISTS OF EMPLOYMENT AGENCIES TO SUPPORT THE ENTREPRENEURSHIP OF PERSONS WITH DISABILITIES	
Chukardin V. A.	166
CHAPTER 3. REHABILITATION AND HABILITATION OF CHILDREN. EARLY CHILDHOOD INTERVENTION	
PERSPECTIVE MODEL OF DEVELOPMENT OF THE EARLY HELP SYSTEM IN PERM REGION	
Bronnikov V.A., Grigoreva M.I.....	171
ABOUT THE CREATION OF A LEGAL FRAMEWORK THE ORGANIZATION OF THE EARLY HELP TO CHILDREN AND THEIR FAMILIES	
Lomonosova O. V., Vladimirova O. N., Svintsov A. V., Starobina E. M., Sokurov A.V., Ermolenko T. V.	176
STATISTICAL TOOLS FOR MONITORING THE IMPLEMENTATION OF THE CONCEPT OF DEVELOPMENT OF EARLY AID IN THE RUSSIAN FEDERATION	
Ishutina I. S, Galyanov A. A., Starobina E.M., Vladimirova O.N.	179
THE ICF CORE SETS IN EARLY CHIDHOOD INTERVENTION	
Lorer V.V., Shoshmin, A.V.	182

CHILDREN WITH DISABILITY TRANSITIONING INTO ADULTHOOD: A SYSTEMATIC CHALLENGE	
Andrea Martinuzzi, Silvia Pizzighello.....	186
ON THE IMPLEMENTATION OF THE INTEGRATED PROGRAMME «AUTISM. ROUTES HELP» IN VORONEZH REGION	
Sergeeva O.V.....	192
EXPERIENCE OF INTERDEPARTMENTAL INTERACTION IN THE PROVISION OF EARLY CARE SERVICES	
Grigороva J. A., Shchukina E. F.....	197
ASSIGNMENT OF DISABILITY OF CHILDREN AGED 0 TO 3 YEARS AS A STAGE OF EARLY INTERVENTION FOR CHILDREN	
Doronina O.E., Riabokon A.G., Kulinich T.S., Tuarsheva S.M.....	199
HELPING INFANT CHILDREN, REHABILITATION AND ABILITATION OF DISABLED PEOPLE. CLINICAL CASE	
Pykhtina N.N., Gontsova E.V., Ludkova A. Y.....	202
PRINCIPLES OF OPTIMIZATION OF CORRECTION OF DYSARTRIA IN PATIENT REHABILITATION BY CHILDREN CEREBRAL PARALYSIS	
Bobrik Yu.V., Andrusheva I.V. Tkach V.V.	206
DEVELOPMENT OF A PROGRAM FOR THE REHABILITATION OF CHILDREN WITH MOTOR DISABILITIES USING INNOVATIVE RUSSIAN TECHNOLOGIES	
Litus A.Y., Feskov G. P., Shoshina E. A., Obraztsova A.A.....	209
CHAPTER 4. PHYSICAL AND REHABILITATION MEDICINE. RESORT STAGE OF REHABILITATION	
CHAPTER 4. PHYSICAL AND REHABILITATION MEDICINE. RESORT STAGE OF REHABILITATION	
EVALUATION OF LIFE QUALITY IN THE COURSE OF CHILDREN REHABILITATION IN TUBERCULAR SANATORIUM	
Lozovkaya M.E., Osipova M.A., Suslova G.A.	212
THERAPEUTIC EFFECTS OF THE SCANDINAVIAN WALK IN THE REHABILITATION OF WOMEN OF AGE	
Krysyuk, O.B., Kantemirova R.K., Fidarova Z.D.....	215
SANATORIUM REHABILITATION OF ADOLESCENTS WITH TUBERCULOSIS ACCORDING TO THEIR SOCIAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTIC	
Karasev G.G., Lozovkaya M.E., Vlasova E.YU.	217
THE USE OF VIRTUAL REALITY METHODS IN REHABILITATION OF CHILDREN AND ADOLESCENTS	
Butko D.Y. , Ivanov D.O., Davydov A.T. , Sergeeva T.V.....	220
APPLICATION OF SIMULATORS "NEW BREATH" ON SANATORIUM STAGE OF REHABILITATION OF PATIENTS WITH CHRONIC BRAIN ISCHEMIA	
Ezhov V.V., Mizin V.I., Dishko B.A., Tsarev A.Y., Platunova T.E.....	224
EARLY REHABILITATION OF PATIENTS AFTER KIDNEY TRANSPLANTATION	
Ulasava-Razanskaya A. V.	228
REHABILITATION OF PATIENTS AFTER HIP JOINT REPLACEMENT	

Potemkina S.V., Nikolaev V. F., Andrievskaya A. O., Smirnova L.M.	231
STUDYING THE CHILDREN WITH DISABILITIES PARENTS ATTITUDE TO REGULAR ACTIVITIES IN ADAPTIVE PHYSICAL CULTURE AND SPORTS	
Kurnikova M.V.	234
THE SEARCH FOR THE OPTIMAL SYSTEM OF EXPERT-REHABILITATION DIAGNOSTICS OF IDIOPATHIC SCOLIOSIS	
Osipov Y.V.	236
THE USE OF RESPIRATORY GYMNASTICS IN THE PROCESS OF ADAPTIVE PHYSICAL EDUCATION OF CHILDREN WITH SEVERE SPEECH DISORDERS	
Zakhodyakina K.Y.	242
EVALUATION OF LIFE QUALITY IN THE COURSE OF CHILDREN REHABILITATION IN TUBERCULAR SANATORIUM	
Lozovkaya M.E., Osipova M.A., Suslova G.A.	246
SANATORIUM REHABILITATION OF ADOLESCENTS WITH TUBERCULOSIS ACCORDING TO THEIR SOCIAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTIC	
Karasev G.G., Lozovkaya M.E. , Vlasova E.YU.	249
ART THERAPY IN REHABILITATION OF DISABLED PEOPLE	
Kataeva E. A., Grokhovskaya O. I.	252
THE CHOICE OF THE OPTIMAL MODE OF THE MOTOR IN PATIENTS WHO CARRIED THE AMPUTATION OF THE LOWER LIMBS AT THE REHABILITATION STAGE	
Kantemirova R.K., Sviridova E.O., Burnos A.A., Fidarova Z.D., Suslyayev V.G., Povorinsky A.A.	255
PHYSICAL REHABILITATION OF PATIENTS AFTER AMPUTATION OF LOWER LIMBS ON THE REASON OF TARGET ATHEROSCLEROSIS	
Kantemirova R.K., Sviridova E.O., Gerasimova G.V., Suslyayev V.G., Doroshev A.P., Fidarova Z.D.	259
FEATURES OF THE PROGRAM FOR THE REHABILITATION OF PATIENTS WITH SYMPTOMATIC EPILEPSY	
Chapco I. Ya., Fillipovich A.N., Perkova V.E.	261
FUNCTIONAL APPROACH TO THE REHABILITATION OF PATIENTS WITH DISEASES OF THE MUSCULOSKELETAL SYSTEM	
Pogolskaya M. A, Vinigradskaya Z.V.	265
THE METHOD OF DIFFERENTIATED COMPLEX MEDICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIC DISORDERS, TAKING INTO ACCOUNT THE EVALUATION OF THE REHABILITATION POTENTIAL (HIGH, MEDIUM AND LOW) ACCORDING TO THE CODES OF THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH (ICF)	
Yemelyantsava T.A., Marushkina A.V., Neumiarzhytskaya T.A.	267
PRINCIPLES OF OPTIMIZATION OF CORRECTION OF DYSARTRIA IN PATIENT REHABILITATION BY CHILDREN CEREBRAL PARALYSIS	
Tkach V.V., Bobrik Yu.V., Andruseva I.V.	273
CORRELATION ANALYSIS BETWEEN THE INDICATORS IN ASSESSMENT OF REHABILITATION RESULTS OF THE DISABLED DUE TO CORONARY HEART DISEASE WHO UNDERWENT PERCUTANEOUS TRANSLUMINAL CORONARY ANGIOPLASTY CONSIDERING THE PROVISIONS OF THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING , DISABILITY AND HEALTH	

Galianov A.A., Ishutina I.S.....	276
CHAPTER 5. ASSISTIVE TECHNOLOGIES	
FROM POLICY TO PRACTICE. INTEGRATING EMERGING TECHNOLOGIES INTO THE ACCESS ECOSYSTEM	
David Banes.....	280
EMERGING TECHNOLOGIES TO ADDRESS THE NEEDS OF PEOPLE WITH A DISABILITY TOWARDS AN ECOSYSTEM APPROACH TO SUCCESSFUL IMPLEMENTATION	
David Banes.....	289
INNOVATIVE APPROACHES TO PSYCHOLOGICAL REHABILITATION	
Gordievskaya E. O. , Mironova M. R.	298
SPINE COMPENSATORY MOVEMENTS ANALYSIS DURING MOVEMENT ON THE RAMP IN A WHEELCHAIR	
Golovin M.A., Skrebenkov E.A. Koltsov A.A.....	303
EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF REHABILITATION MEASURES IN PATIENTS WITH DEGENERATIVE-DYSTROPHIC DISEASE THE LUMBAR-SACRAL SPINE WITH THE USE OF TECHNICAL MEANS OF REHABILITATION	
Potemkina S. V., Gromakova S. V., Ishutina I. S., Povorinsky A. A., Sinitsyn I. V.	306
MONITORING OF OBSERVANCE OF RIGHTS OF THE DISABLED - THE ROLE OF THE FAMILY, STATE, ELECTRONIC HEALTH RECORDS, UNITED NATIONS AND THE UNITED NATIONS STANDARDS FOR REHABILITATION IN THE SUPPORT OF CITIZENS REQUIRING REHABILITATION	
Richard Fitton, Yvonne Bennett.....	309
CHAPTER 6. INNOVATIVE TECHNOLOGIES OF PROSTHESIS AND ORTHOSIS	
EVALUATION OF THE EFFECT OF ARTICULATED ORTHOPAEDIC ORTHOSIS ON BIOMECHANICAL PARAMETERS OF WALKING IN CHILDREN WITH SPASTIC FORMS OF CEREBRAL PALSY ON THE HARDWARE-SOFTWARE COMPLEX HABILECT	
Belyanin O.L., Koltsov A.A., Dzhomardly E.I., Marusin N.V. PRIMARY	312
DESCRIPTION AND PROSPECTS OF APPLICATION IN PROSTHETICS OF THE SYSTEM OF ACTIVE FINGERS VINCENT SYSTEMS IN CASES OF PARTIAL AMPUTATION OF THE HAND. DEVELOPMENT OF THE TECHNOLOGICAL PROCESS OF MANUFACTURING A PROSTHETIC HAND WITH AN EXTERNAL SOURCE OF ENERGY	
Monakhova M.I., Kirakozov L.R., Menzhulova E.A.	317
INTEGRATED ASSESSMENT FUNCTIONAL EFFICIENCY UPPER-LIMB PROSTHESES	
O. L. Belyanin	319
CHAPTER 7. INNOVATIVE TECHNOLOGIES OF RECONSTRUCTIVE SURGERY	
EFFICACY OF EPIDURAL ANALGESIA AFTER SPINAL OSTEOTOMY IN CHILDREN	
Andrey Pershin, Samir Osmanov, Sergey Nagornov, Olga Mityakova	326
ABILITY OF POSTURE 3D-SELF-CORRECTION AFTER SCOLIOSIS SURGICAL TREATMENT	
Fedotova Z.I., Koganova A.B., Pershin A.A.....	328
INTERDISCIPLINARY REHABILITATION OF PATIENTS WITH CHRONIC PARALYTIC STENOSIS OF THE LARYNX	
Krivopalov A.A., Stepanova J.E., Brayko I.I., Timoshenskiy E.V., Rabik J.D., Chshemelinina T.I., P.A.Shamkina.....	331

THE IMPACT OF COMORBID PATHOLOGY OF THE DISTURBANCE OF BODY FUNCTIONS OF
DISABLED PERSONS WITH CORONARY HEART DISEASE AFTER CARDIO-SURGERY
TREATMENT

Polonskaya I. I., Sergeyeva V. V..... 336

REHABILITATION OF PATIENTS AFTER VERTEBRAL-SPINAL CORD INJURIES

Gromakova S. V., Nikolaev V. F., Andrievskaya A. O., Gerasimova G. V..... 339

CHAPTER 8. MARKETING IN REHABILITATION

THE ROLE OF THE REHABILITATION ORGANIZATION SITE IN COMMUNICATION WITH
PATIENTS

Gordeeva A.A., Davydov A.T. 343

РАЗДЕЛ 1. ФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ И ДЕТЕЙ ИНВАЛИДОВ. ПИЛОТНЫЙ ПРОЕКТ. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

CHAPTER 1. FORMATION OF THE SYSTEM OF THE COMPREHENSIVE REHABILITATION AND HABILITATION OF DISABLED PEOPLE AND CHILDREN. PILOT PROJECTS. ORGANIZATIONAL AND LEGISLATIVE ASPECTS OF REHABILITATION

УДК -341.1/8-342.7

О МЕРАХ, ПРИНЯТЫХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИЕЙ ПО ИСПОЛНЕНИЮ ПОЛОЖЕНИЙ КОНВЕНЦИИ О ПРАВАХ ИНВАЛИДОВ (ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ)

Радуту В.И.¹, Свинцов А. А.^{1,2}, Шестаков В.П.¹, Черныкина Т.С.^{1,2}

¹ ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России

² Государственное бюджетное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Россия, Санкт-Петербург

ON MEASURES ADOPTED BY THE RUSSIAN FEDERATION ON THE IMPLEMENTATION OF THE PROVISIONS OF THE CONVENTION ON THE RIGHTS OF PERSONS WITH DISABLED PEOPLE (LEGAL ASPECTS)

Raduto V.I.¹, Svintsov A .A.^{1,2}, Shestakov V. P.¹, Chernyakina T.S.^{1,2}

¹ Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled n.a. G.A. Albrecht" of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation

² Federal state budgetary institution of the higher education "The northwest state medical university of I.I. Mechnikov" of the Ministry of Health of the Russian Federation

Russia, St.Petersburg

Аннотация: В статье проводится обзор нормативных правовых актов принятых в Российской Федерации в 2014-2018 годах с целью реализации положений Конвенции ООН о правах инвалидов.

Abstract. The article reviews the normative legal acts adopted in the Russian Federation in 2014-2018 in order to implement the provisions of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities.

Ключевые слова: Конвенция ООН о правах инвалидов, реализация положений Конвенции, законодательство Российской Федерации.

Key words. UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, implementation of the provisions of the Convention, legislation of the Russian Federation.

Российская Федерация подписала 5 августа 2008 г.¹ Международный договор - Конвенцию ООН о правах инвалидов² (далее - Конвенция) и ратифицировала ее Федеральным законом от 3 мая 2012 г. N 46-ФЗ³.

¹ О подписании Конвенции о правах инвалидов / распоряжение Президента Российской Федерации от 5 августа 2008 г. N 450-рп // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 2008. – N 32, ст. 3785.

² О правах инвалидов / Конвенция от 13 декабря 2006 г. // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 2013. – N 6, ст. 468.

³ О ратификации Конвенции о правах инвалидов / Федеральный закон от 3 мая 2012 г. N 46-ФЗ // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 2012. – N 19, ст. 2280.

В литературе встречаются отдельные публикации, посвященные Конвенции [6], рассматриваются возможности и перспективы внедрения ее в России [4]. Изучены проблемы международно-правового регулирования и международные обязательства Российской Федерации по соблюдению прав инвалидов [2, 5], обозначены проблемы инвалидов и защиты их социальных прав [3], исследованы причины дискриминации инвалидов в обществе, анализируется эффективность выполнения требований Конвенции о правах инвалидов [1].

Российская Федерация, согласно пункту 1 статьи 35 Конвенции, представляет Комитету ООН всеобъемлющий доклад о мерах, принятых для осуществления своих обязательств, чем и определяется актуальность систематического наблюдения за исполнением положений Конвенции.

Целью исследования является анализ и оценка соответствия положениям Конвенции нормативных правовых актов, принятых в 2014-2018 гг. федеральными органами исполнительной власти и органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

Применен комплекс общенаучных методов: аналитический, сравнительный, системный, а также специальные методы: формально-юридический, сравнительно-правовой.

Результаты исследования

В исследовании обозначены концептуальные нововведения, внесенные в законодательство с целью приведения в соответствие с положениями Конвенции.

В рамках реализации Конвенции в 2014-2018 годах было принят ряд законодательных актов, основополагающим из которых является системный Закон о выполнении Конвенции⁴.

Основной целью указанного закона является установление, исходя из норм Конвенции, системы обязанностей и полномочий органов власти по определению порядков обеспечения для инвалидов условий доступности объектов и услуг, а также оказания им помощи в реализации всех общегражданских прав в основных сферах жизнедеятельности.

Закон о выполнении Конвенции содержит базовые нормы, направленные на формирование системы оказания инвалидам помощи при пользовании объектами и при получении услуг. В нем заложена правовая основа для формирования в Российской Федерации правоприменительной практики по пресечению дискриминации по признаку инвалидности.

Реализация норм Закона о выполнении Конвенции позволит улучшить условия интеграции в общество не только для 12,9 млн инвалидов, но для широкого круга других маломобильных граждан (оценочно до 40 млн человек).

Практические меры по реализации Конвенции, а также положений Закона о выполнении Конвенции нашли свое отражение в пролонгации государственной программы «Доступная среда»⁵, которая предусматривает реализацию комплекса мероприятий, позволяющих обеспечить беспрепятственный доступ к приоритетным объектам и услугам в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов и других маломобильных групп населения, а также совершенствование механизма предоставления услуг в сфере реабилитации, включая решение вопросов образования и занятости инвалидов, и государственной системы медико-социальной экспертизы в целях реализации их прав и основных свобод, что будет способствовать полноценному участию инвалидов в жизни страны.

Исполнению Российской Федерацией обязательств по Конвенции должно также способствовать законодательное закрепление:

- предоставления субъектам Российской Федерации права введения критериев нуждаемости при определении мер социальной поддержки⁶;
- вопросов социального обслуживания⁷;

⁴ О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов / Федеральный закон от 1 декабря 2014 г. N 419-ФЗ // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 2014. – N 49, ч. 1, ст. 6928.

⁵ Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011 - 2020 годы / постановление Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2015 г N 1297 // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 2015. – N 49, ст. 6987.

⁶ О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части учета и совершенствования предоставления мер социальной поддержки исходя из обязанности соблюдения принципа адресности и применения критериев нуждаемости / Федеральный закон от 29 декабря 2015 г. N 388-ФЗ // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 2016. – N 1, ч.1, ст. 8.

⁷ Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации / Федеральный закон от 28 декабря 2013 г. N 442-ФЗ // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 2013. – N 52, ч.1, ст. 7007.

- совершенствования системы государственного контроля и надзора за выполнением требований к доступности для инвалидов объектов и услуг⁸;
- проведения независимой оценки качества оказания услуг

На подзаконном уровне необходимо отметить инициативы Президента Российской Федерации в части совершенствования государственной политики в сфере защиты детства⁹, определения национальных целей и стратегических задач развития Российской Федерации¹⁰, а также формирующуюся правовую базу в области оказания ранней помощи¹¹.

Заключение

Принятые в Российской Федерации законы и иные нормативные правовые акты конкретизируют международно-правовые нормы и принципы социальной политики в отношении инвалидов применительно к российским условиям. Практическая реализация положений Конвенции осуществляется в рамках государственной программы «Доступная среда» и других федеральных и региональных программ. Они создают основу активной социальной политики государства в отношении лиц с ограниченными возможностями здоровья и совершенствования правового регулирования и практической деятельности в сфере социальной защиты, реабилитации и социальной интеграции инвалидов.

Список литературы

1. Глотов С.А., Ходусов А.А. Международно-правовые основы защиты социальных прав инвалидов // Безопасность бизнеса. – 2016. - N 5. - С.26-32.
Glotov S.A., Hodusov A.A. Mezhdunarodno-pravovye osnovy zashity socialnyh prav invalidov // Bezopasnost biznesa. – 2016. - N 5. - S.26-32.
2. Жаворонков Р.Н. Конвенция о правах инвалидов: критический анализ / Р. Н. Жаворонков // Журнал зарубежного законодательства и сравнительного правоведения. – 2012. - № 5. – 102-112.
Zhavoronkov R.N. Konvenciya o pravah invalidov: kriticheskiy analiz / R. N. Zhavoronkov // Zhurnal zarubezhnogo zakonodatelstva i sravnitel'nogo pravovedeniya. – 2012. - № 5. – 102-112.
3. Ильинская, О. И. Международно-правовые аспекты защиты инвалидов / О. И. Ильинская // Журнал российского права. – 2013. - N 10. – 97-106.
Ilyinskaya, O. I. Mezhdunarodno-pravovye aspekty zashity invalidov / O. I. Ilyinskaya // Zhurnal rossijskogo prava. – 2013. - N 10. – 97-106.
4. Клепиков А.В., Шаталова Е.Ю. Конвенция о правах инвалидов: возможности и перспективы внедрения в России // «SPERO» Социальная политика: экспертиза, рекомендации, обзоры. - 2009. - № 11. - С. 133-148.
Klepikov A.V., Shatalova E.Yu. Konvenciya o pravah invalidov: vozmozhnosti i perspektivy vnedreniya v Rossii // «SPERO» Socialnaya politika: ekspertiza, rekomendacii, obzory. - 2009. - № 11. - S. 133-148.
5. Лыхина, Т. А. Инвалидность с точки зрения современного международного права // Бизнес в законе. - 2010. - №2. - С. - 148-153.
Lyhina, T. A. Invalidnost s tochki zreniya sovremennogo mezhdunarodnogo prava // Biznes v zakone. - 2010. - №2. - S. - 148-153.
6. Овсяк А.А. Конвенция ООН о правах инвалидов важный договор для защиты уязвимых групп населения / А.А. Овсяк // Юрист-международник. - №3. - 2007. - С. 35-40.
Ovsiuk A.A. Konvenciya OON o pravah invalidov vazhnyj dogovor dlya zashity uyazvimykh grupp naseleniya / A.A. Ovsiuk // Yurist-mezhdunarodnik. - №3. - 2007. - S. 35-40.

⁸ О внесении изменений в Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» / Федеральный закон от 7 июня 2017 г. N 116-ФЗ // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 2017. – N 24, ст. 3485.

⁹ Об объявлении в Российской Федерации Десятилетия детства / Указ Президента Российской Федерации от 29 мая 2017 г. N 240 // Собр. законодательства Рос Федерации. – 2017. – N 23, ст. 3309

¹⁰ О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года / Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 г. N 204 // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 2018. – N 20, ст. 2817.

¹¹ Об утверждении плана мероприятий по реализации Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года / распоряжение Правительства Российской Федерации от 17 декабря 2016 г. N 2723-р // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 2016. – N 52, ч. 5, ст. 7718.

СИСТЕМА МОНИТОРИНГА СОБЛЮДЕНИЯ ПРАВ ИНВАЛИДОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ВЫПОЛНЕНИЮ ПОЛОЖЕНИЙ КОНВЕНЦИИ ООН О ПРАВАХ ИНВАЛИДОВ

Свинцов А. А.^{1, 2}, Шестаков В. П.¹, Черныкина Т. С.^{1, 2}, Радуту В. И.¹

¹ ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России

²ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава России,
Россия, Санкт-Петербург

MONITORING SYSTEM OF THE COMPLIANCE OF THE RIGHTS OF DISABLED PEOPLE IN THE RUSSIAN FEDERATION TO IMPLEMENT THE PROVISIONS OF THE UN CONVENTION ON THE RIGHTS OF THE DISABLED

Svintsov A. A.^{1, 2}, Shestakov V. P.¹, Chernyakina T. S.^{1, 2}, Raduto V. I.¹

¹Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled n.a. G.A. Albrecht" of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation

²"The northwest state medical university of I.I. Mechnikov" of the Ministry of Health Russia
Russia, St. Petersburg

Аннотация: В статье описывается модель государственного мониторинга соблюдения прав инвалидов, направленного на систематическое наблюдение за принятыми мерами и достигнутыми результатами по выполнению Конвенции ООН о правах инвалидов на федеральном и региональном уровнях, а также правила подготовки государственного доклада по выполнению обязательств Российской Федерации по Конвенции ООН о правах инвалидов.

Abstract. The article describes the model of state monitoring of the observance of the rights of disabled people aimed at systematic monitoring of the measures taken and the results achieved in the implementation of the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities at the federal and regional levels, as well as the rules for preparing a state report on the implementation of the obligations of the Russian Federation under the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities .

Ключевые слова: Конвенция о правах инвалидов, структура и функции государственного мониторинга соблюдения прав инвалидов, государственный доклад о мерах для осуществления обязательств Российской Федерации.

Key words. Convention on the Rights of Persons with Disabilities, structure and functions of state monitoring of the observance of the rights of persons with disabilities, state report on measures to implement the obligations of the Russian Federation.

Российская Федерация, после ратификации Конвенции ООН о правах инвалидов¹², согласно статье 35, должна регулярно представлять доклады Комитету ООН по правам инвалидов о мерах, принятых для выполнения обязательств по Конвенции¹³, для чего необходимы системные сведения в едином формате, что и определило актуальность исследования.

Цель работы – разработка системы государственного мониторинга соблюдения прав инвалидов в Российской Федерации по выполнению положений Конвенции о правах инвалидов и правил подготовки доклада Комитету ООН о достигнутых результатах.

-разработка организационно-функциональной модели мониторинга соблюдения обязательств Российской Федерации по Конвенции о правах инвалидов;

-разработка правил подготовки государственного доклада о принятых мерах для осуществления обязательств по Конвенции ООН о правах инвалидов.

¹² Федеральный закон N 46-ФЗ от 3 мая 2012 года «О ратификации Конвенции о правах инвалидов»

¹³ О правах инвалидов / Конвенция ООН от 13 декабря 2006 г.

Модель мониторинга разрабатывалась методом моделирования структуры и правил ведения государственного мониторинга, ориентированного на конечный результат – подготовку проекта государственного доклада о соблюдении обязательств Российской Федерации по Конвенции ООН о правах инвалидов.

Модель мониторинга разработана с учетом положительного опыта, накопленного Советом Федерации, федеральными органами исполнительной власти, государственными органами субъектов Российской Федерации по организации и проведению мониторинга законодательства и практики его реализации^{14, 15}, а также специальных научных исследований, проведенных российскими правоведами [1-3], социологами [4].

Результаты

Система мониторинга соблюдения обязательств Российской Федерации по Конвенции о правах инвалидов состоит из трех основных взаимосвязанных подсистем, мониторинга:

-правового поля (совокупности общественных отношений, подлежащих законодательному правовому регулированию);

-правового пространства (системы федеральных и региональных законодательных актов, регулирующих общественные отношения;

-правоприменительной практики (правоприменительной деятельности федеральных органов государственной власти и органов государственной власти субъектов Российской Федерации в области).

Мониторинг правового поля — система выявления и оценки "урегулированности" общественных отношений, "заполненности" правового поля, наличия правовых пробелов, опережающего правового регулирования субъектами РФ в совместном правовом поле, а также разработки предложений по перспективному планированию законодательного регулирования общественных отношений и устранению правовых пробелов, распространению передового законодательного опыта субъектов РФ на федеральное и региональное законодательство.

Мониторинг правового пространства и правоприменительной практики в Российской Федерации — систематическая деятельность органов государственной власти, местного самоуправления, общественных организаций, специализированных учреждений по оценке, анализу и обобщению информации о состоянии и динамике законодательства, практике его применения с целью выявления их соответствия планируемому результату правового регулирования, а также об ожиданиях участников законодательного процесса, должностных лиц исполнительных, судебных и иных органов всех уровней власти, институтов гражданского общества и в первую очередь граждан; комплексная система оценки качества законодательных актов, их непротиворечивости друг другу и принципу конституционного разделения компетенции между Российской Федерацией и ее субъектами, разработки на этой основе предложений по обеспечению единства правового пространства страны.

Мониторинг правоприменительной практики (деятельности) — система выявления и оценки эффективности правового регулирования общественных отношений законодательными актами (внедрение в общественную практику законодательно закрепленного нормативного идеала), объективных и субъективных условий, мешающих и способствующих эффективному применению законодательных актов, разработки предложений по усилению воздействия позитивных и нивелированию негативных факторов

Правоприменительная деятельность это деятельность органов государственной власти и местного самоуправления по изданию подзаконных нормативных и индивидуальных правовых актов, обеспечивающих реализацию функций и полномочий органа на основе действующих законов Российской Федерации и субъектов Российской Федерации. Различают: а) правоприменительную деятельность органов исполнительной власти в области позитивного регулирования отношений в сфере их ведения и в рамках компетенции; б) правоприменительную деятельность органов местного самоуправления и населения по выполнению законодательных актов; в) правоприменительную деятельность органов судебной власти и других правоохранительных органов.

14 Постановление Правительства Российской Федерации от 19 августа 2011 г. N 694 г. Москва "Об утверждении методики осуществления мониторинга правоприменения в Российской Федерации".

15 Статистика законодательного процесса за 2008 - 2011 годы по официальным данным Государственной Думы ФС РФ <14> // <http://www.duma.gov.ru/legislative/statistics/>

Для оценки эффективности принимаемых государством мер по реализации прав инвалидов, провозглашенных Конвенцией в структуру мониторинга включены статистический и социологический компоненты.

Задачами статистического компонента мониторинга являются:

- анализ наличия в существующей системе статистического наблюдения показателей, форм, сведений, позволяющих оценивать исполнение норм Конвенции в субъекте Российской Федерации;
- разработка предложений по внесению дополнительных сведений в программы статистического наблюдения.

Статистический компонент мониторинга должен включать следующие показатели:

- материальной обеспеченности инвалидов;
- реализации индивидуальных программ реабилитации инвалидов;
- доступности объектов, услуг для инвалидов в сферах здравоохранения, образования, культуры, отдыха, жилищно-коммунального сектора, транспорта;
- выполнения региональных программ в соответствии с полномочиями органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере социальной поддержки и социального обслуживания инвалидов;
- выполнения мер по содействию трудоустройству инвалидов в соответствии с полномочиями органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации;
- развития подведомственной инфраструктуры учреждений реабилитации и социального обслуживания инвалидов.

Социологический компонент мониторинга представляет собой систему непрерывного наблюдения за фактическим положением дел в системе реабилитации инвалидов и направлен на выявление изменений, связанных с различными аспектами реализации Конвенции, предупреждение негативных тенденций, краткосрочное прогнозирование социальных процессов и возникающих проблем.

Задачами социологического компонента мониторинга являются:

- определение степени информированности инвалидов о своих правах, гарантированных Конвенцией;
- выявление мнения людей с инвалидностью о соответствии условий интеграции и жизнедеятельности инвалидов в субъектах Российской Федерации принципам и нормам Конвенции;
- определение уровня социальной активности людей с инвалидностью в реализации своих прав;
- анализ мнения инвалидов и членов их семей об эффективности работы органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации по оказанию им помощи и содействия в преодолении барьеров и фактов дискриминации по признаку инвалидности.

По итогам мониторинга соблюдения обязательств Российской Федерации по Конвенции осуществляется подготовка докладов органов государственной власти субъекта Российской Федерации, анализ которых является одним из разделов национального доклада.

Доклады имеют основной целью информирование широкой общественности, во-первых, о реальном действии законодательства в субъектах Российской Федерации, о субъективных и объективных факторах, препятствующих формированию единого правового пространства в сфере реализации прав инвалидов в Российской Федерации, а во-вторых, о мерах, которые необходимо принять в целях устранения факторов, препятствующих действию Конвенции и федеральных законов на территории отдельных субъектов Российской Федерации.

При анализе соответствия регионального законодательства нормам Конвенции необходимо, прежде всего, включить в региональные доклады информацию о мерах, принимаемых (намечаемых) по реализации общеметодологических норм Конвенции, предусматривающих в частности принятие мер:

- по преодолению барьеров, мешающих реализации инвалидами общегражданских прав;
- по устранению дискриминации по признаку инвалидности;
- по поощрению разработки, производства пригодных к использованию для всех людей товаров, объектов, услуг (универсального дизайна);
- по подготовке персонала к предоставлению инвалидам услуг с учетом ограничений жизнедеятельности;
- по предоставлению им помощников и посредников;
- по обеспечению инвалидам доступа наравне с другими к физическому окружению, транспорту, информации, связи и услугам;

-по осуществлению сбора статистических данных о соблюдении прав инвалидов по Конвенции.

В региональный доклад включаются также сведения:

-количество и краткое содержание вступивших в законную силу судебных актов об удовлетворении (отказе в удовлетворении) требований инвалидов в связи с отношениями, урегулированными нормативным правовым актом (привести примеры);

-число и характер зафиксированных правонарушений в сфере соблюдения прав инвалидов, а также количество случаев привлечения виновных лиц к ответственности за допущенные нарушения прав инвалидов;

-количество и содержание удовлетворенных обращений инвалидов или их законных представителей (предложений, заявлений, жалоб), связанных с применением нормативного правового акта;

-наличие (отсутствие) вскрытых в проектах нормативных правовых актов коррупциогенных факторов, препятствующих решению проблем инвалидов.

В региональном докладе делаются выводы о соответствии законодательства субъекта Российской Федерации и правоприменительной практики положениям Конвенции по следующим направлениям:

-наличие или отсутствие в региональном законодательстве норм, направленных на выполнение соответствующих статей Конвенции;

- включение положений нормативных правовых актов в административные регламенты органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления;

- соблюдение положений нормативных правовых актов при совершении юридически значимых действий в целях исполнения норм Конвенции;

- наличие в нормативных правовых актах норм, обязывающих обеспечивать участие инвалидов и институтов гражданского общества в обсуждении проектов актов, в контроле за их выполнением;

- наличие коллизий норм права, касающихся инвалидов;

Заключение

Разработанные по результатам исследования «Методические рекомендации субъектам Российской Федерации по докладу о мерах, принятых для осуществления обязательств по Конвенции ООН о правах инвалидов», позволят органам государственной власти систематизировать принятые нормативные акты, выявить несоответствие (пробелы) законодательства статьям Конвенции, оценить эффективность политики в отношении инвалидов и удовлетворенность инвалидов деятельностью органов власти и своим положением в обществе, подготовить доклад.

Список литературы:

1 Астанин, В.В. Методологические основы мониторинга правоприменения в контексте научной доктрины и требований законодательства // Административное и муниципальное право [Текст] / В.В. Астанин. - 2012. - № 4. – С. 5-13.

Astanin, V.V. Metodologicheskie osnovy monitoringa pravoprimeneniya v kontekste nauchnoj doktriny i trebovanij zakonodatelstva // Administrativnoe i municipalnoe pravo [Tekst] / V.V. Astanin. - 2012. - № 4. – S. 5-13.

2. Загородников, С.Н., Шмелев, А.А. Основа информационного обеспечения правовых исследований [Текст] / М., 2005. - Вып. 1. - С. 4.

Zagorodnikov, S.N., Shmelev, A.A. Osnova informacionnogo obespecheniya pravovyh issledovanij [Tekst] / М., 2005. - Вып. 1. - S. 4.

3. Правовой мониторинг: актуальные проблемы теории и практики [Текст] / Под ред. Н.Н. Черногора. - М., 2010. – 25 с.

Pravovoj monitoring: aktualnye problemy teorii i praktiki [Tekst] / Pod red. N.N. Chernogora. - М., 2010. – 25 s.

4. Шадрина, Л.Ю. Социологический мониторинг как средство информационного сопровождения оценки эффективности социальных технологий [Текст] / Л.Ю. Шадрина // Известия Российского государственного педагогического университета имени А.И. Герцена [Текст]. - СПб., 2010. - N 126. - С.319-325.

Shadrina, L.Yu. Sociologicheskij monitoring kak sredstvo informacionnogo soprovozhdeniya ocenki effektivnosti socialnyh tehnologij [Tekst] / L.Yu. Shadrina // Izvestiya Rossijskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta imeni A.I. Gercena [Tekst]. - SPb., 2010. - N 126. - S.319-325.

ББК 67.400.7

МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ГОСУДАРСТВЕННОГО МОНИТОРИНГА СОБЛЮДЕНИЯ ПРАВ ИНВАЛИДОВ

Черныкина Т.С.^{1,2}, Шестаков В.П.¹, Свинцов А.А.^{1,2}, Радута В.И.¹
¹ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России

²ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава Россия, Санкт-Петербург

METHODICAL BASES OF THE STATE MONITORING OF RESPECT FOR THE RIGHTS OF DISABLED PEOPLE

Chernyakina T.S.^{1,2}, Shestakov V.P.¹, Svintsov A. A. ^{1,2}, Raduto V. I. ¹

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

2 "The northwest state medical university of I.I. Mechnikov" of the Ministry of Health Russia, St. Petersburg

Аннотация. В статье обозначены правовые аспекты ведения мониторинга соблюдения обязательств Российской Федерации по Конвенции ООН о правах инвалидов, понятие, цели, задачи, структура, принципы осуществления мониторинга, субъекты, объекты, порядок ведения мониторинга соблюдения прав инвалидов и положения инвалидов.

Abstracts In article legal aspects of conducting monitoring of observance of obligations of the Russian Federation under the Convention of the UN on the rights of disabled people, a concept, the purposes, tasks, structure, the principles of implementation of monitoring, subjects, objects, an order of conducting monitoring of respect for the rights of disabled people and position of disabled people are designated.

Ключевые слова: права инвалидов, мониторинг соблюдения прав инвалидов, методические основы государственного мониторинга.

Keywords: rights of disabled people, monitoring of respect for the rights of disabled people, methodical bases of the state monitoring.

Государственная социальная политика в отношении инвалидов в Российской Федерации строится в соответствии с международными документами, особое место в которых занимает Конвенция о правах инвалидов (далее – Конвенция) . Ратифицированная Российской Федерацией .

Ратификация Конвенции создает дополнительные гарантии осуществления и защиты прав лиц с ограниченными возможностями здоровья и обеспечения им равных с другими лицами возможностей реализации своих конституционных прав и свобод и полного участия в жизни общества. Она создает основу активной социальной политики государства в отношении лиц с ограниченными возможностями здоровья и совершенствования правового регулирования и практической деятельности в сфере социальной защиты, реабилитации и социальной интеграции инвалидов.

Принятый в Российской Федерации массив законодательных актов и мер по их реализации, как на федеральном уровне, так и на региональном уровне системно не анализируется. В то же время Конвенция содержит много новых положений, реализация которых в России потребует внесения изменений и дополнений в федеральное законодательство, совершенствования действующих и введения новых механизмов обеспечения прав инвалидов и создания условий для их социальной интеграции. Нуждаются в совершенствовании также механизмы координации действий органов государственной власти и общественных организаций по осуществлению Конвенции.

Осуществление мониторинга исполнения положений Конвенции и создания инвалидам равных возможностей по реализации всех общегражданских прав предусмотрено организовать с участием органов государственной власти субъектов Российской Федерации , , , Научных исследований, посвященных организации и проведению комплексного мониторинга положения инвалидов в России в свете Конвенции ООН о правах инвалидов крайне мало [3, 2].

В Российской Федерации до настоящего времени не создана целостная государственная система мониторинга выполнения обязательств Российской Федерации по Конвенции о правах инвалидов. Вместе с тем для того, чтобы регулярно представлять доклады Комитету ООН по правам инвалидов о мерах, принятых для выполнения обязательств по Конвенции необходимы системные

сведения в едином формате. Разработка методических основ мониторинга соблюдения прав инвалидов, является актуальной задачей.

Цель исследования

Разработка методологии и методики по осуществлению мониторинга соблюдения международных обязательств Российской Федерации по Конвенции ООН о правах инвалидов.

Методика исследования включала: метод сравнительного анализа различных систем мониторинга и метод моделирования структуры и правил ведения мониторинга.

При проведении исследований использованы «Методика осуществления мониторинга правоприменения в Российской Федерации», рекомендации федеральных органов исполнительной власти Российской Федерации, распорядительные документы органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления [1], отдельных учреждений и организаций.

Результаты исследования

Дано определение понятия "Мониторинг соблюдения обязательств Российской Федерации по Конвенции о правах инвалидов" - комплексная и плановая деятельность, осуществляемая субъектами мониторинга по сбору, обобщению, анализу и оценке информации для обеспечения соблюдения положений Конвенции ООН о правах инвалидов.

Сформулирована основная цель мониторинга - разработка мер по повышению уровня интегрированности инвалидов, их социальной защищенности, выявлению и преодолению дискриминации по признаку инвалидности исходя из сравнительного анализа фактического положения дел с нормами Конвенции.

Определен предмет мониторинга - оценка соответствия законодательства Российской Федерации и субъекта Российской Федерации нормам Конвенции, разработанности в нем задач и функций органов законодательной, исполнительной власти по соблюдению обязательств Российской Федерации по Конвенции, динамики показателей соблюдения прав инвалидов.

Поставлены задачи мониторинга:

- оценка соответствия нормативных правовых актов планируемому результату правового регулирования;
- предоставление объективной информации о тенденциях и потребностях правового регулирования определенных общественных отношений;
- анализ и оценка соответствия практики реализации нормативных правовых актов Российской Федерации и субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления и организаций в части соблюдения положений Конвенции ООН о правах инвалидов;
- выявление факторов, повышающих и снижающих эффективность реализации прав и свобод инвалидов в соответствии с Конвенцией ООН о правах инвалидов;
- формирование перспективных направлений развития нормотворческой деятельности;
- изучение мнения федеральных органов исполнительной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, общественных объединений инвалидов, граждан по вопросам соблюдения положений Конвенции ООН о правах инвалидов;
- определение степени урегулированности в Российской Федерации вопросов, обозначенных в Конвенции ООН о правах инвалидов;

Сформулированы принципы осуществления мониторинга: объективность; непрерывность; законность; системность; комплексность; плановость; целенаправленность; гласность; полнота анализа объектов мониторинга; профессионализм лиц, осуществляющих мониторинг; ответственность за результаты мониторинга.

Методика проведения мониторинга должна включать методы, позволяющие получить сведения о состоянии законодательства Российской Федерации.

- метод формально-логического (или формально-юридического) анализа исследуемого нормативного материала, состоящий в уяснении сути и значимости закона или иного нормативного акта, исходя из его собственного содержания.
- метод сравнительного (компаративного) анализа государственной правовой системы, позволяющий выявить общее и особенное в осуществлении прав инвалидов в Российской Федерации.
- метод конкретного социально-правового исследования опыта федеральных органов исполнительной власти и органов государственной власти субъектов Российской Федерации по осуществлению прав инвалидов.

Для изучения положения инвалидов рекомендовано использовать методы статистического и социологического исследования, анализа правоприменительной и судебной практики.

К объектам мониторинга отнесены нормативные правовые акты, программы, бюджеты, судебные решения, данные государственной статистики, данные региональных информационных систем, отчеты общественных организаций о положении/ инвалидов, социологические опросы инвалидов и членов их семей.

Субъектами мониторинга определены органы государственной власти субъекта Российской Федерации, территориальные органы федеральных органов исполнительной власти при координирующей роли органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, осуществляющего функции в области социальной защиты населения.

Деятельность по организации и проведению мониторинга распределена на этапы:

I этап. Подготовительный - изучение нормативных правовых актов и литературы, постановка цели, определение объекта, разработка программы и плана мониторинга, установка сроков, разработка инструментария.

II этап. Практический - сбор информации, наблюдение, интервьюирование, анкетирование.

III этап. Аналитический - систематизация и анализ материала, формулирование выводов, разработка рекомендаций, предложений, информирование о результатах мониторинга.

По итогам мониторинга органами государственной власти субъектов Российской Федерации в рамках основных полномочий должны быть проанализированы меры и достигнутые результаты по выполнению Конвенции по вопросам социальной защиты инвалидов и разработаны соответствующие меры.

Заключение

В результате проведенных исследований разработаны методические основы государственного мониторинга соблюдения обязательств Российской Федерации по Конвенции ООН о правах инвалидов, включающие программно-целевые позиции, правила ведения мониторинга и перечень показателей.

Применение разработанных методических основ мониторинга позволит устанавливать соответствие законодательства международным актам и наличие в нем коллизий (противоречий), определять проявляющиеся в обществе тенденции правотворческой и правоприменительной практики, получать статистические и социологические данные о положении инвалидов, выявлять потенциальные серьезные или систематические нарушения прав индивидов. Высшие органы власти будут обеспечены систематизированными, сопоставимыми данными и результатами анализа информации о реализации прав инвалидов для контроля выполнения рекомендаций Комитета ООН по правам инвалидов, разработки соответствующих мер по реализации всех прав инвалидов.

Список литературы

1. Александрова, А.Л. Методика мониторинга результативности услуг здравоохранения на муниципальном уровне / А.Л. Александрова, А.Ю. Колесник, М.В. Якимович. – М. 2005. – 80 с.
Aleksandrova, A.L. Metodika monitoringa rezul'tativnosti uslug zdravoohraneniya na municipal'nom urovne / A.L. Aleksandrova, A.YU. Kolesnik, M.V. YAkimovich. – M. 2005. – 80 s.
2. Васин, С.А. Организация и проведение комплексного мониторинга положения инвалидов в России в свете Конвенции ООН о правах инвалидов / Васин С.А., Горлин Ю.М., Гришина Е.Е., Елисеева М.А., Малева Т.М., Рагозина Л.Г., Рамонов А.В., Тындык А.О. – М., 2014. – 102 с.
Vasin, S.A. Organizaciya i provedenie kompleksnogo monitoringa polozheniya invalidov v Rossii v svete Konvencii OON o pravah invalidov / Vasin S.A., Gorlin YU.M., Grishina E.E., Eliseeva M.A., Maleva T.M., Ragozina L.G., Ramonov A.V., Tyndik A.O. – M., 2014. – 102 s.
3. Романов, П. Социологическое исследование проблем инвалидности и реабилитации инвалидов в Российской Федерации: анализ основных результатов исследования / П. Романов, Е. Ярская-Смирнова, С. Вайтфилд. -: из-во: "Папирус", 2009. - С. 10-18.
Romanov, P. Sociologicheskoe issledovanie problem invalidnosti i rehabilitacii invalidov v Rossijskoj Federacii: analiz osnovnyh rezul'tatov issledovaniya / P. Romanov, E. YArskaya-Smirnova, S. Vajtfield. -: iz-vo: "Papyrus", 2009. - S. 10-18.

**РЕАЛИЗАЦИЯ ПРАВА СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ ИНВАЛИДОВ С
МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ НА СОЦИАЛЬНОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ НА
ДОМУ**

Балашова Л. М.

СПБ ГБУ «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Приморского района»

Россия, Санкт-Петербург

**REALIZATION OF THE RIGHT OF FAMILIES RAISING DISABLED CHILDREN WITH
MULTIPLE DISABILITIES FOR RECEIVING SOCIAL SERVICES AT HOME**

Balashova L.M.

SPBGBU "Center for Social Rehabilitation of Disabled and Disabled Children"

Russia, St. Petersburg

Аннотация: В статье рассматриваются законодательные преобразования в сфере социальной защиты детей-инвалидов, дающие им возможность получать социальное обслуживание на дому.

Abstract. The article deals with legislative changes in the sphere of social protection of disabled children, which enable them to receive social services at home.

Ключевые слова: социальная работа, социальное обслуживание на дому, социальные услуги семьям с детьми-инвалидами, дети со множественными нарушениями здоровья.

Key words. Social work, social services at home, families, disabled children.

Социальная поддержка инвалидов в России регулируется Федеральным законом № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 [1]. Данный закон регулирует основное понятие инвалидности, которое в нашей стране по настоящее время трактуется через систему, в первую очередь, медицинских ограничений здоровья. Инвалидность устанавливается Бюро медико-социальной экспертизы согласно критериям, определенным в Приказе Министерства труда и социальной защиты РФ от 17.12.2015 N 1024н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» [2]. Определённое этими законами правовое поле направляет деятельность всех государственных учреждений в сторону медицинской модели инвалидности. Даная модель инвалидности, при всех её преимуществах, связанных с возможностью более чёткого определения критериев и параметризации инвалидности, по-прежнему дискредитирует социальную значимость детей, имеющих тяжёлые множественные нарушения здоровья. Это всё ещё изолирует их от остального сообщества, подчеркивает неравный социальный статус и неконкурентоспособность по сравнению с другими детьми.

Однако, в 2012 году Россия ратифицировала Конвенцию ООН о правах инвалидов, а Федеральный закон РФ от 1.12.2014 г. № 419-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов» [3] внёс изменения в 25 законов, регулирующих оказание инвалидам услуг в сферах транспорта, культуры, информации, здравоохранения, связи, жилищно-коммунального хозяйства. Обновлённая таким образом правовая основа позволяет выстраивать современную социальную политику России на основе биопсихосоциальной модели инвалидности. А это делает создание оптимальных условий для успешной адаптации детей-инвалидов важнейшей социально-экономической и политической задачей всех государственных структур социальной защиты.

Система социального обслуживания на дому существует ещё с советских времён. Основные функции социального обслуживания на дому в Советском Союзе выполняли органы социального обеспечения – СОБЕСы. Помимо назначения льгот, пенсий и пособий эти учреждения предоставляли услуги на дому пожилым инвалидам. Следует отметить, что в то время практически всё социальное обслуживание было сконцентрировано вокруг взрослых инвалидов. Сейчас, в XXI веке, социальная политика нашей страны значительно эволюционировала. Её направленность уже не ограничена лишь категорией пожилых граждан, в фокусе помощь более широким слоям населения. На сегодняшний день, стали появляться и развиваться новые формы социальных услуг, чему способствовало принятие

нового Федерального закона N 442-ФЗ "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации" от 28.12.2013 [4].

В современном контексте обслуживание на дому получило новую трактовку и стало доступно не только пожилым, но и детям с инвалидностью. Однако услуги, которые предоставляются на дому детям-инвалидам и пожилым людям – принципиально разные. Социальное обслуживание на дому детей с инвалидностью предполагает услуги, исходя из того, что эти дети входят в группу риска по многим показателям (основной риск здесь – это риск размещение в интернатное учреждение). Важнейшей задачей, стоящей перед вовлеченными в социально-реабилитационный процесс специалистами, является социально-профилактическая работа с семьей, с родителями и родственниками ребенка-инвалида.

Проблемы семьи, воспитывающей ребенка с особыми нуждами, могут возникать и обостряться на разных этапах жизни. Известно, что даже самые любящие, заботливые и оптимистически настроенные родители, воспитывая такого ребенка, испытывают огромную эмоциональную и психологическую нагрузку, что в итоге может привести к срыву. Чаще всего в подобной ситуации оказывается мать ребенка-инвалида. Поэтому, оказание социально-бытовой помощи семьям, воспитывающим ребенка с особыми потребностями, играет такую же важную роль, как и оказание своевременной социально-психологической поддержки таким родителям.

Для решения данной проблемы и одним из важнейших методов социальной поддержки семьи является обслуживание на дому, которое предполагает возможность высвобождения родителей детей с инвалидностью и предоставление семьям целого комплекса социальных услуг.

В СПб ГБУ «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов» Приморского района получают реабилитационные услуги дети с различными нарушениями здоровья. С 2017 года в Центре открыто и работает Отделение обслуживания на дому. На отделении, преимущественно, получают услуги дети с тяжелыми формами инвалидности и с множественными нарушениями. Их состояние не допускает частого посещения Центра, а право на прохождение реабилитации они имеют такое же, как и дети с менее сложными заболеваниями. Обслуживание на дому такого ребенка-инвалида осуществляется специально прикрепленным социальным работником. Обслуживание предполагает выявление различного рода потребностей ребенка и его семьи, оказание консультативной, информационной поддержки его родственников для установления связи с государственными и общественными организациями, оказание социально-бытовых и социально-медицинских услуг.

Предоставление услуг на дому дает возможность выявлять и собирать больше информации о ребенке, его окружении и потребностях, поскольку есть возможность наблюдать семью в естественных условиях. Соответственно, дополнительно собранные факты дают возможность оказывать семьям и детям более таргетированный комплекс услуг, подключать требуемых специалистов других отделений и организаций.

На специалистов отделения обслуживания на дому возложены не только задачи по уходу за детьми с множественными нарушениями, но и задачи сопровождения их в реабилитационные и медицинские учреждения. А также содействие в оборудовании жилого помещения специальными средствами, способствующими улучшению качества жизни ребенка с инвалидностью и его семьи, задачи по повышению реабилитационной активности и укреплению реабилитационного потенциала семьи.

Социальный работник отделения обслуживания на дому должен выполнять следующие задачи:

- информировать семьи о правах, льготах, существующих методах реабилитации;
- устанавливать контакты семьи и ребенка с нужными специалистами, учреждениями, общественными организациями, спонсорами;
- анализировать и оценивать состояния ребенка, условий и обстоятельств его жизни в семье, семейных отношений;
- предупреждать насилие над ребенком, отсутствие заботы и изоляцию;
- помогать семье в уходе за ребенком, в проведении бытовых, медицинских и гигиенических мероприятий, в обучении ребенка самообслуживанию;
- содействовать выполнению предписаний и рекомендаций специалистов, реабилитационных мероприятий, составляющих принятую программу помощи и поддержки ребенка и его семьи, достижению поставленных в программе целей.

Одной из важнейших задач, которую решает оказание услуг на дому – это сохранение семейного окружения для ребенка с инвалидностью. Ежедневный уход за больным ребенком может повлечь за собой тяжелую эмоциональную перегрузку родителей, провоцирует усталость от

быта и рутины, депрессию, снижение реабилитационного потенциала семьи. И как следствие вышеперечисленного, ребенок может быть передан в интернатное учреждение. Попав в интернат, дети с тяжелыми множественными нарушениями испытывают очень тяжелый стресс от смены обстановки, крайне тяжело переживают разлуку с близкими. Во многих случаях это даже приводит к смерти ребенка.

Основными критериями эффективной деятельности социальных работников, предоставляющих услуги на дому являются следующие:

- рост востребованности оказания услуг на дому со стороны семей;
- качественный рост показателей развития ребенка независимо от степени ограничения жизнедеятельности (инвалидности);
- нормализация внутрисемейных отношений;
- расширение и совершенствование набора компетенций подшефных родителей в области решения проблем детства и воспитания особого ребенка;
- качественный рост собственной компетентности специалиста.

Социальная помощь на дому, также как и в условиях Центра социальной реабилитации, предполагает широкий спектр долгосрочных мер комплексной реабилитационной помощи, ориентированных на ребенка с особыми потребностями и его семью, осуществляемых в процессе согласованной командной работы специалистов разного профиля. Это подразумевает единство диагностики, информационного поиска и помощи в выборе образовательного маршрута, проектирования индивидуальных реабилитационных программ, первичной помощи в реализации планов.

Комплексное социальное обслуживание на дому должно осуществляться соответствующими отделениями, создаваемыми как в структуре государственной системы социальной защиты с привлечением ресурсов уже функционирующих психолого-педагогических, медико-социальных отделений и службами, так и с привлечением возможностей учреждений негосударственного сектора: общественных объединений, ассоциаций, благотворительных фондов. Дополняя работу государственных структур, негосударственные учреждения иницируют новые подходы к организации социального пространства помощи детям-инвалидам, способствуют реализации долгосрочных мер социального обслуживания семей на междисциплинарной основе.

Становление в нашей стране системы социального обслуживания на дому является сегодня одним из признаков формирования новой модели комплексной поддержки ребенка с тяжелыми множественными нарушениями в условиях семьи, предполагающей активное (субъект-субъектное) участие всех членов семьи в реабилитационном процессе. Таким образом, обслуживание на дому – очень важная форма взаимодействия с семьями, воспитывающих детей-инвалидов, интегрирующая в себе множество функций. Часто данная форма обслуживания совершенно неоправданно относится только к оказанию услуг пожилым людям, что является заблуждением. Современное обслуживание на дому – это новая форма взаимодействия семьи и Центров социальной реабилитации, действительная альтернатива интернатным учреждениям. Это актуальная форма оказания социальных услуг, которую следует тиражировать и развивать.

Список литературы:

1. Российская Федерация. Законы. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации [Электронный ресурс]: Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ: Принят Государственной Думой 20 июля 1995 года: [Одобен Советом Федерации 15 ноября 1995 года] / Правительство РФ ; Департамент социальной защиты населения ; Система ГАРАНТ – Электрон. Текст – [2018]. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/10164504/>, свободный.

Rossijskaya Federaciya. Zakony. O socialnoj zashite invalidov v Rossijskoj Federacii [Elektronnyj resurs]: Federalnyj zakon ot 24 noyabrya 1995 g. N 181-FZ: Prinyat Gosudarstvennoj Dumoj 20 iyulya 1995 goda [Odobren Sovetom Federacii 15 noyabrya 1995 goda] / Pravitelstvo RF ; Departament socialnoj zashity naseleniya; Sistema GARANT – Elektron. Tekst – [2018]. – Rezhim dostupa: <http://base.garant.ru/10164504/>, svobodnyj.

2. Российская Федерация. Законы. О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы [Электронный ресурс] Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 17 декабря 2015 г. N 1024н (с изменениями и дополнениями): Утвержден приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации / Правительство РФ;

Министерства труда и социальной защиты РФ ; Система ГАРАНТ – Электрон. Текст – [2018]. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/71309914>, свободный.

Rossijskaya Federaciya. Zakony. O klassifikacijah i kriterijah, ispolzujemyh pri osushestvlenii mediko-socialnoj ekspertizy grazhdan federalnymi gosudarstvennymi uchrezhdeniyami mediko-socialnoj ekspertizy [Elektronnyj resurs] Priказ Ministerstva truda i socialnoj zashity RF ot 17 dekabrya 2015 g. N 1024n (s izmeneniyami i dopolneniyami): Utverzhden prikazom Ministerstva truda i socialnoj zashity Rossijskoj Federacii / Pravitelstvo RF ; Ministerstva truda i socialnoj zashity RF ; Sistema GARANT – Elektron. Tekst – [2018]. – Rezhim dostupa: <http://base.garant.ru/71309914>, svobodnyj.

3. Российская Федерация. Законы. О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов» [Электронный ресурс] Федеральный закон РФ от 1.12.2014 г. № 419-ФЗ Принят Государственной Думой 21 ноября 2014 года [Одобен Советом Федерации 26 ноября 2014 года] / Правительство РФ; Департамент социальной защиты населения ; Система Консультант Плюс – Электрон. текст – [2008]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_171577/, свободный.

Rossijskaya Federaciya. Zakony. O vnesenii izmenenij v otdelnye zakonodatelnye акты Rossijskoj Federacii po voprosam socialnoj zashity invalidov v svyazi s ratifikaciej Konvencii o pravah invalidov» [Elektronnyj resurs] Federalnyj zakon RF ot 1.12.2014 g. № 419-FZ Prinyat Gosudarstvennoj Dumoj 21 noyabrya 2014 goda [Odobren Sovetom Federacii 26 noyabrya 2014 goda] / Pravitelstvo RF ; Departament socialnoj zashity naseleniya ; Sistema KonsultantPlyus – Elektron. tekst – [2008]. – Rezhim dostupa: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_171577/, svobodnyj.

4. Российская Федерация. Законы. Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации [Электронный ресурс] Федеральный закон N 442-ФЗ от 28.12.2013 Принят Государственной Думой 23 декабря 2013 года [Одобен Советом Федерации 25 декабря 2013 года] / Правительство Российской Федерации ; Система КонсультантПлюс – Электрон. текст – [2018]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_156558/, свободный.

Rossijskaya Federaciya. Zakony. Ob osnovah socialnogo obsluzhivaniya grazhdan v Rossijskoj Federacii [Elektronnyj resurs] Federalnyj zakon N 442-FZ ot 28.12.2013 Prinyat Gosudarstvennoj Dumoj 23 dekabrya 2013 goda [Odobren Sovetom Federacii 25 dekabrya 2013 goda] / Pravitelstvo Rossijskoj Federacii ; Sistema KonsultantPlyus – Elektron. tekst – [2018]. – Rezhim dostupa: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_156558/, svobodnyj.

УДК 342.72/73

СОБЛЮДЕНИЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА О СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЕ ИНВАЛИДОВ: ПРОБЛЕМЫ ПРАВОПРИМЕНИТЕЛЬНОЙ ПРАКТИКИ

Жаворонков Р. Н.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Московский государственный юридический университет им. О.Е. Кутафина (МГЮА)»

Россия, Москва

THE OBSERVANCE OF THE LEGISLATION ON SOCIAL PROTECTION OF PERSONS WITH DISABILITIES: PROBLEMS OF ENFORCEMENT PRACTICE

Zhavoronkov R. N.

Kutafin Moscow State Law University (MSAL)

Russia, Moscow

Аннотация: В статье анализируются нарушения законодательства о социальной защите инвалидов, носящие системный характер.

Abstract. The article analyzes the violations of the legislation on social protection of persons with disabilities, which have a systemic nature.

Ключевые слова: инвалид, социальная защита, законодательство, нарушение прав.

Key words. persons with disabilities, social protection, legislation, violation of rights.

Введение. Инвалиды являются одной из социально-уязвимых категорий населения. Согласно данным Федерального реестра инвалидов в России количество лиц, признанных инвалидами, в 2018 г. составило более 12,1 млн. человек [12].

Основным нормативным правовым актом, регулирующим обеспечение инвалидам равных с другими гражданами возможностей в реализации прав и свобод человека, является Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [9]. В 2012 г. Россия ратифицировала Конвенцию ООН о правах инвалидов (Конвенция) [5]. В целях приведения российского законодательства в соответствие с Конвенцией внесены изменения в 23 федеральных закона и 750 законодательных актов субъектов РФ. Результаты реализации Конвенции отражены в государственном докладе [10], представленном Комитету ООН по правам инвалидов.

Наряду с фиксацией достигнутых успехов актуальным для обеспечения эффективности социальной защиты инвалидов является выявление проблем применения законодательства, регулирующего данную сферу общественных отношений. Поэтому **целью** настоящей работы явилось определение системных недостатков реализации социального законодательства, обеспечивающего равенство прав инвалидов.

Методы. При проведении исследования применялись диалектический, логический, формально-юридический и другие методы познания. Были проанализированы публикации Уполномоченного по правам человека в РФ и уполномоченных по правам человека в субъектах РФ, результаты социологических и экономических исследований, публикации негосударственных организаций, занимающихся защитой прав инвалидов.

Результаты. Проведенное исследование выявило следующие системные недостатки реализации законодательства о социальной защите инвалидов.

Медико-социальная экспертиза. Большинство обращений инвалидов к Уполномоченному по правам человека в РФ в 2017 г. касалось проблем, связанных с признанием инвалидом, в том числе оформлением и переоформлением инвалидности, изменением причин инвалидности, внесением изменений в индивидуальную программу реабилитации и абилитации инвалида (ИПРА) и ее выполнении [3 с. 184]. В частности, отмечаются регулярные произвольные отказы бюро МСЭ в продлении инвалидности детям и нередкие случаи, когда сотрудники бюро МСЭ препятствуют участию в экспертизе специалистов, приглашенных гражданином [2 с. 4 - 5]. Ограниченное количество диагностических лабораторий и недостаточная квалификация врачей первичного звена препятствуют направлению детей и взрослых, страдающих редкими заболеваниями, на медико-социальную экспертизу, что затрудняет получение ими инвалидности [1 с. 128]. Одним из основных способов решения проблем в рассматриваемой сфере представляется введение независимой медико-социальной экспертизы [3 с. 186].

Доступная среда. Несмотря на значительные успехи, достигнутые в области формирования доступной среды, проведенные в течение последних трех лет независимые социологические исследования мнения инвалидов, показывают их низкую удовлетворенность доступностью большинства социальных объектов [7, 8, 11]. В настоящее время одной из наиболее распространенных проблем в рассматриваемой сфере является непригодность для инвалидов-колясочников квартир и помещений общего пользования (подъезды, лифты, и т.д.) в многоквартирных домах [1 с. 8, 37, 42, 53 – 54, 76, 82, 97]. Низкая обеспеченность доступности приоритетных объектов социальной инфраструктуры отмечается в Пензенской, Орловской, Московской областях [1 с. 51, 68, 71]. Серьезные трудности при пользовании общественным транспортом испытывают инвалиды в Астраханской, Воронежской, Нижегородской областях [1 с. 79, 82, 184].

Индивидуальная программа реабилитации и абилитации (ИПРА). Как показывает мониторинг правозащитных организаций при составлении ИПРА для инвалидов с ментальными или множественными нарушениями практически никогда не заполняются графы, связанные с профессиональной реабилитацией [2 с. 5].

При составлении ИПРА бюро МСЭ указывает в ней только нуждаемость инвалида в определенном виде реабилитации, а конкретные реабилитационные мероприятия определяются органами власти субъекта РФ. В отсутствие централизованного правового регулирования каждый регион разрабатывает свои механизмы реализации ИПРА. Часто органы власти не составляют перечни всех необходимых инвалиду реабилитационных мероприятий, а предлагают только отдельные из них. В органах-исполнителях ИПРА, как правило, нет специалистов, способных разработать перечень реабилитационных мероприятий на основе научного подхода к потребностям инвалида. Также не всегда существует понятный порядок обжалования предлагаемых перечней

реабилитационных мероприятий и организаций-исполнителей, если инвалид с ними не согласен. При заполнении бюро МСЭ заключения об исполнении ИПРА, результаты исполнения и причины неисполнения на практике с инвалидом не обсуждаются [2 с. 8 - 11].

Медицинская реабилитация. Уполномоченные по правам человека в субъектах РФ сообщают о недостаточном количестве в регионах специалистов и медицинского оборудования для своевременной диагностики, и лечения тяжелых заболеваний. Так, в Республики Хакасия не решена проблема выявления рака на ранних стадиях при проведении медицинских осмотров в фельдшерско-акушерских пунктах, участковых больницах и амбулаториях, терапевтических участках [1 с. 45]. В Чеченской Республике отсутствует реабилитационный центр для молодых инвалидов с тяжелыми патологиями [1 с. 47]. В Томской области существует только один гемодиализный центр на регион в Томске, что вынуждает жителей, отдаленных труднодоступных населенных пунктов для получения через день пожизненной процедуры гемодиализа за свой счет решать проблемы проживания в областном центре [1 с. 110 - 111]. Многие регионы не имеют базы для создания собственных центров почечной трансплантологии, что делает пересадку почки труднодоступной для многих инвалидов [1 с. 113]. Современные методы диагностики орфанных заболеваний не включены в перечни медицинских услуг, оказываемых за счет обязательного медицинского страхования. Несмотря на прилагаемые усилия в вопросе организации медицинской помощи гражданам с орфанными заболеваниями, в целом проблемы диагностики и маршрутизации пациентов остаются сложными [1 с. 129].

Бесплатное лекарственное обеспечение. В регионах отмечаются проблемы бесперебойного лекарственного обеспечения инвалидов, страдающих орфанными заболеваниями, а также замена прописанных им оригинальных препаратов более дешевыми аналогами или дженериками, имеющими серьезные побочные эффекты. Правовыми актами не урегулирован механизм увеличения бюджетных средств на закупку необходимых лекарственных препаратов в случае прироста в регионе указанных инвалидов в течении года [1 с. 43 – 44, 47, 130].

Санаторно-курортное лечение. Системной проблемой являются длинные очереди на получение санаторно-курортного лечения, предоставляемого в рамках набора социальных услуг. В результате положения законодательства о предоставлении санаторно-курортного лечения в течении календарного года не исполняются. Например, в Краснодарском крае в 2016 г. 25 000 инвалидов не смогли реализовать свое право на санаторно-курортное лечение. На практике, путевки в санаторий предоставляются раз в три – четыре года, при том, что многие инвалиды нуждаются в ежегодном санаторном лечении. Еще одной проблемой является то, что лечебные учреждения, специализирующиеся на лечении (профилактике) определенного вида заболеваний, нередко не участвуют в процедуре государственных закупок путевок на санаторно-курортное лечение, что значительно снижает качество такого лечения [1 с. 43, 49 – 50, 76, 85].

Технические средства реабилитации (ТСР). Одна из основных проблем заключается в недостаточности выделяемых в федеральном бюджете средств на приобретение ТСР для удовлетворения потребностей в них инвалидов [1 с. 75 - 76]. Отмечаются систематические случаи нарушения поставщиками ТСР условий государственных контрактов, выражающиеся в том, что ТСР не поставляются в установленный срок, либо поставляются ТСР не надлежащего качества [1 с. 44, 49, 84]. Следует отметить, что Федеральный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг не содержит дефицитные услуги, в которых нуждается большое количество инвалидов (услуги психолога, дефектолога, логопеда, изготовление специальных оправ для очков, и др.) [2 с. 11].

Образование. Исследование правоприменительной практики 17 субъектов РФ, расположенных в 8 федеральных округах, проведенное Московским государственным юридическим университетом им. О.Е. Кутафина по заказу Минобрнауки России, показало, что, несмотря на определенные положительные результаты, полноценные возможности для реализации детьми-инвалидами права на инклюзивное образование пока еще не созданы [4 с. 71 - 74].

Острой проблемой является сокращение школ для обучающихся по адаптированным образовательным программам (специальных школ). К 2015 г. все восемь видов специальных школ сохранились только в восьми субъектах РФ, семь видов специальных школ – в семи субъектах РФ. До 2004 г. наименее развитая сеть специальных школ была в Дальневосточном и Сибирском федеральных округах. В 2015 г. положение ухудшилось в Северо-Западном, Уральском и Центральном федеральных округах. В Дальневосточном и Уральском федеральных округах нет ни одной специальной школы для слепых и слабовидящих детей [6 с. 1961].

Трудоустройство. В регионах отмечается низкий процент трудоустроенных инвалидов. Например, в Кабардино-Балкарской Республике в 2017 г. из 637 инвалидов, признанных службой занятости безработными, было трудоустроено 247 человек [1 с. 38]. В Мурманской области в том же году было трудоустроено 49,8 % от общего числа инвалидов, обратившихся в службу занятости в целях поиска подходящей работы [1 с. 96]. Необходимо отметить, что в большинстве субъектов РФ установлена минимальная квота для трудоустройства инвалидов – 2% от среднесписочной численности работников. Максимальная квота 4% установлена в Ростовской области и Республике Крым [1 с. 4]. Серьезным препятствием для трудоустройства является ярко выраженное нежелание многих работодателей брать на работу инвалидов, способных выполнять необходимые трудовые функции [1 с. 6, 42, 125].

Денежные выплаты в связи с инвалидностью. Необходимо отметить низкий уровень пенсионного обеспечения по инвалидности. Пенсии хватает только на самое необходимое. Большинство инвалидов не может себе позволить тратить значительные суммы денег на лечение, покупку бытовой техники или другие нужды [1 с. 84]. Также возникают проблемы с оформлением пенсий. Мониторинг решений судов 11 субъектов РФ показал, что Пенсионный фонд России отказывает в назначении социальной пенсии инвалидам, зарегистрированным по месту пребывания, рассматривая факт такой регистрации как отсутствие доказательства постоянного проживания на территории РФ. Одновременно инвалидам рекомендуется доказать в суде факт постоянного проживания, что на длительное время лишает многих из них единственного источника существования [1 с. 142]. Еще одной проблемой является то, что после передачи Федеральным законом от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ субъектам РФ большинства полномочий по социальной защите инвалидов и их семей, высокодотационные субъекты не справляются с возросшей нагрузкой на их бюджет и не могут обеспечить необходимый объем социальных выплат инвалидам [1 с. 37].

Жилищные льготы. Имеются существенные препятствия для реализации права инвалидов на льготное обеспечение жильем и оплату коммунальных услуг. Так, выделяется недостаточно средств из федерального бюджета для предоставления социальной выплаты на приобретение жилья инвалидам, вставшим до 1 января 2005 г. на учет нуждающихся в улучшении жилищных условий, что приводит к длительным срокам реализации права на получение жилья. Кроме того, размер социальной выплаты, определяемой субъектами РФ, в ряде случаев ниже фактической рыночной стоимости жилья в конкретном муниципальном образовании [1 с. 78, 149]. Обеспечение жильем инвалидов, вставших на учет после 1 января 2005 г., является правом (но не обязанностью) субъектов РФ. В связи с отсутствием в муниципальных бюджетах денежных средств на эти цели, местные органы власти не устанавливают порядок обеспечения жильем указанной категории инвалидов. В результате известны единичные случаи предоставления жилья в исключительном порядке [1 с. 160 – 162, 164].

В настоящее время в РФ отсутствует единый правовой механизм внеочередного предоставления муниципального жилья по договорам социального найма инвалидам, страдающим заболеваниями, при которых совместное проживание с ними невозможно. Вследствие этого, добиться от местных органов власти внеочередного предоставления жилья бывает довольно трудно и становится возможным только после решения суда [1 с. 78 – 79, 147 – 148, 172 - 173]. Также отсутствует правовой механизм реализации права отдельных категорий инвалидов на предоставление дополнительной жилой площади. В результате отсутствия четких формулировок в федеральных законах, правоприменительные (в том числе судебные) органы делают выводы о том, что действующее законодательство предусматривает право, а не обязанность муниципальных и государственных органов предоставить дополнительную площадь [1 с. 101, 149 - 150]. Еще одной существенной проблемой является то, что законодательство не предоставляет инвалидам, проживающим в частном жилищном фонде, компенсацию 50% платы за содержание жилого помещения [1 с. 150].

Стационарное социальное обслуживание. Во многих пансионатах для престарелых и инвалидов условия проживания не соответствуют современным требованиям комфортной жизни [1 с. 179 - 180]. Отмечаются систематические нарушения гражданских и социальных прав инвалидов, проживающих в психоневрологических интернатах (грубое отношение персонала; повышение платы за социальные услуги; нарушение права на личную неприкосновенность, права на свободное перемещение, прав владеть и распоряжаться личным имуществом, права на обращения в государственные органы) [3 с. 190; 2 с. 33 - 40].

Выводы. В настоящее время существует много системных проблем применения законодательства, значительно препятствующих реализации прав инвалидов в сфере социальной

защиты. Для их решения необходимо увеличение финансирования из федерального бюджета, ужесточение контроля за целевым использованием средств, повышение юридической ответственности за нарушение прав инвалидов, устранение пробелов правового регулирования, экономическое и правовое обеспечение внедрения инновационных форм социальной поддержки инвалидов (поддерживаемое проживание, сопровождаемая занятость, и т.д.).

Список литературы:

1. Бюллетень Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации. – 2017. - № 3. 197 с.
Byulleten Upolnomochennogo po pravam cheloveka v Rossijskoj Federacii. – 2017. - № 3. 197 s.
2. Доклад «Об основных нарушениях в сфере помощи детям и взрослым с инвалидностью и путях их преодоления» 2017 г. // Особое детство [сайт]. URL: <http://www.osoboedetstvo.ru/post/2017/09/ob-osnovnyh-narusheniyah-v-sfere-pomoshchi-detyam-i-vzroslym-s-invalidnostyu-i-putyah> (дата обращения 02.08.2018).
Doklad «Ob osnovnyh narusheniyah v sfere pomoshi detyam i vzroslym s invalidnostyu i putyakh ih preodoleniya» 2017 g. // Osoboe detstvo [sajt]. URL: <http://www.osoboedetstvo.ru/post/2017/09/ob-osnovnyh-narusheniyah-v-sfere-pomoshchi-detyam-i-vzroslym-s-invalidnostyu-i-putyah> (data obrasheniya 02.08.2018).
3. Доклад Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации за 2017 г. // Уполномоченный по правам человека в Российской Федерации [официальный сайт]. URL: http://ombudsmanrf.org/ombudsman/document/ezhegodnye_doklady (дата обращения 03.08.2018).
Doklad Upolnomochennogo po pravam cheloveka v Rossijskoj Federacii za 2017 g. // Upolnomochennyj po pravam cheloveka v Rossijskoj Federacii [oficialnyj sajt]. URL: http://ombudsmanrf.org/ombudsman/document/ezhegodnye_doklady (data obrasheniya 03.08.2018).
4. Жаворонков Р.Н. Обеспечение доступа детей с ограниченными возможностями здоровья к общему образованию: анализ правоприменительной практики субъектов РФ. // Дефектология. – 2017. - № 3. С. 69 – 77.
Zhavoronkov R.N. Obespechenie dostupa detej s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorovya k obshemu obrazovaniyu: analiz pravoprimeritelnoj praktiki subektov RF. // Defektologiya. – 2017. - № 3. S. 69 – 77.
5. Конвенция ООН о правах инвалидов // СЗ РФ. 2013. № 6. Ст. 468.
Konvenciya OON o pravah invalidov // SZ RF. 2013. № 6. St. 468.
6. Кулагина Е.В. Социальная политика в отношении инвалидов в государствах благосостояния и России: переход к независимой жизни и инклюзии. // Национальные интересы: приоритеты и безопасность. – 2017. - Т. 13, № 10. - С. 1944 - 1971.
Kulagina E.V. Socialnaya politika v otnoshenii invalidov v gosudarstvah blagosostoyaniya i Rossii: perehod k nezavisimoy zhizni i inklyuzii. // Nacionalnye interesy: priorityety i bezopasnost. – 2017. - T. 13, № 10. - S. 1944 - 1971.
7. Курачев Д.Г., Курачева Л.Г. Социальный мониторинг доступной среды: восприятие инвалидами объектов инфраструктуры. // Инклюзивное образование: теория и практика: сборник материалов II международной научно-практической конференции / отв. ред. О. Ю. Бухаренкова, О. С. Кузьмина. Орехово-Зуево: Редакционно-издательский отдел ГГТУ. 2017. С. 82 – 93.
Kurachev D.G., Kuracheva L.G. Socialnyj monitoring dostupnoj sredy: vospriyatie invalidami obektov infrastruktury. // Inklyuzivnoe obrazovanie: teoriya i praktika: sbornik materialov II mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii / otv. red. O. Yu. Buharenkova, O. S. Kuzmina. Orehovo-Zuevo: Redakcionno-izdatelskij otdel GGTU. 2017. S. 82 – 93.
8. Лига М.Б., Щеткина И.А., Пояркова З.Д. Оценка инвалидами реализации государственной программы «Доступная среда». // Социологические исследования. – 2016. - № 4. - С. 75 – 78.
Liga M.B., Shetkina I.A., Poyarkova Z.D. Ocenka invalidami realizacii gosudarstvennoj programmy «Dostupnaya sreda». // Sociologicheskie issledovaniya. – 2016. - № 4. - S. 75 – 78.
9. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации Федеральный закон от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ // СЗ РФ. 1995. № 48. Ст. 4563.
O socialnoj zashite invalidov v Rossijskoj Federacii Federalnyj zakon ot 24.11.1995 g. № 181-FZ // SZ RF. 1995. № 48. St. 4563.
10. Первоначальный доклад Российской Федерации о выполнении Конвенции о правах инвалидов «О мерах, принятых для осуществления обязательств по Конвенции о правах инвалидов, и о прогрессе, достигнутом в соблюдении прав инвалидов в течение двух лет после ее вступления в силу для Российской Федерации». // Министерство труда и социальной защиты населения в

Российской Федерации [официальный сайт]. URL: <http://www.rosmintrud.ru/docs/mintrud/handicapped/74> (дата обращения 02.08.2018).

Pervonachalnyj doklad Rossijskoj Federacii o vypolnenii Konvencii o pravah invalidov «O merah, prinyatyh dlya osushchestvleniya obyazatelstv po Konvencii o pravah invalidov, i o progresse, dostignutom v soblyudenii prav invalidov v techenie dvuh let posle ee vstupleniya v silu dlya Rossijskoj Federacii». // Ministerstvo truda i socialnoj zashity naseleniya v Rossijskoj Federacii [oficialnyj sajt]. URL: <http://www.rosmintrud.ru/docs/mintrud/handicapped/74> (data obrasheniya 02.08.2018).

11. Терскова С.Г., Гаврилова Е.С., Юркова Е.Е. Результаты реализации федеральной программы «Доступная среда» на 2011 – 2015 гг.: социологический анализ. // Гуманитарные научные исследования. – 2016. - № 2 (54). - С. 216 – 222.
Terskova S.G., Gavrilova E.S., Yurkova E.E. Rezultaty realizacii federalnoj programmy «Dostupnaya sreda» na 2011 – 2015 gg.: sociologicheskij analiz. // Gumanitarnye nauchnye issledovaniya. – 2016. - № 2 (54). - S. 216 – 222.
12. Федеральный реестр инвалидов [сайт]. URL: <https://sfri.ru/stat/> (дата обращения 02.08.2018).
Federalnyj reestr invalidov [sajt]. URL: <https://sfri.ru/stat/> (data obrasheniya 02.08.2018).

УДК 616-036.865

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ФОРМИРОВАНИЯ ТИПОВОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ СУБЪЕКТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Шошмин А.В.¹, Владимирова О.Н.^{1,2}

¹ ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России

² ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России

Россия, Санкт-Петербург

MAIN PRINCIPLES OF FORMATION OF A MODEL PROGRAMME OF REHABILITATION IN A REGION OF THE RUSSIAN FEDERATION

Shoshmin A.V.¹, Vladimirova O.N.^{1,2}

¹Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled n.a. G.A. Albrecht" of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation

²Federal State Budgetary Institution of Additional Professional Education "St. Petersburg Institute for Advanced Expert Physicians" of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation (FSBIAPE SPIAEP of the Ministry of Labour of Russia)

Russia, St. Petersburg

Аннотация: В статье рассмотрены основные принципы развития системы реабилитации в субъекте Российской Федерации программно-целевым методом. Определены основные цели, задачи, особенности управления программой.

Abstract. The main principles of development of the rehabilitation system in a region of the Russian Federation with the programme-target method are considered in the article. The main goals, tasks, and features of the programme management are defined.

Ключевые слова: реабилитация, система реабилитации, инвалиды, управление реабилитацией.

Key words. rehabilitation, system of rehabilitation, disabled people, rehabilitation management.

В результате анализа и на основе экспертной оценки международных и федеральных нормативно-правовых, организационных и методических документов, анализа 54 программ субъектов Российской Федерации по развитию реабилитации в регионе, а также зарубежного и российского опыта была разработана программа формирования и реализации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов в субъекте Российской Федерации (типовой программы реабилитации субъекта Российской Федерации).

Рассмотрен широкий круг вопросов в рамках вокруг шести основных элементов системы реабилитации: руководство и управление, предоставление услуг, персонал, технологии, финансы и информационные системы. Эти вопросы структурированы в соответствии со следующими принципами: население, воздействие, контроль и результат.

В разработанной методике представлены организация и технология работы по разработке и реализации Программы. Описаны подготовительные работы, необходимые для разработки Программы, а именно технология определения потребностей инвалидов, в том числе детей-инвалидов, в реабилитации и абилитации, описания существующих реабилитационных ресурсов в субъекте Российской Федерации, а также для разработки необходимых мер, обеспечивающих потребности инвалидов в реабилитации.

Определены цель и задачи, организация работы разработчиков Программы; содержание основных этапов мониторинга и документооборот; описаны необходимые мероприятия по реализации Программы.

В целом разработка Программы состоит из следующих этапов:

- оценка потребностей инвалидов в реабилитационных/абилитационных мероприятиях, включая раннюю помощь, в субъекте Российской Федерации;
- описание имеющихся в субъекте Российской Федерации реабилитационных/абилитационных ресурсов независимо от ведомственной принадлежности и форм собственности;
- оценка соответствия имеющихся ресурсов потребностям инвалидов, включая детей-инвалидов;
- определение направления развития реабилитации/абилитации инвалидов в субъекте Российской Федерации, включая детей-инвалидов;
- формирование нормативно-методической базы;
- определение мероприятий программы;
- формирование системы контроля и развития программы.

Разрабатываемые на основе методики программы должны обеспечивать устойчивость системы реабилитации и абилитации в субъекте Российской Федерации, ее развитие, высокое качество, методологическую и организационную целостность.

Основные задачи должны быть направлены на защиту прав и интересов инвалидов [1], детей-инвалидов, нуждающихся в услугах ранней помощи, усиление социальной поддержки и повышение качества жизни инвалидов, социальную интеграцию инвалидов в общество, снижение уровня инвалидности

Цели, задачи и целевые показатели программы должны соответствовать действующим Государственным программам Российской Федерации. Мероприятия программы должны обеспечивать достижение целевых показателей. Основной целью разрабатываемой программы, в соответствии с Государственной программой Российской Федерации «Доступная среда» на 2011-2020 годы, является создание правовых, экономических и институциональных условий, способствующих интеграции инвалидов в общество и повышению уровня их жизни.

В рамках этой цели существуют цели подпрограмм и связанные с ними цели: повышение уровня доступности приоритетных объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов и других маломобильных групп населения; повышение уровня обеспеченности инвалидов реабилитационными и абилитационными услугами, а также повышение уровня профессионального развития и занятости инвалидов; реализации прав и основных свобод инвалидов.

Следует учитывать, что приоритетные цели, задачи и объекты определяются непосредственно субъектами Российской Федерации с участием представителей региональных общественных организаций инвалидов, родителей и других общественных организаций, занимающихся реабилитацией/абилитацией инвалидов/детей-инвалидов, предоставлением услуг ранней помощи.

Исходя из целей, можно сформулировать основные задачи, которые предстоит решать в рамках разрабатываемой программы. Оптимальным является рассмотрение задач по отдельным направлениям реабилитации в приоритетных сферах жизнедеятельности: в здравоохранении, социальной защите, образовании, труде и занятости, физкультуре и спорте.

Можно выделить общеведомственные задачи региональной программы:

- создание системы управления реабилитацией и предоставлением услуг ранней помощи и контроля их проведения в субъекте Российской Федерации, как в период выполнения программных мероприятий, так и после их завершения [2];
- нормативно-правовое и организационно-методическое обеспечение реализации мероприятий, направленных на совершенствование комплексной реабилитации и абилитации инвалидов;
- повышение уровня доступности реабилитационных услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов и других маломобильных групп населения;
- изучение качества жизни лиц с ограниченными возможностями, семей, нуждающихся в услугах ранней помощи;
- формирование кадрового состава системы реабилитации инвалидов/детей-инвалидов,

- предоставлением услуг ранней помощи в соответствии с потребностью в этих услугах;
- информационная поддержка системы комплексной реабилитации/абилитации инвалидов/детей-инвалидов и услуг ранней помощи;
 - формирование междисциплинарного научно-методического центра субъекта Российской Федерации, аккумулирующего информацию о методиках оценки состояния инвалидов/детей-инвалидов/нуждающихся в ранней помощи, о методах и методиках реабилитации, организующих работу по объединению инвалидов в общественные организации, стимулирующих появление благотворительных фондов и пр.;
 - формирование условий для просвещенности граждан в вопросах инвалидности и устранения отношенческих барьеров.

Формирование разделов Типовой программы для обеспечения комплексности реабилитации граждан должно проводиться разными ведомствами и соответствовать следующим принципам.

Целью раздела типовой программы может быть развитие системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, ведомством в виде формирования системы организаций, обеспечивающих реабилитационный и абилитационный процессы, оказания услуг ранней помощи и сопровождение инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на основе эффективного межведомственного взаимодействия при обеспечении социальной защиты инвалидов, в том числе детей-инвалидов, а также сопровождения инвалидов, в том числе детей-инвалидов, и (или) их семей.

Для достижения этой цели должны быть решены следующие задачи:

- определение потребности инвалидов [3] в услугах ведомства по реабилитации и абилитации, предоставления услуг ранней помощи;
- повышение уровня доступности реабилитационных и абилитационных услуг, услуг ранней помощи профильными учреждениями;
- формирование условий для развития системы комплексной реабилитации, в том числе детей-инвалидов, услуг ранней помощи;
- нормативно-правовое и организационно-методическое обеспечение реализации мероприятий, направленных на совершенствование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, оказание услуг ранней помощи;
- повышение уровня доступности реабилитационных/абилитационных услуг, услуг ранней помощи в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов и других маломобильных групп населения.

Организационно-управленческие основы системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов включают в себя, в том числе, определение и разграничение полномочий при разработке и реализации программы субъекта Российской Федерации между федеральными учреждениями МСЭ, органами исполнительной власти субъекта Российской Федерации и органами исполнительной власти муниципалитета [4].

Развитие системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, является предметом совместного ведения федеральных, региональных и муниципальных органов власти, а также организаций независимо от организационно-правовых форм. Вместе с тем, следует отметить, что полномочия не всегда достаточно четко сформулированы в нормативных правовых документах. Принимаемые на уровне субъекта Российской Федерации документы должны максимально конкретизировать эти полномочия.

Система управления программой должна гарантировать достижение поставленных целей. Для реализации программы может предусматриваться разработка и внедрение механизмов управления проектами, обеспечивающих рациональное сочетание федеральных, региональных, отраслевых интересов и интересов организаций.

В ходе реализации программы должны быть реализованы механизмы информирования представителей бизнеса об открывающихся возможностях по коммерциализации и освоению передовых технологий, а также инвесторов о потенциальных направлениях и условиях вложения средств.

До начала реализации программы руководителем заказчика-координатора утверждается *Положение об управлении программой*, определяющее порядок взаимодействия государственных заказчиков программы, функции и полномочия создаваемых органов в системе управления программой, порядок принятия решений, порядок формирования организационно-финансового плана реализации программы, механизмы корректировки мероприятий программы и их ресурсного обеспечения в ходе реализации программы, процедуры обеспечения публичности (открытости) информации о значениях целевых индикаторов и показателей реализации программы, результатах

мониторинга ее выполнения, об условиях участия в программе исполнителей, а также о проводимых конкурсах и критериях определения победителей, проведения независимой экспертизы.

Контроль и организация комплексных проверок хода реализации программы возлагаются на государственного заказчика - координатора программы.

Примерный порядок взаимодействия органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации при реализации Программы субъекта может быть следующим.

Государственные заказчики программы:

- готовят ежегодно доклад о ходе реализации программы;
- осуществляют ведение ежеквартальной отчетности по реализации программы;
- готовят ежегодно в установленном порядке предложения по уточнению перечня программных мероприятий на очередной финансовый год, уточняют затраты по программным мероприятиям, а также механизм реализации программы;
- разрабатывают перечень показателей для мониторинга реализации программных мероприятий;
- осуществляют отбор на конкурсной основе исполнителей работ и услуг, а также поставщиков продукции по каждому программному мероприятию;
- согласовывают с основными участниками программы возможные сроки выполнения мероприятий, объемы и источники финансирования;
- организуют проведение специализированной экспертизы проекта программы и в соответствии с ее результатами, а также с результатами независимой экспертизы осуществляют его доработку;
- организуют внедрение информационных технологий в целях управления реализацией программы и контроля за ходом программных мероприятий;
- организуют размещение информации, в том числе в электронном виде, о ходе и результатах реализации программы, финансировании программных мероприятий, привлечении внебюджетных средств, проведении конкурсов на участие в реализации программы и порядке участия в ней инвесторов.

В целях привлечения общественности к управлению реализацией программы государственный заказчик - координатор программы может создать Межведомственную комиссию при руководителе субъекта Российской Федерации-научно-координационный совет программы. В его состав входят ученые и специалисты в соответствующих областях, представители предпринимательского сообщества, общественных, политических, в том числе молодежных, объединений, а также представители государственного заказчика - координатора программы, государственных заказчиков программы и других органов исполнительной власти.

Текущее управление реализацией подпрограммы осуществляет *координационный совет при руководителе субъекта Российской Федерации*.

Таким образом, заложенные в методику основные принципы формирования программы развития системы реабилитации способствует объективизации и систематизации информации о потребностях инвалидов, в том числе детей-инвалидов, в реабилитации и абилитации; формированию описания ресурсов субъекта Российской Федерации и на федеральном уровне в области реабилитации и абилитации, а также информационно-справочных материалов для специалистов и граждан; принятию обоснованных управленческих решений с учетом потребностей инвалидов; объективному контролю и оценке эффективности реализации региональной программы по формированию комплексной системы реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов и позволяют сформировать систему реабилитации на качественно новом уровне.

Список литературы

- 1 Конвенция о правах инвалидов. – ООН, 2006. - http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml (дата обращения: 28.09.2016).
Konvenciya o pravah invalidov. – OON, 2006.
http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml (data obrasheniya: 28.09.2016).
- 2 Основы управления реабилитационными ресурсами / А.В. Шошмин, Н.В. Мартынова, Я.К. Бесстрашнова, Т.В. Зима. – СПб.: Знак, 2009. – 96 с.
Osnovy upravleniya reabilitatsionnymi resursami / A.V. Shoshmin, N.V. Martynova, Ya.K. Besstrashnova, T.V. Zima. – SP.: Znak, 2009. – 96 s.
- 3 Deci E.L., Ryan R.M. The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior // Psychological Inquiry. – 2000. - № 11. – P.227-268.
- 4 Владимиров О.Н. Развитие региональной системы реабилитации инвалидов в свете реформ российского законодательства / О.Н. Владимиров // Реабилитация детей с ограниченными

возможностями здоровья в условиях учреждений социального обслуживания. Сборник материалов всероссийской научно-практической конференции. – Ставрополь: Бюро новостей, 2016. – С.40-43
Vladimirova O.N. Razvitie regionalnoj sistemy reabilitacii invalidov v svete reform rossijskogo zakonodatelstv / O.N. Vladimirova // Reabilitaciya detej s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorovya v usloviyah uchrezhdenij socialnogo obsluzhivaniya. Sbornik materialov vserossijskoj nauchno-prakticheskoj konferencii. – Stavropol: Byuro novostej, 2016. – S.40-43

УКРЕПЛЕНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ: ОТ АНАЛИЗА СИТУАЦИИ ДО РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА

Бойа Нуграха, Кристоф Гутенбруннер
Ганноверская медицинская школа

Германия, Ганновер

STRENGTHENING REHABILITATION MEDICINE: FROM SITUATION ANALYSIS TO PROJECT IMPLEMENTATION

Boya Nugraha, Christoph Gutenbrunner
Department of Rehabilitation Medicine, Hannover Medical School,

Germany, Hannover

Аннотация: Перемещение глобальных тенденций в отношении эпидемиологии здоровья, людей с инвалидностью было увеличено из-за хронических состояний здоровья, старения населения, увеличения выживаемости, последствий заболевания и других. Эти тенденции делают акцент на смещении политики здравоохранения и здравоохранения на долгосрочное управление хроническими состояниями, ухудшение, которое связано с реабилитацией.

Abstract. The shifting of global trends regarding the health epidemiology, the people with disability have been increased because of chronic health conditions, ageing population, increase of survival rate, consequences of disease, among others. These trends emphasis the shift of healthcare and health-related policy to the long-term management of chronic conditions, impairment, which is related to rehabilitation.

Ключевые слова: реабилитационная медицина, стратегия.

Key words. rehabilitation medicine, strategy.

Предпосылки и цели

Организация Объединенных Наций по Конвенции о правах инвалидов (UN-CRPD, ООН, 2006) заявляет, что доступ к реабилитации является одним из прав человека. В соответствии с данными эпидемиологии, представленными в «Всемирном докладе об инвалидности» (WRD, WHO, 2011), ВОЗ предлагает действия по укреплению реабилитационных услуг, которые являются одной из целей Глобального плана действий по инвалидности 2014-2021: улучшение здоровья людей с инвалидностью (GDAP, WHO, 2014). Позже, в 2017 году, ВОЗ запустила Рекомендацию о реабилитации в системе здравоохранения (ВОЗ, 2017 год).

В ответ на документы многие страны включили свою национальную повестку дня в целях укрепления реабилитации. Поэтому в этой статье кратко описывается, как усилить реабилитационное обслуживание в системе здравоохранения, особенно на уровне макро и мезо.

Методы

Существует несколько шагов по укреплению служб реабилитации на национальном или субнациональном уровне. Вкратце, используются несколько методологий, включая ситуационный анализ текущих реабилитационных услуг с использованием Инструмента оценки реабилитационных услуг (RSAT), посещение сайта для реабилитационных служб, анализ пробелов, предложение списка рекомендаций и диалог с заинтересованными сторонами проекта и перенос их на здоровье системных строительных блоков.

Результаты

Прежде чем усилить реабилитацию, ситуационный анализ в отношении текущего состояния реабилитации на уровне системы здравоохранения на страновом уровне является предпосылкой. Для этой цели можно использовать RSAT. Посещение места реабилитационных служб и министерств, связанных с реабилитацией и инвалидностью, также является важным шагом. Зная текущую

ситуацию, можно провести анализ пробелов. Предлагаемый список рекомендаций для укрепления и реализации проекта вводится и обсуждается с несколькими заинтересованными сторонами, связанными с инвалидностью и реабилитацией, такими как министерства здравоохранения, министерство социального обеспечения, профессиональные организации (например, физический врач и реабилитационная медицина, физиотерапевт, протезист и ортопеды), Академические учреждения, Организация инвалидов и другие соответствующие заинтересованные стороны. Чтобы быть более понятным министерством здравоохранения, согласованный список рекомендаций и проектов реализации переносится в блоки системы здравоохранения.

Проекты по укреплению реабилитационных услуг на национальном уровне были сделаны в трех странах авторами, а именно Египтом, Украиной и Корейской Народно-Демократической Республикой. Анализ ситуации в каждой стране приводит к различным рекомендациям и предложениям по реализации проектов. Хотя были предложены и некоторые аналогичные предложения по реализации проекта. Некоторые основные важные моменты, которые необходимо включить в проекты реализации, как указано в Рекомендации: Реабилитация в системе здравоохранения:

- Услуги по реабилитации должны быть интегрированы в системы здравоохранения.
- Услуги по реабилитации должны быть интегрированы в первичный, вторичный и третичный уровни систем здравоохранения и между ними.
- Должна быть обеспечена многопрофильная рабочая сила по реабилитации.
- Должны быть доступны как коммунальные, так и больничные службы.
- Больницы должны включать специализированные реабилитационные отделения для стационарных пациентов со сложными потребностями.
- Финансовые ресурсы должны выделяться на реабилитационные услуги для реализации и поддержания рекомендаций по предоставлению услуг.
- Если медицинская страховка существует или должна стать доступной, она должна охватывать реабилитационные услуги.

Вывод

В дополнение к доступу к услугам реабилитации — это право человека и часть всеобщего охвата здравоохранением, глобальная тенденция эпидемиологии изменила необходимость укрепления реабилитации во всем мире.

Background and Aims

United Nations on Convention on the Rights of People with Disability (UN-CRPD; UN, 2006) states that access to rehabilitation is a human right. Following the epidemiology data that presented on World Report on Disability (WRD; WHO, 2011), WHO proposes actions to strengthen rehabilitation services which is one of objectives in Global Disability Action Plan 2014-2021: Better Health for People with Disability (GDAP; WHO, 2014). Later on, in 2017, WHO launched the Recommendation of Rehabilitation in health system (WHO, 2017).

Responding to the documents, many countries put on their national agenda to strengthen rehabilitation. Therefore, this article describes in brief how to strengthen rehabilitation service at health system, particularly at macro and meso level.

Methodology

There are several steps to strengthen rehabilitation services at national or subnational level. In brief, several methodologies are used, including situation analysis of current rehabilitation services by using Rehabilitation Service Assessment Tool (RSAT), site visit to the rehabilitation services, gap analysis, propose list of recommendation and project stakeholder dialogue, and transpose them to the health system building blocks.

Results

Before strengthening rehabilitation is performed, situation analysis with regard to the current situation of rehabilitation at health system level at the country level is a pre-requisite. For this purpose, RSAT can be used. Site visit to the rehabilitation services and ministries related to rehabilitation and disability is also an important step. Having known the current situation, gap analysis can be done. Proposing list of recommendation for strengthening and implementation project is introduced and discussed with several stakeholders related to disability and rehabilitation, such as Ministries of Health, Ministry of Social welfare, professional organizations (e.g. Physical and Rehabilitation Medicine physician, Physiotherapist, Prosthetist and Orthotists), Academic institutions, Organization of People with Disabilities and other relevant stakeholders. To be easier understandable by ministry of health, the agreed list of recommendation and implementation projects is transposed to the health system building blocks.

Projects to strengthen rehabilitation services at national level have been done in 3 countries by authors, namely Egypt, Ukraine and Democratic People's Republic of Korea. Situation analysis of each country lead to different recommendation and implementation project proposals. Although some similar implementation project proposals have been proposed, too. Some principal important points that need to be included in implementation projects, as stated in the Recommendation: Rehabilitation in Health System are:

- Rehabilitation services should be integrated in health systems.
- Rehabilitation services should be integrated into and between primary, secondary and tertiary levels of health systems.
- A multi-disciplinary rehabilitation workforce should be available.
- Both community and hospital rehabilitation services should be available.
- Hospitals should include specialized rehabilitation units for inpatients with complex needs.
- Financial resources should be allocated to rehabilitation services to implement and sustain the recommendations on service delivery.
- Where health insurance exists or is to become available, it should cover rehabilitation services.

Conclusion

In addition to the access to rehabilitation services is a human right and part of Universal Health Coverage, global trend of epidemiology has changed the need of strengthening rehabilitation worldwide.

Reference

1. World Health Organization. (2006). Constitution of the World Health Organization – Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, October 2006.
2. World Health Organization, The World Bank. World report on disability. Geneva: WHO; 2011.
3. World Health Organization. Global Disability Action Plan. Geneva: WHO; 2014. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/199544/1/9789241509619_eng.pdf?ua=1.
4. United Nations. Convention on the rights of persons with disabilities 2006. Geneva: UN. Available from: [http://](http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml)
5. www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml
6. Gutenbrunner C, Tederko P, Grabljevec K, Nugraha B. Responding to the World Health Organization Global Disability Action Plan in Ukraine: Developing a National Disability, Health and Rehabilitation Plan. J Rehabil Med 2018; 50: 338–341.
7. Gutenbrunner C, Nugraha B. Responding to the World Health Organization Global Disability Action Plan in Egypt: A Technical Consultation to Develop a National Disability, Health and Rehabilitation Plan. J Rehabil Med 2018; 50: 333–337.
8. Nugraha B, Gutenbrunner C. Situation analysis of rehabilitation service to support the national disability and rehabilitation plan in the Democratic People's Republic of Korea. J Rehabil Med 2018; 50: 342–345.
9. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. Geneva: WHO; 2001.

УДК 364.444

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ, ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ В ПЕРМСКОМ КРАЕ

Бронников В.А., Григорьева М.И., Складная К.А.
КГАУ «Центр комплексной реабилитации инвалидов»

Россия, Пермь

STRUCTURALLY AND FUNCTIONAL MODEL OF SOCIAL REHABILITATION AND ABILITATION OF DISABLED PEOPLE AND DISABLED CHILDREN IN THE PERM REGION

Bronnikov V.A., Grigoreva M.I., Sklyannaya K.A.

Center of Complex Rehabilitation of Disabled people,

Russia, Perm

Аннотация: Статья подготовлена в рамках реализации на территории Пермского края Пилотного проекта по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации

инвалидов, в том числе - детей-инвалидов; проекта «Развитие социальной реабилитации через образование» (Developing Social Rehabilitation through Education (SOCRE), финансируемого за счет гранта фонда Эразмус Европейского союза, project number 573733- EPP-1-2016-1-FI-EPPKA2-SVNE-JP). В статье описана структурно-функциональная модель трехуровневой системы реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе – детей-инвалидов, представлены методологическое обоснование модели и процесс ее внедрения в Пермском крае в рамках реализации Пилотного проекта по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе - детей-инвалидов.

Abstract. The article describes the structural and functional model of the three-level system of rehabilitation and habilitation for disabled people. In the article describes methodological aspects of the model and the process of its implementation in the Perm region.

Ключевые слова: структурно-функциональная модель реабилитации, уровни реабилитации.

Key words. structural and functional model of rehabilitation, levels of rehabilitation.

Введение.

С современных позиций медико-социальная реабилитация рассматривается как система и процесс мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушениями здоровья со стойким расстройством функций организма. В «Стратегии развития системы профилактики инвалидизации населения и реабилитации инвалидов Пермского края на 2014-2017 годы с учетом Международной классификации функционирования и здоровья» (Бронников В.А., Мавликаева Ю.А., Подлужная М.Я., 2014) (далее – Стратегия) система и процесс предполагает:

- проведение мероприятий по предупреждению (профилактике) инвалидности, что сегодня реализуется за счет открытия и развития служб ранней помощи, развитие системы медицинской реабилитации;

- развитие и совершенствование системы комплексной реабилитации инвалидов;

- создание условий для социальной интеграции и обеспечения жизнедеятельности инвалидов

[1].

В данной статье будут рассмотрены проблемные вопросы развития системы социальной реабилитации инвалидов.

Постановка проблемы: обоснование актуальности развития системы социальной реабилитации и абилитации инвалидов, детей-инвалидов в Пермском крае.

В Пермском крае сегодня проживает 2,6 млн. человек, из них 227 тыс. – инвалиды, в 9,7 тыс. – дети-инвалиды [2]. В общей численности инвалидов лица трудоспособного возраста составляют почти 60 тыс. человек, почти 160 тысяч – лица нетрудоспособного возраста. В соответствии с действующим федеральным и региональным законодательством им предоставляются услуги по социальной реабилитации [3], периодичность, количество и содержание которых определяется возрастом инвалида, зависят от нозологии и группы инвалидности. Реабилитационные услуги предоставляются в условиях дневного или временного пребывания, что определяется возможностями реабилитационной организации. В соответствии с рекомендацией ИПРА инвалиду или ребенку-инвалиду выдаются сертификаты на реабилитацию, которые можно реализовать в реабилитационных организациях Пермского края в течение 4 месяцев с момента его выдачи.

Анализ данных о получении инвалидами реабилитационных услуг показал, что среди инвалидов трудоспособного возраста очень низкий уровень обеспеченности реабилитационными услугами. Так, если по расчетам А.М. Дымочки потребность в реабилитационных услугах в Пермском крае составляет 28 356 курсов реабилитации [4], по данным Министерства социального развития Пермского края в территориальные управления Министерства поданы лишь 19 806 заявлений для получения реабилитационных услуг, получено 7 815 направлений и сертификатов на реабилитацию, которыми в 2017 году воспользовались 5 904 человек, в том числе – неоднократно (дети-инвалиды). Однако, в общей численности получивших реабилитационные услуги 72% составили дети-инвалиды, 18% - лица трудоспособного возраста, 10% - лица нетрудоспособного возраста. В среднем, среди лиц, в 2017 году признанных инвалидами первично доля реализации выписок из ИПРА составила всего 2%, среди лиц, признанных инвалидами повторно – 4%. Все это говорит о необходимости внесения изменений

в систему медико-социальной реабилитации, в том числе – с учетом современных научных подходов [5].

Модель социальной реабилитации инвалидов, детей-инвалидов в Пермском крае отличается от традиционной. С 2010 года услуги по социальной реабилитации в Пермском крае предоставляют учреждения системы социального обслуживания и иные реабилитационные организации независимо от форм собственности, прошедшие квалификационный отбор. В настоящее время систему социальной реабилитации составляют КГАУ «Центр комплексной реабилитации инвалидов», имеющий 10 отделений медико-социальной реабилитации в Перми и территориях Пермского края, 3 центра реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья, Пермский филиал ФГУП «Московское Протезно-ортопедическое предприятие» Минтруда России, 12 санаториев-профилакториев, 2 детских оздоровительных лагеря, 2 центра психолого-медико-социального сопровождения. При этом, поставщики реабилитационных услуг сегодня есть только в 14 территориях Пермского края, в 34 территориях края, в том числе – с высокой степенью инвалидизации населения, реабилитационных организаций нет [6].

Методологические основы развития системы социальной реабилитации и абилитации инвалидов, детей-инвалидов в Пермском крае.

В Стратегии представлено методологическое обоснование моделей медико-социальной реабилитации инвалидов: проведение медико-социальной реабилитации инвалидов (детей-инвалидов) в специализированных учреждениях (реабилитационных центрах или иных реабилитационных организациях) или организация медико-социальной реабилитации по месту жительства инвалидов (детей-инвалидов) [1]. Особое внимание при составлении Стратегии было рекомендовано уделять тем территориям Пермского края, где в настоящее время отсутствуют поставщики реабилитационных услуг, инвалиды (дети-инвалиды) вынужден обращаться за получением реабилитационных услуг в другие территории, что, с одной стороны, затрудняет реализацию ими права на реабилитацию, затрудняет процесс реализации полученных сертификатов на реабилитацию, с другой стороны, обуславливает необходимость предоставления данным гражданам реабилитационных услуг в условиях временного пребывания, что ведет к повышению себестоимости реабилитационных услуг.

Участие Пермского края в Пилотном проекте по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов (далее

Пилотный проект) позволило Пермскому краю апробировать методические рекомендации Минтруда по организации системы реабилитации [7], на основании которых была разработана концепция трехуровневой системы медико-социальной реабилитации инвалидов (детей-инвалидов).

Перспективная трехуровневая система социальной реабилитации и абилитации инвалидов, детей-инвалидов в Пермском крае.

В процессе разработки и реализации модели трехуровневой системы медико-социальной реабилитации были поставлены следующие задачи:

1. Организация эффективной комплексной, медико-социальной и социальной реабилитации инвалидов, детей-инвалидов в Пермском крае с учетом их индивидуальных особенностей и потребностей.

Повышение доступности реабилитационных услуг для инвалидов, детей-инвалидов в Пермском крае за счет выстраивания маршрутизации и оптимизации расходов.

Приведение системы оказания реабилитационных услуг в соответствие с рекомендациями Министерства труда и социальной защиты РФ.

Обоснованность укомплектования реабилитационных учреждений оборудованием и кадрами.

Модель представляет собой процесс организации медико-социальной реабилитации инвалидов в рамках трех уровней.

Третий уровень реабилитационных служб представляют собой специализированные центры комплексной реабилитации инвалидов, реабилитационные организации и учреждения краевого уровня, цель которых – создание условий для качественной, эффективной и своевременной комплексной, в том числе – медико-социальной, реабилитации инвалидов и детей-инвалидов. Предполагается, что данные учреждения должны соответствовать требованиям, предъявляемым к многопрофильным реабилитационным центрам уровней «комплексный» и «расширенный» [7], центры должны быть оснащены современным реабилитационным оборудованием, специалисты данных центров должны иметь соответствующую подготовку. В рамках Пилотного проекта

соответствующее оборудование было приобретено, специалисты прошли соответствующее обучение, имеющиеся центры реабилитации инвалидов и детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья в Перми, Юсьве, Чайковском и Березниках готовы выполнять возложенные на них функции.

Реабилитационные организации второго уровня – это поставщики реабилитационных услуг Пермского края всех форм собственности, прошедшие квалификационный отбор [8]. На данном уровне реабилитация инвалидов, детей-инвалидов проводится по выдаваемым им сертификатам, предполагает возможность получения реабилитационных услуг у любого поставщика, прошедшего квалификационный отбор, в пределах Пермского края. Цель организации медико-социальной реабилитации на данном уровне – обеспечение условий для качественной, эффективной и своевременной медико-социальной реабилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, в соответствии с рекомендациями ИПРА.

Получателями реабилитационных услуг на втором уровне должны быть дети-инвалиды и инвалиды трудоспособного возраста, признанные инвалидами впервые, имеющие вторую степень ограничения жизнедеятельности, кроме имеющих двигательные нарушения, а также дети-инвалиды и инвалиды трудоспособного возраста, признанные инвалидами повторно, имеющие вторую степень ограничения жизнедеятельности, ранее получавшие реабилитационные услуги в организациях третьего уровня.

Цель медико-социальной реабилитации инвалидов (детей-инвалидов) в организациях первого уровня – реализация мероприятий ИПРА по месту проживания инвалида, социальная поддержка инвалидов, в том числе детей-инвалидов, помощь в оборудовании жилых помещений, социальное сопровождение, оказание услуг по правовому и психологическому консультированию, социальное посредничество при решении проблем инвалидов и семей, имеющих детей-инвалидов. Реабилитационные услуги в организациях первого уровня будут получать дети-инвалиды и инвалиды трудоспособного возраста, инвалиды нетрудоспособного возраста, имеющие первую степень ограничений жизнедеятельности, а также дети-инвалиды, инвалиды трудоспособного возраста, инвалиды нетрудоспособного возраста, имеющие вторую степень ограничения жизнедеятельности, ранее получавшие реабилитационные услуги в организациях второго и третьего уровня. Причем, организация социальной реабилитации на третьем уровне предполагает, с одной стороны, предоставление реабилитационных услуг инвалидам, имеющих в этом потребность, организацию процесса реализации ими всех мероприятий ИПРА (например, инвалидов трудоспособного возраста с нарушениями речи или двигательными нарушениями). С другой стороны, на данном уровне будут оказываться разовые реабилитационные услуги: психологическое консультирование, логопедическое консультирование, правовое консультирование, информирование об организациях, предоставляющих инвалидам и семьям, имеющих детей-инвалидов услуги по социально-бытовой адаптации и социально-средовой реабилитации и т.д. Специфика организации социальной реабилитации на данном уровне – создание условий для максимального удовлетворения потребностей инвалидов, детей-инвалидов по месту их проживания, организация реабилитационного пространства по месту жительства (месту проживания) инвалида, ребенка-инвалида. Благодаря использованию ресурсов местных сообществ будет обеспечено увеличение охвата получателей реабилитационных услуг, будет в большей степени реализовываться принцип адресности и индивидуального подхода в процессе реабилитации. За счет перераспределения финансовых, кадровых, институциональных ресурсов (с более дорогостоящих реабилитационных программ, предполагающих проживание инвалида, ребенка-инвалида в реабилитационных организациях на менее дорогостоящие программы временного пребывания или разовые услуги) будет достигнута экономическая эффективность.

Важно отметить, что организация социальной реабилитации по месту жительства клиентов методологически основана на концепции *community-based rehabilitation* (реабилитации на уровне местной общины) Всемирной организации здравоохранения [9].

Планируемый и реализуемый процесс развития реабилитационных служб третьего уровня представлен на рис.1.



Рис. 1. Процесс реализации мероприятий по открытию реабилитационных служб третьего уровня.

В настоящее время в Пермском крае третий уровень реабилитационных организаций отсутствует, поэтому в рамках реализации Пилотного проекта появилась идея создания системы поставщиков реабилитационных услуг данного уровня. Систему организаций составят учреждения стационарного социального обслуживания (дома-интернаты для престарелых и инвалидов, психоневрологические интернаты), и территориальные управления Министерства социального развития Пермского края, которые сегодня курируют деятельность социальных участков, одной из функций которых будет, в том числе, организация реабилитации в микросоциальной среде, по месту жительства клиентов. На данный момент 9 юридических лиц – учреждений стационарного социального обслуживания Пермского края (22 их филиала и отделения) и 2 дома-интерната для детей-инвалидов готовы выступить в качестве реабилитационных организаций третьего уровня. Это особо важно для тех территорий Пермского края, где поставщиков реабилитационных услуг в настоящее время нет вообще. Содействовать организации реабилитации по месту жительства готовы и 48 территориальных управлений Министерства социального развития Пермского края, при которых активно развивается институт социальных участков.

С целью нормативно-правового обеспечения функционирования трехуровневой системы реабилитации инвалидов, детей-инвалидов в Пермском крае в настоящее время в соответствии с действующим международным, федеральным и краевым законодательством разрабатываются региональные нормативные акты:

- Соглашение о сотрудничестве Министерства здравоохранения Пермского края и Министерства социального развития Пермского края о взаимодействии в части реализации мероприятий, предусмотренных индивидуальной программой реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов (ИПРА), направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности инвалидов трудоспособного возраста в целях их социальной адаптации на основе этапной, комплексной медико-социальной реабилитации (новая редакция).
- Приказ Министерства здравоохранения Пермского края «Об организации работы по реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов трудоспособного возраста».
- Приказ Министерства социального развития Пермского края «О порядках в сфере оказания реабилитационных услуг» (новая редакция).
- Приказ Министерства здравоохранения Пермского края «Об утверждении Положения о межведомственной комиссии по разработке плана мероприятий медицинской и социальной реабилитации и абилитации инвалидов трудоспособного возраста».

Для обеспечения деятельности трехуровневой системы в рамках реализации Пилотного проекта:

1. Уточнены и конкретизированы разработанные стандарты оказания услуг по медико-социальной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов с двигательными и ментальными нарушениями с учетом уровней реабилитации. Разрабатываются методические рекомендации по внедрению стандартов в реабилитационных учреждениях.

2. Разработана методика маршрутизации инвалидов, детей-инвалидов на основе модифицированной шкалы Рэнкин, шкалы реабилитационной маршрутизации (ШРМ) и основных ограничений жизнедеятельности инвалидов, детей-инвалидов.

3. На основе методических рекомендаций Минтруда и в соответствии с Международной классификацией функционирования приобретено оборудование для реабилитационных организаций всех уровней, разрабатываются методические рекомендации по размещению оборудования в реабилитационных организациях, его применению и оценке эффективности его использования.

В соответствии с идеей организации социальной реабилитации по месту жительства социальные участковые должны в полной мере владеть навыками грамотного анализа и эффективного привлечения ресурсов местного сообщества для решения проблем инвалидов и семей с детьми-инвалидами, должны быть компетентны в организации деятельности междисциплинарной команды специалистов, быть способны вести (курировать, сопровождать) каждый реабилитационный случай. Для этого на основе разработанного и актуализированного в рамках Пилотного проекта профессионального стандарта «Специалист по реабилитационной работе в социальной сфере» подготовлены программы обучения специалистов организаций и учреждений, оказывающих реабилитационные услуги.

Таким образом, можно говорить о потребности о возможностях для реализации трехуровневой модели социальной реабилитации инвалидов, детей-инвалидов в Пермском крае.

Список литературы

1. Об утверждении Концепции мероприятий, направленных на развитие системы профилактики инвалидизации населения и реабилитации инвалидов на территории Пермского края, на 2014-2016 годы: Постановление Правительства Пермского края от 29 мая 2014 г. №418-п.

Ob utverzhdenii Konceptii meropriyatij, napravlennyh na razvitie sistemy profilaktiki invalidizacii naseleniya i reabilitacii invalidov na territorii Permskogo kraja, na 2014-2016 gody: Postanovlenie Pravitelstva Permskogo kraja ot 29 maya 2014 g. №418-p.

2. Численность инвалидов в разрезе субъектов Российской Федерации на 1 июня 2018 г. (электронный ресурс). URL: <https://rosmintrud.ru>.

Chislennost invalidov v razreze subektov Rossijskoj Federacii na 1 iyunya 2018 g. (elektronnyj resurs). URL: <https://rosmintrud.ru>.

3. См., например, Приказ Министерства социального развития Пермского края «Об утверждении порядка предоставления реабилитационных услуг инвалидам, детям-инвалидам в условиях временного пребывания по направлению» от 25.06.2014 №СЭД-33-01-03-297;

Sm., naprimer, Prikaz Ministerstva socialnogo razvitiya Permskogo kraja «Ob utverzhdenii poryadka predostavleniya reabilitacionnyh uslug invalidam, detyam-invalidam v usloviyah vremennogo prebyvaniya po napravleniyu» ot 25.06.2014 №SED-33-01-03-297;

Приказ Министерства социального развития Пермского края «Об утверждении Положения о порядке предоставления услуг с использованием сертификата на реабилитацию» от 08.06.2010 №СЭД-33-01-01-160; Приказ Министерства социального развития Пермского края «Об утверждении порядков в сфере реабилитационных услуг» от 06.02.2015 №СЭД-33-01-03-31.

Prikaz Ministerstva socialnogo razvitiya Permskogo kraja «Ob utverzhdenii Polozheniya o poryadke predostavleniya uslug s ispolzovaniem sertifikata na reabilitaciyu» ot 08.06.2010 №SED-33-01-01-160; Prikaz Ministerstva socialnogo razvitiya Permskogo kraja «Ob utverzhdenii poryadkov v sfere reabilitacionnyh uslug» ot 06.02.2015 №SED-33-01-03-31.

4. Дымочка М.А., Науменко Л.Л., Талалаева Н.Д., Бунина А.М., Войтехова И.В., Ингатова О.В. Определение потребности инвалидов в различных видах и формах реабилитационных и абилитационных мероприятий. Расчет мощности реабилитационных учреждений// Медико-социальные проблемы инвалидности. 2018.№1. С. 8-19.

Dymochka M.A., Naumenko L.L., Talalaeva N.D., Bunina A.M., Vojtehova I.V., Ingatova O.V. Opredelenie potrebnosti invalidov v razlichnyh vidah i formah reabilitacionnyh i abilitacionnyh meropriyatij. Raschet moshnosti reabilitacionnyh uchrezhdenij// Mediko- socialnye problemy invalidnosti. 2018.№1. S. 8-19.

5. Бронников В.А., Долгомирова Н.В. Организация медико-социального взаимодействия в системе комплексной реабилитации инвалидов// Международная научная конференция

«Технологии реабилитации: наука и практика»: материалы международной научной конференции, Санкт-Петербург, 25-26апреля 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. Лореп]. – Санкт-Петербург: ООО «Р-КОПИ», 2018. С.54-55.

Bronnikov V.A., Dolgomirova N.V. Organizaciya mediko-socialnogo vzaimodejstviya v sisteme kompleksnoj reabilitacii invalidov// Mezhdunarodnaya nauchnaya konferenciya

«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., G.N.Ponomarenko; ред. коллегия: канд. биол. наук. A.V. Shoshmin, канд. мед. наук N.N. Lebedeva, канд. псих. наук V. V. Lorer]. – Санкт-Петербург: ООО «R-КОПИ», 2018. С.54-55.

6. Склянная К.А., Бронников В.А. Медико-социальная реабилитация инвалидов с последствиями инсульта с позиции международной классификации функционирования // Социальная безопасность и социальное благополучие человека в условиях новой общественной реальности: ресурсы социальной работы сборник материалов IX международной научно-практической конференции ученых, преподавателей, специалистов, аспирантов, магистрантов и студентов, посвященной 25-летию кафедры социальной работы и конфликтологии в Пермском государственном университете. Под общей редакцией З.П. Замараевой, Ю.А. Мавликаевой, М.И. Григорьевой. 2017. С. 305-310.

Sklyannaya K.A., Bronnikov V.A. Mediko-socialnaya rehabilitaciya invalidov s posledstviyami insulta s pozicii mezhdunarodnoj klassifikacii funkcionirovaniya // Socialnaya bezopasnost i socialnoe blagopoluchie cheloveka v usloviyah novej obshchestvennoj realnosti: resursy socialnoj raboty sbornik materialov IX mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoj konferencii uchenyh, prepodavatelej, specialistov, aspirantov, magistrantov i studentov, posvyashennoj 25-letiyu kafedry socialnoj raboty i konfliktologii v Permskom gosudarstvennom universitete. Pod obshej redakciej Z.P. Zamaraevoj, Yu.A. Mavlikaevoj, M.I. Grigorevoj. 2017. S. 305-310.

7. Об утверждении примерных положений о многопрофильных реабилитационных центрах для инвалидов и детей-инвалидов, а также примерных перечней оборудования, необходимого для предоставления услуг по социальной и профессиональной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов: Приказ Минтруда России № 275 от 23.04.2018 г.

Ob utverzhdenii primernyh polozhenij o mnogoprofilnyh rehabilitacionnyh centrakh dlya invalidov i detej-invalidov, a takzhe primernyh perechnej oborudovaniya, neobhodimogo dlya predostavleniya uslug po socialnoj i professionalnoj rehabilitacii i abilitacii invalidov i detej-invalidov: Prikaz Mintruda Rossii № 275 ot 23.04.2018 g.

8. О проведении квалификационного отбора организаций независимо от форм собственности, предоставляющих реабилитационные услуги, а также граждан, занимающихся предпринимательской деятельностью по реабилитации инвалидов без образования юридического лица: Приказ Министерства социального развития Пермского края от 08 декабря 2015 года № СЭД-33-01-03-648.

O provedenii kvalifikacionnogo otbora organizacij nezavisimo ot form sobstvennosti, predostavlyayushih rehabilitacionnye uslugi, a takzhe grazhdan, zanimayushihsyu predprinimatelskoj deyatel'nostyu po rehabilitacii invalidov bez obrazovaniya yuridicheskogo lica: Prikaz Ministerstva socialnogo razvitiya Permskogo kraja ot 08 dekabrya 2015 goda № SED-33-01-03-648.

9. Руководящие принципы по реабилитации на уровне общины (электронный ресурс). URL: <http://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/ru/>.

Rukovodyashie principy po rehabilitacii na urovne obshiny (elektronnyj resurs). URL: <http://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/ru/>.

УДК 364.444

ПРОБЛЕМНЫЕ АСПЕКТЫ МАРШРУТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ: РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПРОГРАММА ИЛИ РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ УСЛУГА?

Бронников В.А., Григорьева М.И., Склянная К.А.

(Публикация сделана в рамках пилотного проекта по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, г.Пермь.)

КГАУ «Центр комплексной реабилитации инвалидов»

Россия, Пермь

CHALLENGES OF ROUTING IN PATIENTS WITH DISABILITY: REHABILITATION PROGRAM OR REHABILITATION SERVICES?

Bronnikov V.A., Grigorieva M.I., Sklyannaya K.A.

KGAU "Center for Complex Rehabilitation of the Disabled

Russia, Perm

Аннотация: Статья освещает проблему маршрутизации на первом уровне медико-социальной реабилитации для пациентов с умеренными и легкими ограничениями жизнедеятельности. Высокая потребность в реабилитационных мероприятиях и важность

индивидуального подхода поднимает актуальный вопрос создания дифференцированных реабилитационных программ с целью максимально эффективной реализации услуг, рекомендованных индивидуальной программой реабилитации. В случае, когда клиент имеет легкие ограничения социальной и бытовой активности (или не имеет их вообще), предлагается рассмотреть такие формы реализации медико-социальной реабилитации, как социально-реабилитационные услуги.

Abstract. The article highlights the problem of routing at the first level of social rehabilitation for patients with moderate and mild limitations of daily living activities and social activities. The high need for rehabilitation measures and the importance of an individual approach raises the urgent issue of creating differentiated rehabilitation programs with the aim of maximizing the effective implementation of the services recommended by the individual rehabilitation program. In the case when the client has mild (or doesn't have) restrictions on social and domestic activities, it is proposed to consider such forms of implementation of medical and social rehabilitation as social rehabilitation services.

Ключевые слова: медико-социальная реабилитация, маршрутизация, международная классификация функционирования

Key words. social rehabilitation, routing, international classification of functioning

Актуальность. Важность определения порядка поступления на реабилитацию и продолжительности мероприятий, а также построения реабилитационного маршрута очень высока, т.к. при нерациональном или неверном назначении реабилитационной программы снижается эффективность реабилитации, возникают экономические потери. Маршрутизация в реабилитации определяется различными критериями. Основным международный инструмент маршрутизации в реабилитации это модифицированная шкала Рэнкин [1]. Она определяет различные степени нарушения жизнедеятельности. В России также используется шкала реабилитационной маршрутизации (ШРМ), которая определяет степень ограничения жизнедеятельности в зависимости от нозологии (при заболеваниях центральной нервной системы, при заболевании периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата, при соматических (кардиологических) заболеваниях [2].

При медико-социальной реабилитации пациентов с инвалидностью основным инструментом маршрутизации является индивидуальная программа реабилитации и абилитации (ИПРА). Индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида – это 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 [3]. Разработка ИПРА инвалида проводится при проведении медико-социальной экспертизы, исходя из комплексной оценки ограничений жизнедеятельности, реабилитационного потенциала на основе анализа его клинко-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых и психологических данных гражданина. Таким образом, содержание ИПРА устанавливают врачи-эксперты на основе приказа №1024н [4], где определены описательные и процентные характеристики клинко-функциональных нарушений. На данный момент ИПРА включает в себя список реабилитационных мероприятий по медицинской реабилитации, профессиональной реабилитации, по психолого-педагогической реабилитации; по социальной реабилитации или абилитации и в части обеспечения техническими средствами реабилитации населения; по социально-бытовой и социально-средовой реабилитации [5, 6]. В ИПРА имеется отметка о нуждаемости лица в тех или иных реабилитационных мероприятиях. Однако в этом документе не прописаны конкретные реабилитационные мероприятия, только их направления (медицинские, социально-бытовые, социально-средовые), нет уточнения по количеству реабилитационных мероприятий и их виду (коррекция, консультирование). Следовательно, пациенты с различной выраженностью нарушений, а также с разными ведущими ограничениями жизнедеятельности не могут получить дифференцированные реабилитационные мероприятия, т.к. в ИПРА будет указана только нуждаемость клиента в том или ином виде реабилитационных мероприятий. Необходимо отметить, что согласно биопсихосоциальному подходу к инвалидности можно выделить различные ее модели, которые формируются согласно виду и выраженности нарушений и ограничений [7].

Обсуждение. В Пермском крае была внедрена система реабилитационных программ для ИПРА, которая способствовала увеличению качества маршрутизации клиентов медико-социальной реабилитации. Всего было разработано 8 реабилитационных программ для взрослых, 4 из них

для стационарной реабилитации и 4 амбулаторной реабилитации и 2 программы для детей (1 стационарная и 1 амбулаторная). Основными критериями, определяющими разделение по упомянутым программам, были давность заболевания, группа инвалидности, первичная инвалидность, нозология, срок, на который присвоена группа инвалидности, трудоспособный возраст у взрослых. Эти программы позволили выделить приоритетные группы клиентов, которые нуждались в расширенном объеме реабилитационных услуг в специализированных реабилитационных центрах: это лица с первичной инвалидностью трудоспособного возраста с давностью заболевания менее двух лет, со следующими диагнозами (инсульт, черепно-мозговая травма, спинномозговая травма). Такие клиенты в зависимости от выраженности ограничения получали курс стационарной или амбулаторной реабилитации в полном объеме. Однако в подобной системе имелись некоторые ограничения, связанные, прежде всего, с клиентами, имеющими умеренные и легкие ограничения жизнедеятельности. Эти пациенты нуждались, как правило, в определенном виде или нескольких видах реабилитационных мероприятий, остальные же достаточно было получить в формате консультаций (разовых услуг). Помимо этого, существовала категория клиентов с соматическими патологиями, которые были нацелены, прежде всего, на медицинские услуги, а также на ограниченный спектр социальных услуг (также в формате разовых услуг), что приводило к несоответствию запросов клиента и услуг, прописанных в ИПРА, и вызывало неудовлетворенность клиентов реабилитацией, а также низкую эффективность реабилитационных мероприятий.

Таким образом, существует необходимость формирования различных моделей пациентов в зависимости от структуры имеющегося дефекта, выраженности ограничения жизнедеятельности и социально-демографических характеристик. Использование биомедицинской модели, на которой основано формирование индивидуальной программы реабилитации приводит к тому, что не учитываются социальные, бытовые ограничения, а также средовые факторы. Структура медико-социальной реабилитации предполагает трехуровневую модель организации реабилитационного процесса, по аналогии с трехэтапной системой медицинской реабилитации (рис.1).

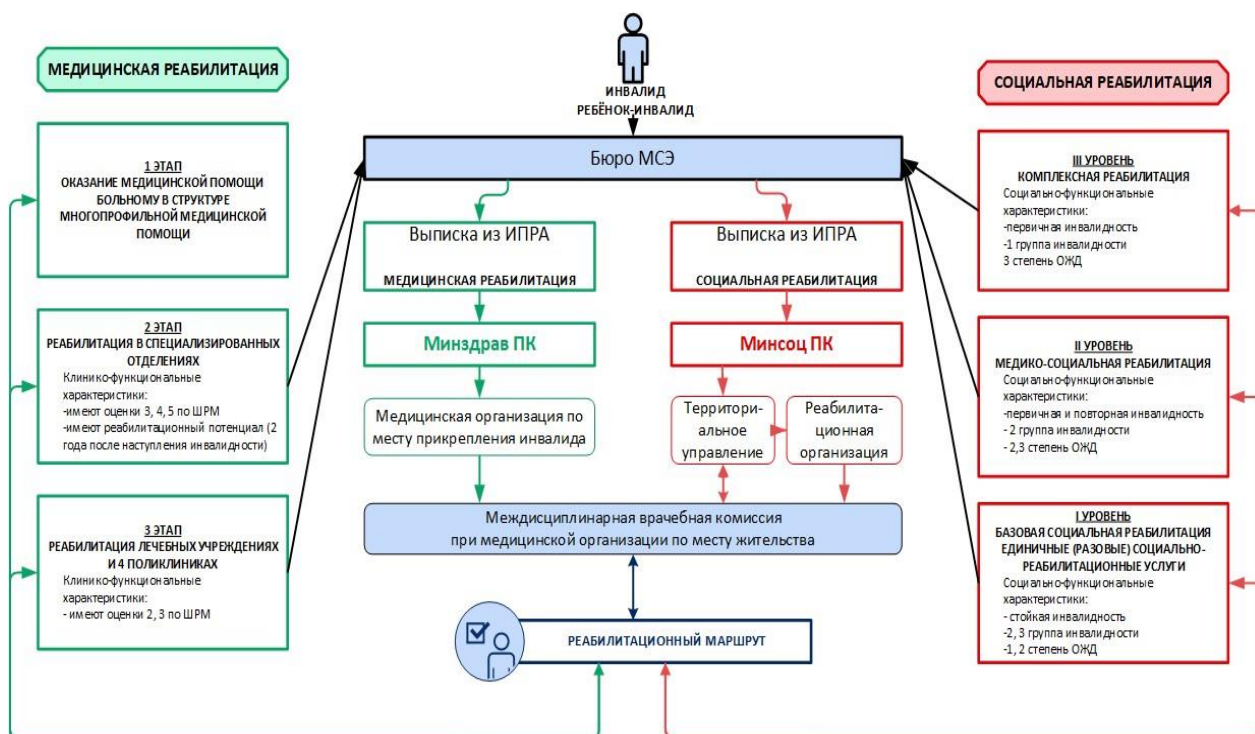


Рис. 1. Модель медико-социальной реабилитации.

Предлагая модели реабилитации, мы принимаем во внимание, что клиенты с умеренными и выраженными ограничениями жизнедеятельности будут направлены в учреждения третьего и второго уровня реабилитации и будут нуждаться в базовом или расширенном курсе реабилитационных мероприятий [8,9]. По результатам этого курса эти клиенты либо перейдут на 3 уровень реабилитационных мероприятий, либо будут нуждаться в дополнительных курсах или курсах лечения в отделениях паллиативной помощи. Таким образом, выделение дифференцированных моделей клиентов наиболее актуально именно на первом уровне реабилитации.

Используя в качестве инструмента создания моделей пациента Международную классификацию функционирования (МКФ) [10,11], мы получим возможность сформировать модели инвалидов, опираясь на все вышеуказанные факторы (таблица 1).

Таблица 1. Реабилитационные модели клиентов на 1 уровне реабилитации.

Модели клиентов на 1 уровне реабилитации	Шкала Рэнкин	ШРМ	ОЖД	МКФ-профиль	Особенности реабилитационной программы			
					Первичная инвалидность, трудоспособный возраст	Уже имеющаяся инвалидность, трудоспособный возраст	Первичная инвалидность, нетрудоспособный возраст	Уже имеющаяся инвалидность, нетрудоспособный возраст
Двигательные нарушения	2	2	10-30%	b730.1 – мышечная сила b 735.1 – мышечный тонус b 710.1 – функции подвижности сустава b 760.1 – контроль произвольных двигательных функций b 770.1 – функции стереотипа походки d 170.1 письмо d 430.1 поднятие и перенос объектов d 450.1 ходьба d 445.1 использование кисти и руки d 540.1 одевание e 115.1 изделия и технологии для личного повседневного использования e150.1 – дизайн, характер проектирования, строительства и обустройства зданий для общественного пользования	Социально-реабилитационные услуги: АФК, психолог, эрготерапевт, консультация по профессиональной реабилитации/переобучению	Социально-реабилитационные услуги: АФК, социокультурные мероприятия, консультация по профессиональной реабилитации/переобучению	Социально-реабилитационные услуги: АФК, Социально-реабилитационные услуги: психолог, эрготерапевт, социокультурные мероприятия	Социально-реабилитационные услуги: АФК, социокультурные мероприятия
Когнитивные/речевые нарушения	2	2	10-30%	b117.1 – интеллектуальные функции b144.1 – функции памяти b152.1 – функции эмоций b167.1 – умственные функции речи d 166.1 чтение d 170.1 письмо d 310.1 восприятие устных сообщений при общении d330.1 – Речь d350.1 Разговор d720.1 – сложные межличностные взаимодействия d730.1 – отношения с незнакомыми людьми d740.1 – формальные отношения d850.1 – оплачиваемая работа	Социально-реабилитационные услуги: психолог, логопед, консультация по профессиональному переобучению	Социально-реабилитационные услуги: психолог, логопед	Социально-реабилитационные услуги: психолог, логопед, социокультурные мероприятия	Социально-реабилитационные услуги: психолог, социокультурные мероприятия

Соматические нарушения	2	2	10-30%	В профиле имеются нарушения соответствующих соматических функций. Как правило, нет нарушений активности и участия.	Социально-реабилитационные услуги: психолог, социально-правовая консультация, консультация по профессиональному переобучению	Социально-реабилитационные услуги: психолог	Консультация психолога Социально-правовая консультация, социокультурные мероприятия	Социокультурные мероприятия
------------------------	---	---	--------	--	--	---	--	-----------------------------

Предлагаемый нами для первого уровня реабилитации формат социально- реабилитационных услуг представляет собой разовые консультации различных специалистов по реабилитации в зависимости от потребностей клиента. Модель клиентов с двигательными нарушениями будет включать себя клиентов с первичной и уже имеющейся инвалидностью по ведущей нозологии, а также клиентов трудоспособного и нетрудоспособного возраста. Для клиентов трудоспособного возраста актуальны следующие социально-реабилитационные услуги: консультация по профессиональному переориентированию, а также адаптивной физической культуре (АФК). В МКФ-профиле мы выделили легкие нарушения повседневной активности, связанные с мобильностью и самообслуживанием, а также возможно наличие барьеров в окружающей среде прежде всего, отсутствие подобранных технических средств реабилитации (ТСР) и недостаточное оборудование жилых помещений, что потребует консультации эрготерапевта. У повторных клиентов этой потребности уже нет. Для клиентов нетрудоспособного возраста целесообразно сделать акцент на социо-культурных мероприятиях, а также социально-реабилитационных услугах инструктора АФК.

Модель клиентов с когнитивными/речевыми нарушениями отличается отсутствием в МКФ-профиле ограничений активности и участия, связанных с мобильностью и самообслуживанием. Такие клиенты независимы в быту, но испытывают сложности с общением в бытовых ситуациях. Реабилитационная программа для такой модели должна включать в себя социально-реабилитационные услуги по психологической и логопедической реабилитации, а также профессионального переориентирования для клиентов трудоспособного возраста. Для клиентов со стойкими нарушениями, особенно нетрудоспособного возраста, целесообразно сделать акцент на социо-культурные реабилитационные услуги.

Модель клиентов с соматическими нарушениями представляет собой иную модель инвалидности, нежели первые две рассмотренные категории. Клиенты с двигательными и речевыми нарушениями, имеют те или иные ограничения активности и участия согласно МКФ и входят в социальную модель инвалидности. Клиенты с соматическими нарушениями, имеющие третью группу инвалидности, как правило, не имеют ограничений бытовой и социальной деятельности. Таким образом, они не принадлежат к подобной модели инвалидности, и, соответственно, не нуждаются в курсах медико- социальной реабилитации, чаще всего испытывая потребность в курсах амбулаторного лечения по основной нозологии и социально-реабилитационных услугах психологического, юридического консультирования. У части подобных клиентов есть также потребность в социо-культурных мероприятиях.

Заключение. Таким образом, выделенные модели пациентов с инвалидностью демонстрируют различность потребностей в реабилитации на первом уровне и необходимость изменения имеющегося алгоритма назначения реабилитационных услуг и маршрутизации клиентов на этапе медико- социальной реабилитации. Необходимы стандарты, определяющие объем реабилитационных мероприятий для каждой реабилитационной модели, а также дифференцированные реабилитационные программы.

Список литературы

1. Е.В.Мельникова, А.А.Шмонин, М.Н.Мальцева, Г.Е.Иванова. Модифицированная шкала Рэнкина – универсальный инструмент оценки независимости и инвалидизации пациентов в медицинской реабилитации // Consilium Medicum. 2017; №2.1, с.8-13.

E.V.Melnikova, A.A.Shmonin, M.N.Malceva, G.E.Ivanova. Modificirovannaya shkala Renkina – universalnyj instrument ocenki nezavisimosti i invalidizacii pacientov v medicinskoj rehabilitacii // Consilium Medicum. 2017; №2.1, s.8-13.

2. Проект Приказа Министерства здравоохранения РФ "О внесении изменений в Порядок организации медицинской реабилитации, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 1075н" (подготовлен Минздравом России 19.12.2017) – приложение №22 к Порядку организации медицинской реабилитации, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. N 1705н. - <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/56639054/>

Proekt Prikaza Ministerstva zdravoohraneniya RF "O vnesenii izmenenij v Poryadok organizacii medicinskoj rehabilitacii, utverzhdenyj prikazom Ministerstva zdravoohraneniya Rossijskoj Federacii ot 29 dekabrya 2012 g. № 1075n" (podgotovlen Minzdravom Rossii 19.12.2017) – prilozhenie №22 k Poryadku organizacii medicinskoj rehabilitacii, utverzhdennomu prikazom Ministerstva zdravoohraneniya Rossijskoj Federacii ot 29 dekabrya 2012 g. N 1705n. - <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/56639054/>

3. Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1995, N 48, ст. 4563, Российская газета, 1995, N 234).

Federalnyj zakon ot 24 noyabrya 1995 g. N 181-FZ "O socialnoj zashite invalidov v Rossijskoj Federacii" (Sobranie zakonodatelstva Rossijskoj Federacii, 1995, N 48, st. 4563, Rossijskaya gazeta, 1995, N 234).

4. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 17.12.2015 № 1024н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы».

Prikaz Ministerstva truda i socialnoj zashity Rossijskoj Federacii ot 17.12.2015 № 1024n «O klassifikacijah i kriterijah, ispolzuemyh pri osushestvlenii mediko-socialnoj ekspertizy grazhdan federalnymi gosudarstvennymi uchrezhdeniyami mediko-socialnoj ekspertizy».

5. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 13 июня 2017 г. № 486н «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».

Prikaz Ministerstva truda i socialnoj zashity RF ot 13 iyunya 2017 g. № 486n «Ob utverzhdenii Poryadka razrabotki i realizacii individualnoj programmy rehabilitacii ili abilitacii invalida, individualnoj programmy rehabilitacii ili abilitacii rebenka-invalida, vydavaemyh federalnymi gosudarstvennymi uchrezhdeniyami mediko-socialnoj ekspertizy, i ih form».

6. Пузин С.Н., Меметов С.С., Шургая М.А., Балека Л.Ю., Кузнецова Е.А., Мутева Т.А. Аспекты реабилитации и абилитации инвалидов на современном этапе // Медико-социальная экспертиза и реабилитация, 2016. - №19 (1). - с.4-7.

Puzin S.N., Memetov S.S., Shurgaya M.A., Baleka L.Yu., Kuznecova E.A., Muteva T.A. Aspekty rehabilitacii i abilitacii invalidov na sovremennom etape // Mediko-socialnaya ekspertiza i rehabilitaciya, 2016. - №19 (1). - s.4-7.

7. Шошмин А.В., Бесстрашнова Я.К.. Влияние модели инвалидности на развитие человеческого потенциала // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения, 2014. - №9 (1). - с.99-101.

Shoshmin A.V., Besstrashnova Ya.K.. Vliyanie modeli invalidnosti na razvitie chelovecheskogo potentsiala // Zdorove – osnova chelovecheskogo potentsiala: problemy i puti ih resheniya, 2014. - №9 (1). - s.99-101.

8. Бронников В.А., Смычек В.Б., Мавликаева Ю.А., Складная К.А., Кравцов Ю.И., Горбачева А. О., Вильдеман А.В. Характеристика стабилметрических и клинических показателей у пациентов с последствиями инсульта в процессе комплексной реабилитации. Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова, 2016 - № 8(2). - с.60-65. DOI:10.17116/jnevro20161168265-70

Bronnikov V.A., Smychek V.B., Mavlikaeva Yu.A., Sklyannaya K.A., Kravcov Yu.I., Gorbacheva A. O., Vildeman A.V. Harakteristika stabilometricheskikh i klinicheskikh pokazatelej u pacientov s posledstviyami insulta v processe kompleksnoj rehabilitacii. Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. Korsakova, 2016 - № 8(2). - s.60-65. DOI:10.17116/jnevro20161168265-70

9. Бронников В.А., Смычек В.Б., Мавликаева Ю.А., Кравцов Ю.И., Складная К.А. Использование метода роботизированной кинезиотерапии у пациентов с последствиями инсульта // Consilium Medicum. 2017 - №19 (2.1). – с.49-52.

Bronnikov V.A., Smychek V.B., Mavlikaeva Yu.A., Kravcov Yu.I., Sklyannaya K.A. Ispolzovanie

metoda robotizirovannoj kinezioterapii u pacientov s posledstviyami insulta // Consilium Medicum. 2017 - №19 (2.1). – s.49-52.

10.Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья// Всемирная организация здравоохранения. – 2001; русс.версия. – 2001. – 342 с.

Mezhdunarodnaya klassifikaciya funkcionirovaniya, ogranichenij zhiznedejatel'nosti i zdorovya// Vsemirnaya organizaciya zdavoohraneniya. – 2001; russ.versiya. – 2001. – 342 s.

11.В.А. Бронников, В.Б. Смычѣк, Ю.А. Мавликаева, Ю.И. Кравцов, К.А. Складная, О.А. Плотникова, А.В. Вильдеман. Об унификации методических подходов к оценке эффективности реабилитации пациентов с последствиями инсульта на экспертном и реабилитационном этапах с учетом принципов международной классификации функционирования// «ВЕСТНИК Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии», 2017. - №4. - с.56 – 70.

V.A. Bronnikov, V.B. Smychyok, Yu.A. Mavlikaeva, Yu.I. Kravcov, K.A. Sklyannaya, O.A. Plotnikova, A.V. Vildeman. Ob unifikacii metodicheskikh podhodov k ocenke effektivnosti rehabilitacii pacientov s posledstviyami insulta na ekspertnom i reabilitacionnom etapah s uchetom principov mezhdunarodnoj klassifikacii funkcionirovaniya// «VESTNIK Vserossijskogo obshestva specialistov po mediko-socialnoj ekspertize, rehabilitacii i reabilitacionnoj industrii», 2017. - №4. - s.56 – 70.

УДК 331

ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ ТЕХНОЛОГИЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ, ОСНОВАННАЯ НА МЕЖВЕДОМСТВЕННОМ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ

Осипов С. А.

БУ ВО «Воронежский областной реабилитационный центр для инвалидов молодого возраста»

Россия, Воронеж

PRACTICE OF USING THE TECHNOLOGIES OF REHABILITATION OR HABILITATION FOR DISABLED PEOPLE, BASED ON THE INTERAGENCY COOPERATION

Osipov S. A.

Budgetary institution of the Voronezh region «Voronezh Regional Rehabilitation Center for the Disabled of a Young Age»

Russia, Voronezh

Аннотация: Статья посвящена вопросам применения технологий реабилитации и абилитации инвалидов на основе межведомственного взаимодействия, рассмотрен опыт регионального реабилитационного учреждения по восстановлению социально-трудового статуса инвалидов, даны рекомендации по совершенствованию системы реабилитации инвалидов трудоспособного возраста.

Abstract. The article is devoted to the issues of using the rehabilitation or habilitation technologies for the disabled people on the base of interagency cooperation, the experience of the regional rehabilitation institution for restoring the social and labour status of disabled people, recommendations on improving the rehabilitation system for disabled people of working age are given.

Ключевые слова: инвалид, реабилитация инвалидов, межведомственное взаимодействие.

Key words. disabled, rehabilitation of disabled persons, interagency cooperation.

Введение. Конвенция о правах инвалидов, ратифицированная Российской Федерацией, определила содержание процесса реабилитации и абилитации инвалидов как «достижение и сохранение максимальной независимости, полных физических, умственных, социальных и профессиональных способностей и полного включения, и вовлечения во все аспекты жизни» [1,2]. Реабилитация рассматривается как комплексный системный процесс восстановления социальных и трудовых функций.

Актуальность и цели. Ежегодно в Воронежской области комиссиями ФКУ

«Главное бюро МСЭ по Воронежской области» Минтруда России (далее МСЭ) разрабатывается более 50 тыс. индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов

(далее ИПРА), устанавливающих нуждимость инвалидов в мероприятиях медицинской, социальной и профессиональной реабилитации, реализация которых является функциями различных ведомств. Основной целью в области реинтеграции инвалидов в общество становится поиск эффективных технологий реабилитации и абилитации на основе межведомственного взаимодействия.

Методы. В современном периоде развития общества формируется новое направление социальной защиты инвалидов, посредством создания комплексной системы реабилитации или абилитации инвалидов.

Среди учреждений социальной защиты населения Воронежской области специализированным учреждением по направлению работы «Социальная и профессиональная реабилитация и абилитация инвалидов» стало бюджетное учреждение Воронежской области «Воронежский областной реабилитационный центр для инвалидов молодого возраста» (далее – Центр). Это многопрофильное учреждение, созданное Воронежской областью в 1994 году одним из первых в России.

Здание Центра построено по специальному проекту, предусматривающему обслуживание инвалидов разных нозологических групп, в том числе с нарушениями опорно-двигательной системы, незрячих, слабослышащих и других категорий. Общая площадь здания составляет 7,3 тыс. кв.м. и включает реабилитационно-образовательный комплекс с учебными кабинетами и классами для теоретического обучения, учебно-производственными мастерскими, кабинетами для социальной и психологической реабилитации, медицинскими и административными кабинетами, социальную гостиницу на 60 мест и столовую. Архитектурно-строительные планировки здания выполнены с учетом требований доступности среды для инвалидов. Набор помещений Центра рассчитан на 100 мест для одновременного предоставления реабилитационных услуг.

Отличительной особенностью Центра является комплексное предоставление реабилитационно-образовательных услуг. Комплексный подход позволяет наряду с восстановлением социальных навыков и умений подготовить инвалидов к профессиональной деятельности. Согласно государственному заданию Центр обслуживает ежегодно более 500 инвалидов, предоставляя им почти пять тысяч услуг.

Технологией работы Центра реабилитации предусматривается этапность предоставления услуг, последовательность которых укрупненно можно представить так:

- диагностика социальных и профессиональных навыков (практический, психологический и медицинский аспекты);
- восстановление и коррекция утраченных социальных и профессионально-трудовых знаний, навыков и умений;
- профессиональная ориентация;
- профессиональная подготовка или обучение трудовым операциям;
- трудовая адаптация;
- мероприятия психолого-медико-педагогическом сопровождении.

В связи с принятыми за последнее время нормативно-правовыми документами федерального и регионального уровней в технологию работы Воронежского центра реабилитации внесены значительные изменения. На основании приказа Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 29 сентября 2017 г. N 705 «Об утверждении примерной модели межведомственного взаимодействия организаций, предоставляющих реабилитационные услуги, обеспечивающей принцип ранней помощи, преемственность в работе с инвалидами, в том числе детьми-инвалидами, и их сопровождение» разработана новая технология работы, включающая взаимодействие с социальными партнерами. При реализации ИПРА Центром реабилитации осуществляется взаимодействие с ФКУ «Главное бюро МСЭ по Воронежской области» Минтруда России (далее – МСЭ), с районными управлениями социальной защиты населения, отделениями органов содействия занятости населения, Фондом социального страхования, организациями образования и культуры, которое учитывается при формировании планов реабилитации (абилитации) и непосредственном предоставлении услуг. Таким образом, при реализации ИПРА в Центре межведомственность рассматривается как взаимодействие с социальными партнерами.

При поступлении инвалидов в Центр реабилитации специалистами уточняется потребность инвалида на данный момент времени в видах и формах реабилитации (абилитации) по каждому реабилитационному мероприятию. К примеру, в рамках социально-средовой реабилитации определяется потребность в обучении пользованию инфраструктурой, техническими средствами реабилитации, средствами ориентации (для незрячих) и т.д.

При необходимости, согласно приказу департамента труда и социального развития от 30.10.2013 № 3674/ОД «О направлениях на медико-социальную экспертизу, выдаваемых органами социальной защиты населения Воронежской области», дающего право Центру реабилитации направления инвалидов на комиссию МСЭ по упрощенной форме, и на основании действующего договора между Центром реабилитации и МСЭ, инвалид может быть направлен на комиссию МСЭ для уточнения мероприятий ИПРА или уточнения реабилитационного потенциала. Таким образом решена проблема многократного обращения инвалидов во МСЭ для корректировки ИПРА.

Для исполнения своих функций центр имеет лицензии на право ведения образовательной и медицинской деятельности. Профессиональное обучение в Центре реабилитации ведется по 25 образовательным программам подготовки рабочих и служащих.

К основным направлениям относится обучение прикладным компьютерным программам, швейному, столярному, обувному делу, народному художественному творчеству и др.

Среди профессий, пользующихся повышенным спросом,- «Водитель категории «В». Освоена подготовка операторов ЭВМ без зрительного контроля

Ежегодно в Центре реабилитации получают новую профессию либо трудовые навыки более 200 инвалидов, (40%) от всех реабилитирующихся, что делает для них возможным дальнейшее получение профессии на более высоком образовательном уровне, а также трудоустройство. К примеру, по завершении обучения владению ПК без зрительного контроля 17 незрячих инвалидов смогли продолжить обучение в вузе.

Обучающиеся и выпускники Центра реабилитации первыми в Воронежской области приняли участие в Международном движении профессионального мастерства «Абилимпикс», трое из них заняли призовые места на Национальном чемпионате в Москве. Дальнейшее взаимодействие по повышению профессиональных компетенций осуществляется во взаимодействии с образовательными организациями. Старшеклассникам предоставляются мероприятия по профессиональной ориентации и мастер-классы, в том числе на выездах в районы области.

В рамках договора с департаментом труда и занятости населения Воронежской области реализуются мероприятия ИПРА по профессиональной реабилитации в части упреждения безработицы среди выпускников старших классов, инвалидов, ищущих работу, безработных, для которых проводятся профессиональная ориентация, дни открытых дверей, ярмарки вакансий.

Профессиональная подготовка инвалидов в Центре реабилитации в комплексе с предоставлением мероприятий социальной реабилитации оказывает положительное влияние на снижение уровня безработицы среди инвалидов, позволяет им использовать полученные знания в домашнем труде, а также трудоустроиваться на предприятиях. По данным органов занятости населения, 66,2% инвалидов от числа состоящих на учете находят работу. Непосредственно в Центре реабилитации более 14% работников – выпускники Центра разных лет. Попадая в непривычную для себя производственную среду, инвалиды нуждаются в адаптации. С этой целью в настоящее время Центром реализуется проект создания ресурсного центра адаптивной занятости для инвалидов с расстройствами аутистического спектра, предусматривающий обустройство около 20 мест, связанных с занятием народным творчеством растениеводством.

Профессиональная реабилитация рассматривается как средство достижения экономической независимости и важная составляющая всего реабилитационного процесса.

В примерном положении, утвержденном приказом Минтруда России №275 от 23 апреля 2018 г. «Об утверждении примерных положений о многопрофильных реабилитационных центрах для инвалидов и детей-инвалидов, а также примерных перечней оборудования, необходимого для предоставления услуг по социальной и профессиональной реабилитации и абилитации инвалидов и детей инвалидов» приводится перечень оборудования для комплексных центров реабилитации различных уровней. В основном этот перечень ориентирован на оборудование для предоставления социальной и медико-социальной реабилитации. Учитывая обязательное условие непрерывности и комплексности реабилитационного процесса, на наш взгляд, данный перечень целесообразно расширить оборудованием для профессиональной реабилитации, либо в зависимости от потребности региона предоставить возможность Центрам реабилитации самостоятельно комплектовать оборудованием это направление реабилитации. Соответственно, и в штатную расстановку необходимо включить должности мастеров производственного обучения, инструкторов и преподавателей.

Неотъемлемой составляющей реабилитации является обеспечение доступа инвалидов в социокультурную среду. Мероприятия социокультурной реабилитации осуществляются во взаимодействии с организациями культуры, включая библиотеки, музеи, театры. По договоренности с организациями культуры, посещения выставок и представлений включены в план реабилитации

наравне с занятиями музыкой, художественным чтением, встречами с работниками искусства, проводимыми в Центре реабилитации. Пять выпускников Центра стали актерами Воронежского инклюзивного «Театра равных». В рамках мероприятий социокультурной реабилитации инвалиды принимают участие в интеллектуальных играх «Что? Где? Когда?», занимают призовые места в различных конкурсах и выставках, например, в областном дистанционном конкурсе «Творчество без границ», творческом конкурсе "Наследники писателя-гуманиста В.Г. Короленко", ежегодном Межмуниципальном фестивале творчества молодых людей с ограниченными возможностями здоровья «Я люблю тебя, жизнь!».

В течение года в рамках ИПРА инвалидам предоставляются более семи тысяч чел.час. социокультурных мероприятий, что способствует развитию их интеллекта, самоутверждению, повышает шанс на самостоятельную жизнедеятельность.

Законодательством Российской Федерации [3] инвалидам предоставлено право самостоятельного обращения в различные структуры, реализующие мероприятия реабилитации или абилитации. Значительная их часть обращается впервые непосредственно в Центры реабилитации, в которых реализуется большая часть ИПРА.

В настоящее время используются ведомственные информационные системы, доступ к которым для Центров реабилитации закрыт, что затрудняет обмен информацией о маршруте, результатах реабилитации инвалидов. Предоставление реабилитационным центрам возможности пользования единой информационной системой позволило бы планировать и отслеживать маршрут инвалида, динамично получать и предоставлять информацию об исполнении мероприятий ИПРА.

Реализация ИПРА в реабилитационных учреждениях регламентируется государственным заданием, разработанным на основе Базового перечня работ и услуг в сфере социальной защиты населения [3], в котором дается размерность объема предоставляемых услуг для стационарного обслуживания в койко-днях, а для амбулаторного - в посещениях. Полустационарное обслуживание не нашло отражения в Базовом перечне, однако данный вид услуг является востребованным. Измерение реабилитационных услуг в «койко-днях» представляется проблематичным, т.к. они предоставляются комплексно. В течение одного «койко- дня» инвалид может получать, к примеру, как услуги психологического консультирования, так и социальной адаптации, и профессиональной реабилитации. В этом случае значение размерности «койко-день» размывается. Наиболее целесообразной, на наш взгляд, для мероприятий реабилитации будет размерность «человек-услуг». Что касается размерности «койко-день», она более подходит для мероприятий социального обслуживания, которые в реабилитационном процессе не являются самоцелью, однако носят обеспечивающую функцию (питание, проживание, предоставление культурного, медицинского обслуживания и другое). Мероприятия социальной и профессиональной реабилитации имеют существенные различия от мероприятий социального обслуживания, в рамках которых предоставляются социально-средовые, социально-бытовые, социокультурные и другие услуги, регламентированные федеральным законом Российской Федерации от 28.12.2013 №442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» [4] и отличающиеся от мероприятий реабилитации, установленных статьей 9 федерального закона Российской Федерации от 24.11.1995 №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [3] по целям, задачам, основаниям предоставления, а также целевым группам получателей этих услуг, что отражается и в государственных стандартах [5].

В связи с этим хочется обратить внимание на необходимость унификации понятийного аппарата в области реабилитации инвалидов и его применения в различных ведомствах.

С целью выработки адекватного понимания терминов, определений, а также подходов к предоставлению услуг реабилитации при межведомственном взаимодействии в Воронежской области на базе БУ ВО «Воронежский областной реабилитационный центр для инвалидов молодого возраста» были проведены семинарские занятия. Так, несколько семинаров проведено по теме:

«Обеспечение доступности для инвалидов услуг и объектов, на которых они предоставляются, и оказание при этом необходимой помощи». Семинарские занятия посетили более 400 специалистов социальной сферы, занятости, органов медико-социальной экспертизы, около 100 специалистов обучены навыкам русского жестового языка. Для руководителей и специалистов региональных управлений социальной защиты населения департаментом социальной защиты Воронежской области совместно с Центром реабилитации был проведен семинар «Об организации работы по разработке и реализации перечня мероприятий по социальной реабилитации или абилитации инвалида или ребёнка-инвалида». На базе автономного учреждения Воронежской области «Институт регионального законодательства» с участием специалистов Центра реабилитации проводились курсы повышения квалификации государственных гражданских служащих Воронежской области по программе

«Актуальные вопросы социальной поддержки и социального обслуживания населения», слушателями которых стали представители пяти департаментов: социальной защиты населения и здравоохранения, образования, науки и молодежной политики, культуры, труда и занятости Воронежской области, а также управления физической культуры и спорта Воронежской области.

Межведомственный характер предоставления реабилитационных услуг проявляется также в реализации Центром реабилитации совместно с организациями разной ведомственной подчиненности планов и программ, утвержденных правительством Воронежской области: Единой «дорожной карты» реализации мероприятий межведомственных планов по вопросу образования инвалидов, комплексов мер по развитию профессиональной подготовки инвалидов, повышения уровня занятости, включая сопровождение инвалидов молодого возраста при трудоустройстве, и в других межведомственных программах.

Заключение. Деятельность Центра как элемента региональной системы межведомственного взаимодействия предоставляет ему возможность расширения технологического процесса реабилитации, осуществляемого в Центре путем взаимодействия с социальными партнерами, что делает реализацию ИПРА в полной мере комплексной и эффективной.

Список литературы

1. Конвенция о правах инвалидов: принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи от 13 декабря 2006 года. [Электронный ресурс] URL: http://ombudsmanspb.ru/files/files/OON_02_site.pdf (Дата обращения: 20.06.2018).
Konvencija o pravah invalidov: prinyata rezolyuciej 61/106 Generalnoj Assamblei ot 13 dekabrya 2006 goda. [Elektronnyj resurs] URL: http://ombudsmanspb.ru/files/files/OON_02_site.pdf (Data obrasheniya: 20.06.2018).
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> Дата обращения 20.06.2018.
Federalnyj zakon ot 03.05.2012 № 46-FZ «O ratifikacii Konvencii o pravah invalidov» Dostupno po ssylke <http://www.kremlin.ru/acts/bank/35237> Data obrasheniya 20.06.2018.
3. Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов» (в ред. Федерального закона от 19.12.2016 № 461-ФЗ)//СЗРФ.1995 №48.
Federalnyj zakon ot 24.11.1995 № 181-FZ «O socialnoj zashite invalidov» (v red. Federalnogo zakona ot 19.12.2016 № 461-FZ)//SZRF.1995 №48.
4. Федеральный закон от 28.12.2013 № 442-ФЗ «О основах социального обслуживания инвалидов» (Собрание Законодательства Российской Федерации, 2013, № 52, ст.7007; 2014, № 30, ст.4257).
Federalnyj zakon ot 28.12.2013 № 442-FZ «O osnovah socialnogo ob-sluzhivaniya invalidov (Sobranie Zakonodatelstva Rossijskoj Federacii, 2013, № 52, st.7007; 2014, № 30, st.4257).
5. Базовый (отраслевой) перечень услуг и работ в сфере «Социальная защита населения», утвержденный Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации от 06.10.2016 г.
Bazovyj (otraslevoj) perechen uslug i robot v sfere «Socialnaya zashita naseleniya», utverzhdennyj Ministerstvom truda i socialnoj zashity Ros-sijskoj Federacii ot 06.10.2016 g.
6. ГОСТ Р 53874-2010 Реабилитация инвалидов. Основные виды реабилитационных услуг. Режим доступа:<http://vsegost.com/Catalog/51/51159.shtm>.
GOST R 53874-2010 Reabilitaciya invalidov. Osnovnye vidy reabilitacionnyh uslug. Rezhim dostupa:<http://vsegost.com/Catalog/51/51159.shtm>.

УДК 364.048.6

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД ОРГАНИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

Цветкова И. В., Бердникова Н. Ю.

СПБ ГБУСОН "ЦСРИ Кронштадтского района Санкт-Петербурга"

Россия, Санкт-Петербург

A COMPREHENSIVE APPROACH TO THE REHABILITATION OF DISABLED PERSONS

Tsvetkova I.V., Berdnikova N.U.

St. Petersburg state budgetary institution of social service of population "Center of social rehabilitation of disabled people and disabled children of Kronstadt district of St. Petersburg"

Russia, St Petersburg

Аннотация: Принцип комплексного подхода в организации реабилитации инвалидов успешно реализуется в практической деятельности отделения профессиональной реабилитации инвалидов трудоспособного возраста и профессиональной реабилитации детей-инвалидов СПб ГБУСОН «ЦСРИ Кронштадтского района Санкт-Петербурга». Внедрение новых форм обслуживания людей с ограниченными возможностями позволяет формировать у них мотивацию к трудовой деятельности, профессиональному самоопределению, социализации, что в конечном итоге способствует улучшению качества жизни инвалидов.

Abstract. The principle of complex approach in rehabilitation of persons with disabilities has been successfully implemented in practical activities of the Department of vocational rehabilitation of disabled people of working age and vocational rehabilitation of children-invalids of SPB GRUSON "CSRI of the Kronstadt district of St. Petersburg". The introduction of new forms of service for people with disabilities allows them to form motivation for work, professional self-determination, socialization, which ultimately improves the quality of life of people with disabilities.

Ключевые слова: Комплексный подход, реабилитация, инвалид, трудоустройство.

Key words. Comprehensive approach, rehabilitation, disabled persons, employment.

Цель. В данной работе представлен практический опыт работы комплексного подхода реабилитации на базе отделения профессиональной реабилитации инвалидов трудоспособного возраста и профессиональной ориентации детей-инвалидов (далее ОПР). Отделение функционирует уже десять лет. Обслуживает детей-инвалидов с 12 лет и инвалидов трудоспособного возраста.

Изменение общественного отношения к проблеме инвалидности и инвалидам, развитие системы комплексной социальной реабилитации – одна из главных и ответственных задач современной государственной политики. Обеспечивая социальную защищенность инвалидов, государство должно создавать им необходимые условия для достижения одинакового со своими согражданами уровня жизни, в том числе в сфере доходов, образования, занятости, участия в общественной жизни.

Статья 37 Конституции РФ, регламентируя право на труд, составлявшее ядро гражданской правоспособности, провозглашает «Труд свободен. Каждый имеет право свободно распоряжаться своими способностями к труду, выбирать род деятельности и профессию». [1] Люди с инвалидностью имеют такие же интересы, потребности и желания, как и все другие. Но в то время, как возможность рядового гражданина трудиться не ставится под сомнение, инвалидам приходится ежедневно доказывать свое право работать, претендовать на справедливые условия труда, обеспечение равных возможностей, продвижение по службе, профподготовку и переквалификацию. По мнению многих зарубежных специалистов, профессиональная реабилитация инвалидов с их последующим трудоустройством экономически выгодна для государства, а человек с ограниченными возможностями представляет огромный потенциал, способный вносить свой особый вклад в развитие экономики страны за счет выполнения работы, соответствующей их квалификации, способностям и интересам, быть хорошим, добросовестным работником. Чаще потенциал людей с ограниченными возможностями в нашей стране недостаточно используется. Признание их в качестве соискателей стало возможным только в связи с одновременным стечением нескольких обстоятельств: общим экономическим ростом, осознанием здоровыми людьми потребностей инвалидов в самореализации, заменой физического труда умственным, появлением усовершенствованных, обслуживающих IT-технологий. Однако, существует немало проблем в реализации людьми с ограниченными возможностями своих конституционных прав на труд.

Наиболее часто встречаемыми проблемами являются: отсутствие заинтересованности со стороны работодателя, низкий уровень образования, недостаточная квалификация, а иногда и полное отсутствие мотивации к обучению и трудовой деятельности самих инвалидов. Сюда можно добавить специфику маленького города, небольшое количество предприятий, недостаточное количество свободных вакансий, удаленность от места работы и т.д.

Но как показывает практика, многие инвалиды ищут работу и не только ради заработка. Большинство из них стремится влиться в социальную среду, проводить время не только дома, но и в коллективе, участвовать в общественно-полезном труде. Именно эти люди должны поощряться, как и работодатели, которые идут им на встречу.

Однако мы все понимаем, что в современном мире стремительно развиваются технологии и новые направления, характер труда и цели. В связи с этим требования, предъявляемые к будущему работнику, возрастают. Возникает необходимость постоянного обучения и повышения

квалификации, чтобы соответствовать рынку труда, профессионализму в выбранной профессии и компетентности. В этой ситуации особенно тяжело людям с ограниченными возможностями. Актуальными становятся профориентационные мероприятия и оказание социально-трудовых услуг, «направленных на оказание помощи в трудоустройстве и в решении других проблем, связанных с трудовой адаптацией». [2]

При проведении мониторинга специалистами ОПР выявлено, что более 53% реабилитантов плохо ориентируется в мире профессий, не могут определиться в своем выборе, неправильно оценивают свои возможности и ограничения, не уверены в собственных силах, не хотят переучиваться, выбирают установку на невозможность трудоустройства в связи с инвалидностью. Результативная интеграция людей с особыми потребностями путем трудоустройства является важнейшим этапом реабилитации. Для его достижения необходим комплексный подход.

Комплексная реабилитация инвалидов представляет собой систему государственных мероприятий социального, медицинского, психологического, социально-экономического характера, направленных на восстановление или сохранение здоровья и возвращение лиц с ограничениями жизнедеятельности в общество и к общественно-полезному труду. Для улучшения эффективности реабилитации очень важно взаимодействие учреждений различной ведомственной принадлежности: социальной защиты, образования, культуры, здравоохранения, медико-социальной экспертизы, физической культуры и спорта. Отмечены хорошие результаты взаимодействия специалистов СПб ГБУ «Профессионально - реабилитационный центр» и ОПР по вопросам профессиональной реабилитации инвалидов. Многие успешно обучаются в вышеуказанном учебном заведении. Годами складывались отношения с работодателями. Благодаря этому, на отделении введены занятия по трудотерапии. Реабилитанты познакомились с профессией упаковщика мелкой фурнитуры, устраивались на работу в открытом рынке труда. Ежемесячно участвуя в приготовлении благотворительных обедов в трапезной Собора Владимирской иконы Божией матери, приобретают навыки в приготовлении пищи, знакомясь с профессией повара. Ведется ежегодный поиск новых возможных работодателей. Внедрена постоянная практика поиска свободных вакансий путем самостоятельного обхода потенциальных мест работы для реабилитантов, ведь большинство из наших подопечных предпочитают трудиться в родном городе. Результаты положительные. Достигнуты определенные успехи в вопросах временного трудоустройства несовершеннолетних граждан между Санкт-Петербургской ассоциацией общественных объединений родителей детей – инвалидов «ГАООРДИ», Агентством занятости Кронштадтского района и ОПР. В целях более эффективной подготовки к профессиональному самоопределению и получению первых предпрофессиональных навыков, мы предлагаем реабилитантам попробовать свои силы в «Сувенирной» и «Переплетной» мастерских. Это помогает знакомить их со спецификой определенных профессий. Творческие работы реабилитантов принимают участие в различных конкурсах и фестивалях, ежегодной благотворительной ярмарке. Работы можно узнать по логотипу в виде оригинальной золотой рыбки с надписью: «С Надеждой на чудо». Краеведческий клуб «Кронштадт. С любовью» познакомит с увлекательной и необходимой для исторического города профессией экскурсовода. Можно принять участие в увлекательных квестах, посвященных любимому городу. Вооружившись полученными знаниями, выходим на более высокий уровень, посещая мероприятия Музея истории Кронштадта. Если вы творческая личность, то можно попробовать себя в театральной студии «Теремок», где помогут преодолеть страх речевого общения, быть более общительным и открытым для людей. А можно попробовать себя в «литературном жанре», написав самостоятельно статью, для газеты «Найди себя», которая ежеквартально выходит на отделении; создать оригинальный макет календаря. Как расположить к себе потенциального работодателя на собеседовании, как правильно составить резюме, как адаптироваться к новому коллективу, получить консультацию с целью выбора профессии, возможности обучения или переобучения? На все эти вопросы грамотно и квалифицированно ответят специалист по профориентации и психолог отделения. Они помогут сориентироваться в огромном мире профессий и современном рынке труда, пройти профессиональное тестирование с целью достижения оптимального самоопределения реабилитанта, наиболее соответствующего его интересам, мотивам, не причиняющим вреда здоровью. Окончательное решение в выборе профессии, учебного заведения, места работы остается за инвалидом.

Таким образом, с уверенностью эффективность профессиональной реабилитации инвалидов повышается при условии комплексного подхода к их реабилитации.

Список литературы:

1. "Конституция Российской Федерации" (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 N 6-ФКЗ, от 30.12.2008 N 7-ФКЗ, от 05.02.2014 N 2-ФКЗ, от 21.07.2014 N 11-ФКЗ, от 30.12.2008 N 6-ФКЗ, от 30.12.2008 N 7-ФКЗ, от 05.02.2014 N 2-ФКЗ, от 21.07.2014 N 11-ФКЗ) (Собрание Законодательства Российской Федерации № 31 от 4 августа 2014 года, ст.4398)

"Konstituciya Rossijskoj Federacii" (prinyata vsenarodnym golosovaniem 12.12.1993) (s uchetom popravok, vnesennyh Zakonami RF o popravkah k Konstitucii RF ot 30.12.2008 N 6-FKZ, ot 30.12.2008 N 7-FKZ, ot 05.02.2014 N 2-FKZ, ot 21.07.2014 N 11-FKZ, ot 30.12.2008 N 6-FKZ, ot 30.12.2008 N 7-FKZ, ot 05.02.2014 N 2-FKZ, ot 21.07.2014 N 11-FKZ) (Sobranie Zakonodatelstva Rossijskoj Federacii № 31 ot 4 avgusta 2014 goda, st.4398)

2. Федеральный закон от 28.12.2013 N 442-ФЗ (ред. от 07.03.2018) "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации" (с изменениями и дополнениями, вступил в силу с 01.05.2018) URL: <http://legalacts.ru/doc/federalnyi-zakon-ot-28122013-n-442-fz-ob/>

Federalnyj zakon ot 28.12.2013 N 442-FZ (red. ot 07.03.2018) "Ob osnovah socialnogo obsluzhivaniya grazhdan v Rossijskoj Federacii" (s izmeneniyami i dopolneniyami, vstupil v silu s 01.05.2018) URL: <http://legalacts.ru/doc/federalnyi-zakon-ot-28122013-n-442-fz-ob/>

УДК 364.07.

ОПЫТ ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ПОДХОДА К ОКАЗАНИЮ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЯМ С ОНКОЗАБОЛЕВАНИЕМ В УЧРЕЖДЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

М.Е. Кокорева, А.Ф. Карелин, Г.Я. Цейтлин

Лечебно-реабилитационный научный центр «Русское поле» ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева»

Россия, Москва

EXPERIENCE OF POLYPROFESSIONAL APPROACH TO RENDERING MEDICO-SOCIAL REHABILITATION TO CHILDREN WITH AN ONCOLOGICAL DISEASE IN HEALTHCARE INSTITUTION

Kokoreva, A.F. Karelin, G.Ya. Tseitlin

Treatment and rehabilitation research centre "Russian field", the FGBU "NMHC DGOI them. Dmitry Rogachev".

Russia, Moscow

Аннотация: Организация эффективной медико-социальной помощи детям, имеющим онкологические заболевания, представляется чрезвычайно важным. Для обеспечения комплексного полипрофессионального подхода в реабилитации необходима организация медико-социальной службы, обеспечивающей организацию специализированной медицинской помощи и ухода за больными, находящимися на разных стадиях онкологического заболевания, оказание им различных видов социальной поддержки и психологической помощи. Актуальность организации медико-социальной службы в период реабилитации детей с онкологическими заболеваниями и их семьям определяется формирующимся комплексом социальных проблем, которые тяжелым грузом ложатся на семью, оказавшейся в сложной жизненной ситуации при практически полном отсутствии какой-либо поддержки. Целью данной статьи является анализ опыта полипрофессионального подхода к оказанию медико-социальной помощи детям, имеющим онкологические заболевания, представляется чрезвычайно важным. Для обеспечения комплексного полипрофессионального подхода в реабилитации необходима организация медико-социальной службы, обеспечивающей организацию специализированной медицинской помощи и ухода за больными, находящимися на разных стадиях онкологического заболевания, оказание им различных видов социальной поддержки и психологической помощи. Актуальность организации медико-социальной службы в период реабилитации детей с онкологическими заболеваниями и их семьям определяется формирующимся комплексом социальных проблем, которые тяжелым грузом ложатся на семью, оказавшейся в сложной жизненной ситуации при практически полном отсутствии какой-либо поддержки. Целью данной статьи является анализ опыта полипрофессионального подхода

к оказанию медико-социальной реабилитации детям с онкозаболеванием в учреждении здравоохранения.

Abstract. The organization of the effective medico-social help to the children having oncological diseases is represented extremely important. The organization of the medico-social service providing the organization of specialized medical care and patient care, being at different stages of an oncological disease, rendering to them different types of social support and psychological assistance is necessary for ensuring integrated polyprofessional approach in rehabilitation.

The relevance of the organization of medico-social service during rehabilitation of children with oncological diseases and to their families is defined by the formed complex of social problems which lie heavily upon family, any support which has appeared in a difficult life situation at almost total absence.

The purpose this article is the analysis of experience of polyprofessional approach to rendering medico-social rehabilitation to children with an oncological disease in healthcare institution.

Ключевые слова: Дети, детская онкология, медико-социальная работа, реабилитация, психолого-социальная реабилитация.

Key words. children, children's Oncology, medical and social work, rehabilitation, psychological and social rehabilitation.

Проблема детской онкологии в современном обществе является крайне актуальной. В настоящее время Минздравом РФ и Российской ассоциацией онкологов приняты серьезные шаги по охране здоровья населения РФ, в частности, в направлении развития онкологической службы. Онкология - мультидисциплинарная дисциплина, которой занимаются врачи различных специальностей. Это, с одной стороны, усложняет выполнение многих организационных вопросов, с другой - показывает, насколько многообразно влияние онкологической патологии [2].

Слабая социальная и психологическая защищенность детей с онкологической патологией неблагоприятно влияет на прогноз заболевания и ухудшает качество жизни, что можно рассматривать как существенную проблему: дети, чья жизнь только началась, уже лишаются достойной жизни. Актуальность данной проблемы обуславливает развитие медико-социальной работы в детской онкологии в направлении ее институционализации, что сопровождается активными процессами адаптации, целеполагания и интеграции [3].

Следовательно, основными мероприятиями в социальной работе с данной группой больных являются организация специализированной медицинской помощи и ухода за больными, находящимися на разных этапах специальной помощи, оказание им различных видов социальной поддержки и психологической помощи.

В России открыт первый профильный центр - Лечебно-реабилитационный научный центр Русское поле» (ЛРНЦ) ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева». В ЛРНЦ госпитализируются дети и подростки от 0 до 18 лет. Группа медико-социальной работы входит в состав отделения клинической психологии, социально - педагогической диагностики и коррекции Центра.

Цель функционирования Группы - социальное сопровождение больных детей и членов их семей. Специалисты по социальной работе прикомандированы к штату отделений, образуя вместе с медицинским персоналом и психологами полипрофессиональную команду.

Вся работа специалистов социальной работы проводится в тесном взаимодействии с администрацией ЛПУ, врачами, психологами, сотрудниками благотворительных организаций, а также волонтерами. Структура медико-социальной службы в ЛРНЦ сформирована по 2-х уровневой модели: I уровень - работа в ЛРНЦ (обеспечение решения актуальных проблем в период пребывания родителей и детей в реабилитационном Центре путем полипрофессионального подхода). II уровень - работа с регионами (решение проблем по месту жительства семьи. Осуществляется связь с регионами - создана база данных руководителей субъектов РФ, руководителей органов соцзащиты, здравоохранения, образования и др.). Более 80% пациентов приезжают из других регионов, поэтому важное направление работы - изучение проблем по месту жительства семьи и организация помощи по их решению.

Организация медико-социальной помощи в Центре осуществляется в четырех ключевых направлениях:

Социально-диагностическое направление:

1. Анализ социальных, психологических, правовых и др. проблем семьи, связанных с заболеванием и лечением ребенка (сбор информации о социальном, психологическом, финансовом состоянии семьи, сильные стороны, уязвимые стороны, потребности); планирование действий, направленных на помощь семье.

2. Изучение проблем семьи по месту жительства; организация помощи в их решении – связь и взаимодействие с местной администрацией, органами здравоохранения, соцзащиты, образования и пр. в регионах.

3. Информирование медицинских работников, психологов и других членов полипрофессиональной команды о проблемах ребенка, о социально-психологической ситуации в семье и пр.

Социально-адаптационное направление:

1. Помощь в адаптации детей и родителей к пребыванию и лечению в ЛРНЦ (при поступлении ребенка в клинику социальный работник знакомит ребенка и сопровождающего с деятельностью отделения, с режимом дня, распорядком занятий, правилами для детей и родителей).

2. Выявление и коррекция неадекватных установок родителей относительно прогноза заболевания и перспектив лечения ребенка (профилактика отказов от лечения и реабилитации).

Информационно-просветительское направление:

1. Организация информационной и правовой поддержки родителей.

2. Организация и координация работы по формированию здорового образа жизни ребенка и его семьи (организация лектория для родителей, компьютерных обучающих программ для детей и других орг. форм с учетом возраста, состояния здоровья, уровня информированности по вопросам здоровья и других характеристик).

Социально-правовое направление:

1. Оказание социально-правовой и содействие в получении юридической помощи по вопросам реализации прав ребенка-инвалида и его семьи.

2. Помощь семье в поиске дополнительных финансовых ресурсов, в том числе, с привлечением организаций 3-го сектора.

Научно-исследовательское и учебно-методическое направление:

1. Научно-исследовательская и научно-методическая работа (организация и проведение социологических исследований, в том числе, совместно с региональными клиниками; участие в разработке комплексных реабилитационных программ, подготовка и издание методических материалов, публикация статей и пр.).

2. Участие в организации и проведении мероприятий в рамках повышения квалификации и компетентности сотрудников ЛРНЦ (врачей, педагогов, среднего и младшего мед. персонала) по вопросам медико-социальной и социально-психологической работы.

Однако существуют ряд нерешенных проблем: нет службы в регионах по м/ж семье и в региональных ЛПУ - очень трудно организовать преемственность – усилия службы часто сходят на нет; не предусмотрены ставки специалистов по социальной работе в ЛПУ соответственно потребностям - административный нигилизм финансирования медико-социальной работы; финансирование по ОМС не предусматривает оплату услуг в рамках медико - социальной работы.

В связи с переходом здравоохранения на одноканальное финансирование, труд специалистов социальной работы, занятых в муниципальных ЛПУ и Федеральных медицинских центрах, формально остался без источников финансирования, поскольку не входит в перечень услуг, оплачиваемых фондом ОМС и не относится к ВМП.

Согласно Федеральному закону от 28 декабря 2013 года №442-ФЗ "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации", de facto специалист по социальной работе является поставщиком социальных услуг (пункт 4 статьи 3) и имеет право быть включенным в реестр поставщиков социальных услуг (пункт 3 статьи 11).[1]

Таким образом, финансирование может идти за счет государственного заказа на проведение социальных услуг.

Резюмируя, можно сделать вывод о том, что медико-социальная работа имеет огромное значение лечения в детской онкологии, способствуя повышению качества жизни и социализации детей, помогая семье выстоять в тяжелой жизненной ситуации, а также в других учреждениях здравоохранения.

Список литературы

1.ФЗ от 28 декабря 2013 года №442-ФЗ "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации"

FZ ot 28 dekabrya 2013 goda №442-FZ "Ob osnovah socialnogo obsluzhivaniya grazhdan v Rossijskoj Federacii"

2.Гордиенко В.П., Вахненко А.А., Сапегина О.В., Ролько Е.М. Основные направления совершенствования медицинской помощи онкологическим больным в современных социально-экономических условиях отдельно взятого региона // Социальные аспекты здоровья населения. 2014. №3. С.2-6.

Gordienko V.P., Vahnenko A.A., Sapegina O.V., Rolko E.M. Osnovnye napravleniya sovershenstvovaniya medicinskoj pomoshi onkologicheskim bolnym v sovremennyh socialno-ekonomicheskikh usloviyah otdelno vzyatogo regiona // Socialnye aspekty zdorovya naseleniya. 2014. №3. S.2-6.

З.Черкасова Е.А., Кром И.Л., Новичкова И.Ю. Институционализация медико-социальной работы в онкологии // Фундаментальные исследования. 2013. №10. С.1386-1389.

Cherkasova E.A., Krom I.L., Novichkova I.Yu. Institucionalizaciya mediko-socialnoj raboty v onkologii // Fundamentalnye issledovaniya. 2013. №10. S.1386-1389.

УДК 616-036.86

ПОТРЕБНОСТЬ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ В РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЯХ, УСЛУГАХ, ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВАХ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Копыток А.В

ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации»

Беларусь, Городище

THE NEEDS OF PERSONS WITH DISABILITIES IN REHABILITATION ACTIVITIES, SERVICES, TECHNICAL MEANS OF SOCIAL REHABILITATION

Капыток А.В.

State Institution «National Science and Practice Centre of Medical Assessment and Rehabilitation, settlement
Gorodische

Republic of Belarus, Gorodische

Аннотация: Выявление потребностей инвалидов в реабилитации является важной задачей медико-социальной экспертизы, поскольку на их основе вырабатывается необходимый комплекс реабилитационных мероприятий и определяется объем социальной помощи.

Проведенное исследование показало, что наибольшая потребность в выборочной совокупности, отмечалась в медицинской реабилитации (99,8%). Потребность в профессиональной, трудовой и социальной реабилитации составила 43,8% и 33,5% соответственно. В технических средствах социальной реабилитации нуждается каждый четвертый из числа обследованных. На формирование потребности лиц с ограниченными возможностями в реабилитационных мероприятиях, услугах, технических средствах социальной реабилитации оказывают влияние группа инвалидности и возраст инвалида.

Abstract. Identification of the needs of people with disabilities in rehabilitation is an important task of medico-social assessment, because on their basis produces the necessary complex of rehabilitation measures and determine the level of social assistance.

The study showed that the greatest need in the sample, it was noted in medical rehabilitation (99,8%). The need for professional, labour and social rehabilitation accounted for 43,8% and 33,5%, respectively. In the technical means of social rehabilitation needs of every four of the surveyed. The formation needs of persons with disabilities in rehabilitation events, services, technical means of social rehabilitation is impacted by the disability and age of disability.

Ключевые слова: лицо с ограниченными возможностями, реабилитация, реабилитационная услуга, техническое средство социальной реабилитации

Key words. person with disabilities, rehabilitation, rehabilitation service, technical means of social rehabilitation.

Актуальность проблемы.

В последние годы отмечаются положительные изменения в отношении общества к проблеме инвалидности. Развитие системы комплексной реабилитации инвалидов является одной из приоритетных задач современной социальной политики Республики Беларусь [1, 2].

Комплексная реабилитация инвалидов является сложной многокомпонентной системой, которая включает в себя медицинские, социальные, психологические и профессиональные аспекты. Система многопрофильной комплексной реабилитации должна способствовать восстановлению

способностей инвалидов к социальному функционированию, независимому образу жизни, обеспечению конкурентоспособности инвалида на рынке труда [2, 3].

Выбор мероприятий, услуг реабилитации должен оптимально соответствовать потребностям инвалида, конкретным условиям его жизнедеятельности и возможностям общества [4, 5]. Ввиду этого, важной задачей медико-социальной экспертизы становится выявление потребностей инвалидов в различных видах реабилитационных мероприятий, услуг.

Цель работы. Изучить потребность лиц с ограниченными возможностями в реабилитационных мероприятиях, услугах, технических средствах социальной реабилитации.

Материалы и методы. Изучение потребности лиц с ограниченными возможностями в различных видах медико-социальной реабилитации, реабилитационных мероприятиях, услугах, технических средствах социальной реабилитации (ТССР) проведено на выборочной совокупности в объеме 418 инвалидов, которым была составлена индивидуальная программа реабилитации.

При выполнении статистического анализа нами использовались абсолютные, относительные величины.

Для выявления тенденций формирования потребности в видах реабилитации в зависимости от возраста инвалида нами были использованы полиномиальные линии тренда.

Результаты и обсуждение. Реабилитация лиц с ограниченными возможностями в Республике Беларусь осуществляется, в соответствии с законодательством, на основании индивидуальной программ реабилитации (ИПР) инвалидов, выдаваемых медико-реабилитационными экспертными комиссиями (МРЭК).

В соответствии со статьей 23 Закона Республики Беларусь «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» (2008 г.) ИПР инвалида состоит из трех разделов:

- программа медицинской реабилитации;
- программа профессиональной и трудовой реабилитации;
- программа социальной реабилитации.

ИПР составляют как при первичном, так и при повторном освидетельствовании граждан. При этом специалисты МРЭК в обязательном порядке оценивают необходимость и целесообразность проведения реабилитационных мероприятий.

В сформированной выборочной совокупности рекомендации по дальнейшему продолжению медицинской реабилитации получили 417 чел. (99,8%). Программы профессиональной и трудовой реабилитации были составлены 183 чел. (43,8%), социальной – 140 чел. (33,5%) (таблица).

Таблица – Потребность инвалидов в видах медико-социальной реабилитации (% от инвалидов соответствующей группы)

Виды реабилитации	Потребность в реабилитации инвалидов											
	I группы			II группы			III группы			всего		
	м	ж	оп	м	ж	оп	м	ж	оп	м	ж	оп
Медицинская	100	100	100	100	100	100	98,6±0,6	100	99,4±0,4	99,4±0,4	100	99,8±0,2
Профессиональная и трудовая	2,3±0,7	8,1±1,3	4,9±1,1	24,6±2,1	2,9±0,8	11,0±1,5	85,9±1,7	97,1±0,8	92,5±1,3	43,8±2,4	43,8±2,4	43,8±2,4
Социальная	93,2±1,2	89,2±1,5	91,4±1,4	29,5±2,2	46,1±2,4	39,9±2,4	0,0±0,0	1,0±0,5	0,6±0,4	33,5±2,3	33,5±2,3	33,5±2,3
Технические средства реабилитации	52,3±2,4	40,5±2,4	46,9±2,4	24,6±2,1	42,2±2,4	35,6±2,3	1,4±0,6	1,0±0,5	1,1±0,5	22,2±2,0	24,4±2,1	23,4±2,1

Примечание: м – мужчины; ж – женщины; оп – оба пола: мужчины и женщины.

Высокий показатель потребности в медицинской реабилитации отмечался во всех группах инвалидности. Причем среди инвалидов 1 и 2 группы этот показатель равнялся 100%, а у инвалидов 3 группы – 99,4%. Потребность в медицинской реабилитации была одинаково высока как среди мужчин, так и среди женщин (100% и 99,4% соответственно).

Наибольший показатель нуждаемости в профессиональной и трудовой реабилитации наблюдался у инвалидов 3 группы, имеющих значительные резервы трудоспособности – 92,5%. У инвалидов более тяжелых групп данный показатель значительно ниже. Инвалиды 2 группы в профессиональной реабилитации нуждались в 11,0% случаев. У инвалидов 1 группы этот показатель составил 4,9%. В целом у мужчин и у женщин данный показатель был одинаковым. Однако среди

инвалидов 1 и 3 групп этот показатель у мужчин превышал таковой у женщин в 3,6 раза и 13,0% соответственно. Среди инвалидов 2 группы больше нуждались в профессиональной реабилитации женщины (в 7,4 раза), чем мужчины.

Наибольшую потребность в мерах социальной реабилитации испытывали инвалиды первой группы – 91,4%. Достаточно высока она и среди инвалидов 2 группы – 39,9%. В социальной реабилитации нуждались в одинаковой степени как мужчины, так и женщины (по 33,5%).

Показатель потребности инвалидов в технических средствах социальной реабилитации в среднем составлял 23,4%. Наиболее востребованы ТССР среди инвалидов 1 группы – 46,9%. Инвалиды 2 группы в них нуждались в 35,6% случаев, инвалиды 3 группы – в 1,1%. Существенных различий в нуждаемости в технических средствах среди мужчин и женщин не обнаружено (22,2% и 24,4% соответственно).

Наибольшую потребность в профессиональной и трудовой реабилитации испытывали инвалиды молодого возраста (18-24 года). Независимо от группы инвалидности они нуждались в этом виде реабилитации в среднем в 86,7% случаев. Достаточно высока она и в возрастных группах 25-29 и 30-34 года, составляя 68,8% и 79,3% соответственно. С возрастом потребность в профессиональной и трудовой реабилитации снижалась, наименьшее значение отмечалось в возрастной группе 55-59 лет (41,9%).

Среди инвалидов 3 группы высокие показатели нуждаемости в данном виде реабилитации отмечались на протяжении всего трудоспособного возраста и колебались от 88,9% до 100%. Среди инвалидов 2 группы наибольшие показатели нуждаемости в профессиональной и трудовой реабилитации отмечались в возрасте от 18 до 34 лет (20,0%). Среди инвалидов 1 группы в данном виде реабилитации нуждались инвалиды возрастных групп 18-24 и 25-29 лет. Нуждаемость в данных группах составляла по 50,0%. Построенные по данным потребности в профессиональной и трудовой реабилитации полиномиальные регрессионные модели свидетельствуют о наличии статистически значимых различий сравниваемых показателей (рисунок 1).

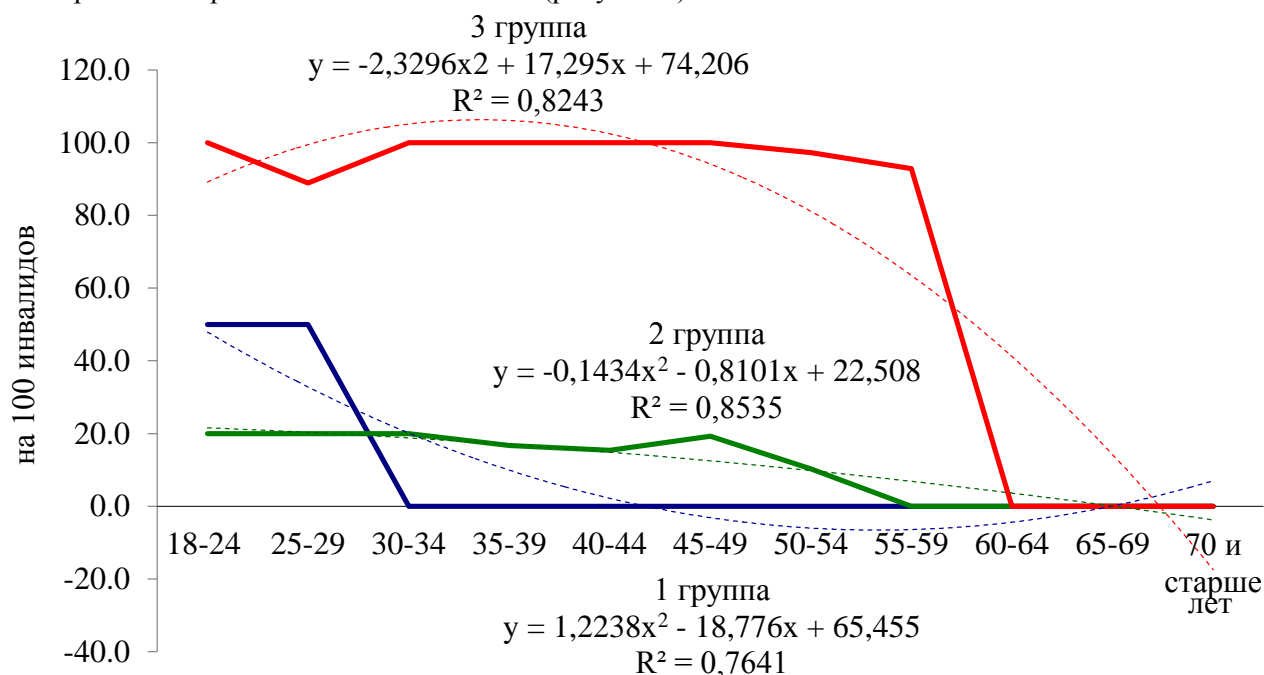


Рисунок 1 – Потребность инвалидов в профессиональной и трудовой реабилитации с учетом возраста

Потребность в социальной реабилитации была наиболее высока в старших возрастных группах 65-69 лет (66,7%) и 70 лет и старше (70,1%). Прежде всего, в мерах социальной реабилитации нуждались инвалиды 1 группы. Показатели нуждаемости в данном контингенте были высокими во всех возрастных группах и колебались от 75,0% до 100%. Среди инвалидов 2 группы больше всего в социальной реабилитации нуждались инвалиды молодого (18-29 лет) и старшего (65-69 лет) возраста – 60,0%, 66,7% соответственно. Потребность в социальной реабилитации инвалидов 3 группы отмечена только в возрастной группе 70 лет и старше (16,7%). Полиномиальные регрессионные модели, построенные по данным потребности инвалидов 1 и 2 групп в социальной реабилитации свидетельствуют о наличии статистически значимых различий сравниваемых показателей (рисунок 2).

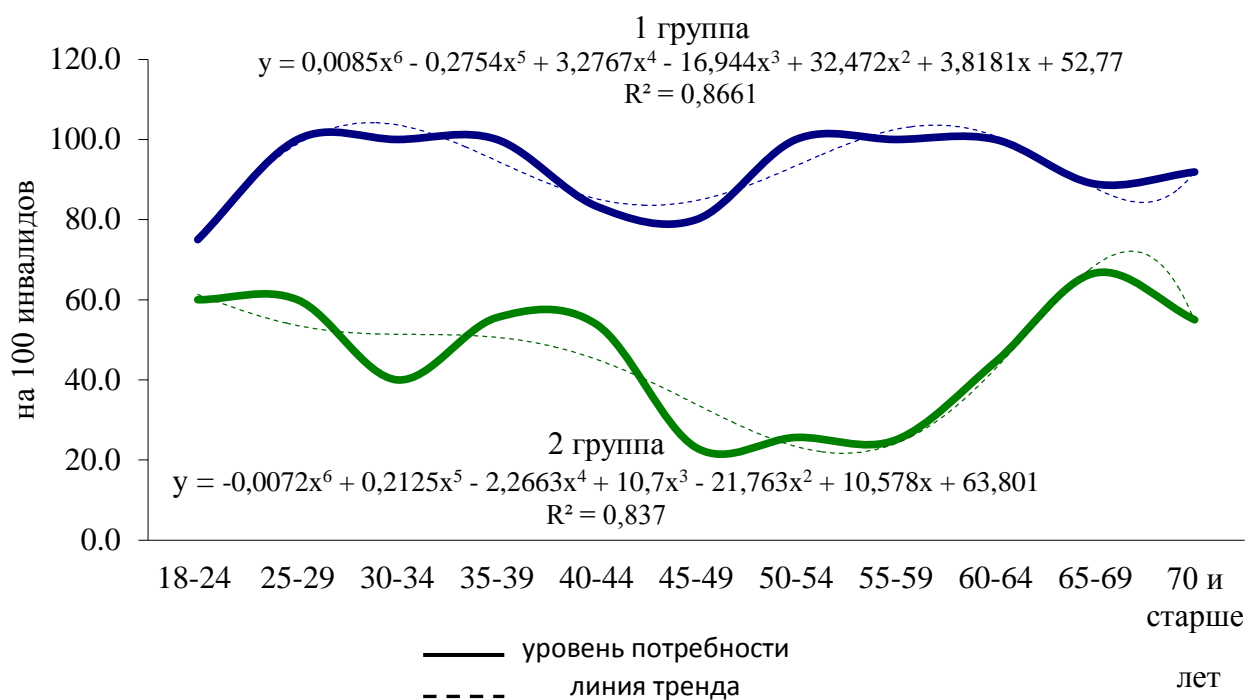


Рисунок 2 – Потребность инвалидов в социальной реабилитации с учетом возраста.

Наибольшую потребность в ТССР испытывали инвалиды 1 группы в возрасте 30-34 года – 100%. Также велика потребность в технических средствах среди инвалидов более молодого возраста (18-29 лет) – 75,0%. В более старших возрастных группах уровень потребности снижался. Среди инвалидов 2 группы максимальная потребность отмечалась также у молодых людей 18-29 лет (40,0%). Полиномиальные регрессионные модели, построенные по данным потребности инвалидов 1 и 2 групп в технических средствах социальной реабилитации, имеют статистически значимые различия (рисунок 3).

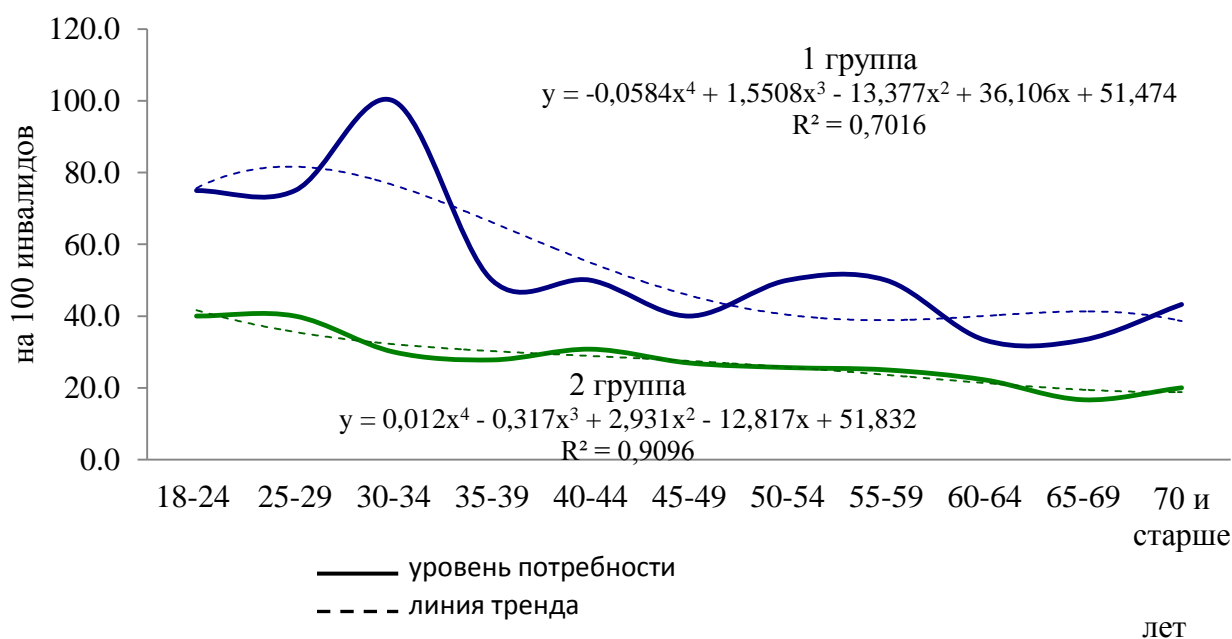


Рисунок 3 – Потребность инвалидов в технических средствах социальной реабилитации с учетом возраста

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что все инвалиды нуждались в проведении комплексной реабилитации. Наибольшая потребность отмечалась в медицинской реабилитации (99,8%). Несколько ниже регистрировалась потребность в профессиональной, трудовой и социальной реабилитации (43,8%, 33,5% соответственно). В технических средствах социальной реабилитации нуждался каждый четвертый из числа обследованных. При этом, на формирование потребности в различных видах реабилитации, в реабилитационных мероприятиях, услугах, технических средствах социальной реабилитации оказывает влияние группа инвалидности и возраст инвалида.

Список литературы:

1. Смычек В.Б., Казакевич Д.С., Копыток А.В., Голикова В.В. Медико-социальная экспертиза, медицинская реабилитация и качество оказания медицинской помощи в Республике Беларусь: состояние и перспективы развития // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. 2018. №2. С. 4-11.
Smychek V.B., Kazakevich D.S., Kapytok A.V., Golikov V.V. Medico-socialnaya ekspertiza, medicinskaja reabilitacija i kachestvo okazaniya medicinskoj pomocshi v Respublike Belarus: sostojanie i perspective razvitija // Voprosy organizacii i informatyzacii zdravoочranenija. 2018. №2. P. 4-11.
2. Смычек В.Б. Современные аспекты инвалидности. Минск: БГАТУ, 2012. 268 с.
Smychek V.B. Sovremennye aspekty invalidnosti. Minsk: BGATU, 2012. 268 p.
3. Смычек В.Б., Копыток А.В. Экспертно-реабилитационная помощь в Республике Беларусь. Мн.: БГАТУ. 2012. 536 с.
Smychek V.B., Kapytok A.V. Acsperтно-rehabilitacionnaja pomocsh v Respublike Belarus. BGATU. 2012. 536 p.
4. Смычек В.Б. Основы МКФ. Мн: БГАТУ, 2015. – 432 с.
Smychek V.B. Osnovy MKF. BGATU, 2015. - 432 p.
5. Мавликаева Ю.А. Определение потребности инвалидов трудоспособного возраста в комплексной реабилитации на региональном уровне // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2008. № 3. С. 20-22.
Mavlicova U.A. Opredelenie potrebnosti invalidov trudosposobnogo vozrasta v kompleksnoj reabilitacii na regionalnom urovne // Medico-socialnaja ekspertiza i reabilitacija. 2008. № 3. P. 20-22.

РАЗДЕЛ 2. СОЦИАЛЬНАЯ И ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И АБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ

CHAPTER 2. SOCIAL AND PROFESSIONAL REHABILITATION AND HABILITATION OF DISABLED PEOPLE

УДК 364.

ПОЛИТИКА В ОТНОШЕНИИ ИНВАЛИДОВ, КАК РАВНОПРАВНОЕ ВКЛЮЧЕНИЕ ИХ В СОЦИАЛЬНУЮ ТВОРЧЕСКУЮ ЖИЗНЬ

Дирксен Н. В.
РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Россия, Москва

POLICY TOWARDS PEOPLE WITH DISABILITIES, AS EQUAL INCLUSION IN SOCIAL CREATIVE LIFE

Dirksen N.V.
RNIMU him. N.I. Pirogova,

Russia, Moscow

Аннотация: В статье поднимается проблема в реализации творческого потенциала человека с ограниченными возможностями. Рассматривается процесс обеспечения равных возможностей в проектировании дизайна одежды для инвалидов. Анализируется роль социального работника в социальной адаптации инвалидов-колясочников.

Abstract. The article raises the problem in realizing the creative potential of a person with disabilities. The process of ensuring equal opportunities in the design of clothes for the disabled is under consideration. The author analyzes the role of the social worker in the social adaptation of wheelchair users.

Ключевые слова: Социальный работник, социальная адаптация, дизайн одежды, творческая личность, инвалиды – колясочники.

Keywords: Social worker, social adaptation, clothing design, creative personality, wheelchair users.

Согласно статистике Департамента Здравоохранения на 2014 год в России проживали 320 тысяч инвалидов-колясочников. И с каждым годом их число только росло и растёт. Многие из них - это перспективные юноши и девушки, у которых были большие планы на будущее, но в один момент эти планы разорвались. В России существует огромная проблема социальной адаптации таких людей, часто общество отвергает их, они не могут устроиться на работу и, как следствие, не могут воплотить свои мечты в реальность.

На сегодняшний день работа социальных служб направлена на поиск ответа, на вопрос: как сделать так, чтобы люди с ограниченными возможностями перешли из группы людей, находящихся в тяжелой жизненной ситуации в группу полноценных и востребованных членов общества.

На протяжении многих лет политика в отношении инвалидов в обществе менялась: она прошла путь от обычного ухода от решения проблемы до интеграции и равноправного включения этих людей в социальную жизнь, что явилось следствием определенного общественного прогресса в понимании их потенциальных возможностей и необходимости обеспечения им равных прав и свобод.

Термин «обеспечение равных возможностей» обозначает процесс, благодаря которому различные системы общества такие как: обслуживание, трудовая деятельность и информация, оказываются доступными всем, особенно инвалидам. Таким образом, инвалидность нужно рассматривать как одно из проявлений человеческой жизни, права и обязанности этой категории населения должны признаваться аналогичными правам и обязанностям всех людей. Основная идея обслуживания заключается в том, что инвалидам всех категорий должно быть удобно, комфортно и они могут участвовать во всех мероприятиях, проходящих в обществе. Учитывая специфику физического состояния каждой группы посетителей социальных служб с ограниченными возможностями, социальный работник предлагает и специальную программу, рассчитанную на способность восприятия экспозиции инвалидами разных категорий.

Реабилитация. Слово реабилитация происходит от латинского слова *rehabilitatio* («ре» - возобновление, «хабилитас» - пригодность, способность). Существует несколько понятий реабилитации. С юридической точки зрения реабилитация означает оправдание, восстановление доброго имени, репутации неправильно обвиненного или опороченного лица.

Медицинская реабилитация - это восстановление нарушенных функций и трудоспособности больных и инвалидов.

Направленность социальной работы в социальной помощи и поддержке нуждающимся. Социальная работа как профессия появилась в России 23 апреля 1991 года, с решением № 92 Государственного комитета по труду и социальным вопросам: «Утвердить должностные оклады специалистов по социальной работе предприятий (объединений), организаций и учреждений отраслей народного хозяйства согласно Приложению N 2» [1]. Содержание социальной работы можно определить как специфический вид профессиональной деятельности, оказание государственного и негосударственного содействия человеку с целью обеспечения культурного, социального и материального уровня его жизни, предоставление индивидуальной помощи человеку, семье или группе лиц [2].

Целью социальной работы как профессиональной деятельности является с одной стороны удовлетворение интересов клиента, а с другой стороны - поддержание стабильности в обществе. Важно в решения данной проблемы находить компромиссы между этими двумя целями.

Для понимания возможностей социальной работы нужно выделить два основных направления деятельности, различающихся по содержанию и ориентациям. Во-первых, это социальное обеспечение, т.е. финансовая и материальная помощь нуждающимся членам общества (безличные отношения между оказывающими и получающими помощь). Во-вторых, это оказание помощи людям, нуждающимся в ней, при решении проблем социокультурного характера или связанных со здоровьем [3]. Как было определено Международной ассоциацией школ социальной работы и Международной федерацией социальных работников 27 июня 2001 года в Копенгагене, «профессиональная деятельность социальных работников способствует общественным изменениям, решению проблем человеческих взаимоотношений; содействует укреплению способностей к функциональному существованию в обществе и освобождению людей в целях повышения их уровня

благополучия. Используя теории поведения человека и общественных систем, социальная работа способствует взаимодействию людей с их окружением. Принципы прав человека и социальной справедливости являются фундаментом социальной работы» [4].

Одна из целей социальной работы связана с концепцией независимой жизни, которая рассматривает человека и его проблемы в свете его гражданских прав, а не с точки зрения его личностных и социальных трудностей. Отсюда роль социальных работников в реализации потенциала человека с ограниченными возможностями очень велика, ведь именно ему предстоит задача вывести из депрессии и уныния человека, лишенного права жить и действовать полноценно и вовлечь его в среду, где он смог бы себя реализовать как полноправный член общества. Для этого применяется «модель взаимодействия»: необходимо узнать у пациента, есть ли у него какая-нибудь нереализованная мечта, а их, как правило, у всех людей предостаточно. Подавляющее большинство людей мечтают заниматься творчеством, и важно их уверить, что такую возможность предоставить несложно. Но не стоит забывать, что специалисты по социальной работе не обязаны делать все за своего клиента, мы лишь можем «закинуть удочку», а инициатива должна исходить от клиента. Есть элементарная истина: если человек сам не захочет, его никто не заставит. Тем не менее, социальный работник должен понять ситуацию, произошедшую с человеком и постараться войти в доверие, для этого нам необходимы «железные» нервы, умение сопереживать и располагать к себе клиента. Не следует также отмечать такие качества как эмпатия и доброта.

Итак, задача этой статьи рассмотреть проблему социальной адаптации инвалидов-колясочников через творческий аспект и развитие личностной индивидуальности и самобытности. Нам нужно дать понять человеку, что, имея ограничения в движении, или прочие нарушения, он не должен отказываться от возможности самореализации.

Совсем недавно на крупнейшей в России Неделе моды Mercedes Benz Fashion Week Russia прошел специальный показ одежды для инвалидов «Мода без границ». У людей с ограниченными возможностями появился шанс показать себя в качестве моделей, одетых именитыми российскими дизайнерами. Но наша задача поставить вопрос: как развивать потенциал инвалидов не только как моделей, но и как творцов - создателей и разработчиков одежды для себя.

Представляя инвалида-колясочника, нам приходит в голову образ серого унылого человека в примитивной спортивной одежде на черной безликой коляске. Но так быть не должно. Человек с ограниченными возможностями может стать яркой и выдающейся личностью и здесь нужна помощь социальных работников, дизайнеров-педагогов - дать ему все возможные условия для того, чтобы он смог реализовать себя.

Работа ведется в этом направлении, в городе Новосибирске стартовал социально-значимый проект «Мода равных возможностей», в котором приняли участие студенты Новосибирского колледжа легкой промышленности и сервиса. Проект создан с целью привлечения молодых дизайнеров к решению проблем людей с ограниченными возможностями. Ведь ни в одном городском магазине нельзя найти современную, красивую и удобную одежду для людей с инвалидностью. Как правило, эти люди самостоятельно приспособливают готовые изделия под свои особенности или шьют одежду на заказ, что ведет к увеличению их стоимости.

«Мода равных возможностей» – дизайн коллекций инклюзивной одежды, кто, как не сам инвалид-колясочник лучше знает основные направления этой работы. Этапы поиска замысла всегда фиксируются им в эскизах и схемах образа модели. Из набросков выбираются лучшие, которые впоследствии будут подвергнуты детальной разработке. Поиск дизайнером (инвалидом-колясочником) ведется в двух аспектах: функциональном (функциональный анализ) и с точки зрения формы (анализ формы).

Цель функционального анализа выявить соответствие назначения изделия его функции. Анализ формы позволяет определить особенности ее строения. Анализу подвергаются объемно-пространственная структура пропорции масштаб изделия и т. д.

С учетом функционально-технических особенностей изделий создается его упорядоченность, наилучшим образом соотносящая дизайна одежды, коляски и человека, достигается внутренне согласованная пространственно-целостная система. Необходимость улучшения свойств и потребительской стоимости изделия требует особого внимания к комплексу его функций к материалу (желательно экологичному) и способам его обработки. «Функция изделия непосредственно связана с морфологией вещи, а также является носителем ее полезности, общественной ценности. Полезная функция изделия при этом раскрывается триадой понятий - назначение, полезность, ценность» [5]. Целостность впечатления и заранее намеченное направление воздействия обеспечиваются путем усиления или смягчения форм, цвета, структуры изделия.

«Создавайте одежду для людей с инвалидностью, которая сделает их жизнь легче, интереснее, ярче!» - призывают организаторы проекта «Мода без границ» [6]. Отмечают и особенность дизайна инклюзивной одежды: завышение талии, отсутствие карманов и других элементов на задней части брюк, более длинная ширинка, обязательны петельки для подтягивания, более длинный подол платья, дополнительные молнии снизу для легкости снятия джинсов.

Таких проектов по разработке инклюзивной одежды по стране необходимо создавать гораздо больше. Ведь очень многие люди с ограниченными возможностями, особенно среди молодежи, мечтают заниматься творчеством, но у них, к сожалению, нет подходящей платформы для реализации своего творческого потенциала.

Мы живем в век активно развивающихся технологий, которые приносят огромную пользу, хотя и требуют колоссальных затрат ресурсов нашей планеты. Мы пользуемся всеми благами цивилизации, которая была до нас, и которая строится сейчас. Мы знаем прошлое и видим будущее. Сегодня даже самый маленький человек развивается очень быстро, имея перед собой множество инструментов, перед ним открыты глобальные просторы Интернета, СМИ, социальных сетей и прочего.

Вокруг – миллионы существ, живущих параллельно с нами, но замечаем ли мы их – это уже второй вопрос. А если учесть, что людей на земле минимум 6 миллиардов, и из них – часть непохожих на общую массу. Отвергаем ли мы то, что отлично от нас? Возможно ли такое изменение сознания, когда каждый сможет вместить в себя непознанное и принять его?

Философские размышления от творчества неотделимы, ведь думая, человек строит внутри себя новые формы, он строит нового себя.

Социальные проблемы имеют большое значение для творческих людей, так как общество – их главный адресат. Имея возможность на практике посещать реабилитационные центры, изучая и наблюдая, чутко относясь к людям с ограничениями, развивая кругозор и привнося в свою жизнь новые сферы взаимодействия, человек помогает не только им, но и себе – учась видеть внутренним взором, интуитивно двигаться в жизни, принимать всё новое бесконфликтно.

Для инвалидов важно участие в передаче инновационных идей через встречи и семинары, конференции и презентации проектов, сотрудничество светлых умов - это есть великий и мудрый шаг, который значим для всего человечества, т.к. на уровне мыслей расстояния не имеют значения.

Список литературы:

1.Источник: <http://ppt.ru/newstext.phtml?id=8191724> от 22.05.2017

Istochnik: <http://ppt.ru/newstext.phtml?id=8191724> от 22.05.2017

2.Словарь-справочник по социальной работе. М., 1997.

Slovar-spravochnik po socialnoj rabote. M., 1997.

3.Теория социальной работы: Учебник / Под. ред. проф. ТЗЗ Е.И. Холостовой. - М.: Юристь, 2010. - 334 с
Теория социальной работы: Учебник / Под. ред. проф. ТЗЗ Е.И. Холостовой. - М.: Юристь, 2010. - 334 с

Teoriya socialnoj raboty: Uchebnik / Pod. red. prof. TZZ E.I. Holostovoj. - M.: Yurist, 2010. - 334 s

4.Социальная работа: введение в профессиональную деятельность: Учебное пособие / Отв. ред. А. А. Козлов. — М.: КНОРУС, 2005. - 368 с.

Socialnaya rabota: vvedenie v professionalnuyu deyatel'nost': Uchebnoe posobie / Otv. red. A. A. Kozlov. — M.: KNORUS, 2005. - 368 s.

5. Дирксен Л.Г., Мазина Ю.И. Справочник для студентов творческих специальностей. Учебное пособие. Иннов. Евр. ун-т, Павлодар, 2009. - 224 с. , с.180

Dirksen L.G., Mazina Yu.I. Spravochnik dlya studentov tvorcheskikh special'nostej. Uchebnoe posobie. Innov. Evr. un-t, Pavlodar, 2009. - 224 s. , s.180

6.www.forumfm.ru/mrv (дата обращения 11.08.2018)

www.forumfm.ru/mrv (data obrasheniya 11.08.2018)

МОНИТОРИНГ ДОСТУПНОСТИ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ РАЗЛИЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ СОПРОВОЖДАЕМОГО ПРОЖИВАНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кожушко Л.А., Владимирова О.Н.
ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России
Россия, Санкт-Петербург

MONITORING ACCESSIBILITY FOR DISABLED PERSONS OF VARIOUS TECHNOLOGIES OF ACCOMPANIED RESIDENCE IN THE RUSSIAN FEDERATION

Kozhushko L. A., Vladimirova O. N.
Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled n.a. G.A. Albrecht" of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation
Russia, St.Petersburg

Аннотация: Внедрение технологий сопровождаемого проживания инвалидов в Российской Федерации направлено на улучшение условий и качества жизни людей с ограничениями жизнедеятельности, и вовлечение их в жизнь общества.

Abstract. The introduction of technologies for the accompanied residence of people with disabilities in the Russian Federation is aimed at improving the living conditions and quality of life of people with disabilities and involving them in the life of society

Ключевые слова: Мониторинг, сопровождаемое проживание, стационарные учреждения социального обслуживания, инвалид

Key words. Monitoring, accompanied accommodation, invalid, stationary social services

В последние годы произошли принципиальные изменения в социальной политике государства по отношению к инвалидам. Активно реформируется законодательство с целью приведения его в соответствие с принципами Конвенции о правах инвалидов [1]: внесены изменения в ФЗ от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [2], приняты Федеральные 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" [3], и от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» [4].

Деятельность государства в социальной сфере направлена на предоставление инвалидам равных с другими гражданами возможностей в реализации экономических, социальных, культурных, личных и политических прав. Одним из основных прав является право каждого человека на свободное передвижение, выбор места пребывания и жительства, которое гарантируются Конституцией РФ [5] и Законом РФ № 5242-1 от 25.06.1993 «О праве граждан Российской Федерации на свободу передвижения, выбор места пребывания и жительства в пределах Российской Федерации» [6].

Реализация данного права для инвалидов с тяжелыми и множественными нарушениями, которые проживают в стационарные учреждения социального обслуживания, возможно с помощью широкого внедрения в нашей стране технологий сопровождаемого проживания.

Сопровождаемое проживание инвалидов – стационарозамещающая технология социального обслуживания, предусматривающая возможность предоставления инвалидам социальных услуг, услуг по реабилитации и абилитации, образовательных услуг и проведения мероприятий по социальному сопровождению инвалидов в целях компенсации (устранения) обстоятельств, которые ухудшают или могут ухудшить условия жизнедеятельности и сохранения пребывания в привычной, благоприятной среде [7].

Целью данного исследования является оценка доступности для инвалидов различных технологий сопровождаемого проживания в субъектах Российской Федерации.

Материалы и методы

Исследование проведено по результатам изучения материалов, представленных из 65 субъектов Российской Федерации.

Анализ мониторинга показал, что в 39 субъектах Российской Федерации реализуются технологии сопровождаемого проживания инвалидов. Еще в 18 субъектах проведены подготовительные работы. В остальных субъектах – изучается вопрос о возможности внедрения данных технологий.

Анализ результатов исследования тех субъектов Российской Федерации, где уже внедрены технологии сопровождаемого проживания инвалидов, показал, что работа ведется поэтапно. Первые этапы сопровождаемого проживания (предварительный и учебный) реализованы во всех представленных субъектах. Третий этап - сопровождаемое проживание, как форма жизнеустройства инвалидов, имеет место в 18 субъектах (11,76%).

Учебное сопровождаемое проживание реализовано как на базе стационарных учреждений социального обслуживания – детских домов интернатов (ДДИ) и психоневрологических интернатов (ПНИ), так и на базе реабилитационных центров.

Например, тренировочные квартиры созданы на базе ДДИ № 1 в Санкт-Петербурге, Бельско-Устьенского дома-интерната для умственно отсталых детей в Псковской обл., Кашаровского детского дом-интерната в Тверской области, Ново-Никольского детского дома интерната для умственно отсталых детей в Смоленской области.

Во многих крупных реабилитационных центрах страны открыты тренировочные квартиры (Москва, Санкт-Петербург, Екатеринбург) и кабинеты по сопровождению, в которых проводятся занятия по привитию молодым инвалидам социальных навыков и обучению самообслуживания (Тверская обл.).

Постоянное сопровождаемое проживание инвалидов реализовано в двух формах индивидуальное и малыми группами.

Индивидуальное сопровождаемое проживание организовано путем выделения квартир тем инвалидам из ДДИ, ПНИ и семей, которые прошли этап обучения в тренировочных в квартирах, овладели навыками самообслуживания и самостоятельности в различных сферах жизнедеятельности и нуждаются в периодическом сопровождении. По данным анализа, квартиры для индивидуального проживания молодых инвалидов были выделены в 2017 году в 11 субъектах Российской Федерации.

Сопровождаемое проживание инвалидов малыми группами реализуется путем создания отделений сопровождаемого проживания на базе ДДИ, ПНИ, выделения для этих целей квартир в обычных жилых домах или строительства специальных жилых домов сопровождаемого проживания.

Так, отделения сопровождаемого проживания молодых инвалидов созданы на базе ДДИ № 1 в Санкт-Петербурге, Бельско-Устьенского дома- интерната для умственно отсталых детей в Псковской обл., Петровск- Забайкальский детского дома-интерната для умственно отсталых детей Забайкальского края, психоневрологического интерната «Сосновая Роща» в Вологодской области и др.

Отдельные жилые дома для сопровождаемого проживания инвалидов функционируют в Санкт-Петербурге, Ленинградской, Тульской и др. областях. При этом технологии сопровождаемого проживания внедряются не только на базе государственного жилищного фонда, но и частного. Примером общественно-частного партнерства может служить дом сопровождаемого проживания для людей с интеллектуальными нарушениями в Санкт-Петербурге «Новая Охта». Проект осуществлен ПАО «Группа ЛСР» совместно с Санкт-Петербургской ассоциацией общественных объединений родителей детей-инвалидов «ГАООРДИ» при поддержке Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга.

В связи с тем, что для реализации технологии сопровождаемого проживания требуется предоставление инвалидам социальных, образовательных и медицинских услуг, в регионах ведется работа по разработке и утверждению перечня услуг, а также тарифов и порядка выплат поставщикам услуг. Принимаются законодательные акты, облегчающие внедрение данных технологий.

Анализ результатов исследования показал, что в большинстве регионов (в 25 из 36) в организации сопровождаемого проживания, принимали участие как государственные, так и негосударственные организации.

Частичное региональное финансирование имело место в Санкт-Петербурге, Ленинградской, Пензенской, Сахалинской областях, Пермском крае, республиках Дагестан и Коми.

В процессе исследования, были выявлены следующие проблемы, препятствующие внедрению технологий сопровождаемого проживания инвалидов: отсутствие финансирования, недостаток жилых помещений, неготовность родителей «отпустить» своих детей на сопровождаемое проживание, нежелание работодателей к принятию на работу инвалидов с психическими нарушениями.

Таким образом, несмотря на имеющиеся трудности, в большинстве регионах Российской Федерации, происходит внедрение технологий сопровождаемого проживания.

Предоставление инвалидам различных технологий сопровождаемого проживания будет способствовать улучшению качества жизни людей с инвалидностью и вовлечению их в жизнь общества.

Список литературы:

- 1 Конвенция о правах инвалидов. - ООН, 2006 г. - URL: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml (дата обращения 12.02.2018).
Konvencija o pravah invalidov. - OON, 2006 g. - URL: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml(data obrasheniya 12.02.2018).
- 2 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>document/cons_doc_LAW_8559/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/) (дата обращения 12.02.2018).
O socialnoj zashite invalidov v Rossijskoj Federacii: Federalnyj zakon ot 24.11.1995 g. № 181-FZ (s izm. i dop., vstup. v silu s 06.03.2018g.). –URL:[Consultant.ru>document/cons_doc_LAW_8559/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/) (data obrasheniya 12.02.2018).
- 3 О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов: Федеральный закон N 419-ФЗ от 01.12.2014, (с измен. от 24.11.1995) - URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_171577/ дата обращения: 10.03.2018).
O vnesenii izmenenij v otdelnye zakonodatelnye akty Rossijskoj Federacii po voprosam socialnoj zashity invalidov v svyazi s ratifikaciej Konvencii o pravah invalidov: Federalnyj zakon N 419-FZ ot 01.12.2014, (s izmen. ot 24.11.1995) - URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_171577/ data obrasheniya: 10.03.2018).
4. Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 28.12.2013 г. № 442-ФЗ (ред. от 14.11.2017). URL: [base.garant.ru>](http://base.garant.ru/) (дата обращения 12.02.2018).
Ob osnovah socialnogo obsluzhivaniya grazhdan v Rossijskoj Federacii: Federalnyj zakon ot 28.12.2013 g. № 442-FZ (red. ot 14.11.2017). – URL: [base.garant.ru>](http://base.garant.ru/) (data obrasheniya 12.02.2018).
5. 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>document/cons_doc_LAW_28399/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/) (дата обращения 12.02.2018).
Konstituciya Rossijskoj Federacii. Prinyata vsenarodnym golosovaniem 12.12.1993 (s uchetom popravok, vnesennyh Zakonami RF o popravkah k Konstitucii RF ot 30.12.2008 g. № 6-FKZ, ot 30.12.2008 g. № 7-FKZ, ot 05.02.2014 g. № 2-FKZ, ot 21.07.2014 g. № 11-FKZ). - URL: [Consultant.ru>document/cons_doc_LAW_28399/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/) (data obrasheniya 12.02.2018).
6. О праве граждан Российской Федерации на свободу передвижения, выбор места пребывания и жительства в пределах Российской Федерации": Федеральный закон РФ от 25.06.1993 г. № 5242-1(ред. от 03.04.2017 г.). - URL: [Consultant.ru>document/cons_doc_LAW_2255/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_2255/)(дата обращения 12.02.2018).
O prave grazhdan Rossijskoj Federacii na svobodu peredvizheniya, izbor mesta prebyvaniya i zhitelstva v predelah Rossijskoj Federacii": Federalnyj zakon RF ot 25.06.1993 g. № 5242-1(red. ot 03.04.2017 g.). - URL: [Consultant.ru>document/cons_doc_LAW_2255/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_2255/)(data obrasheniya 12.02.2018).
7. 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 г. № 847».- URL: [legalacts.ru>doc/prikaz...14122017...ob-utverzhdenii/](http://legalacts.ru/doc/prikaz...14122017...ob-utverzhdenii/)(дата обращения 20.02.2018).
Ob utverzhdanii metodicheskikh rekomendacij po organizacii razlichnyh tehnologij soprovozhdaemogo prozhivaniya invalidov, v tom chisle takoj tehnologii, kak soprovozhdaemoe sovmestnoe prozhivanie malyh grupp invalidov v otdelnyh zhilyh pomesheniyah: prikaz Ministerstva truda i socialnoj zashity Rossijskoj Federacii ot 14.12.2017 g. № 847».- URL: [legalacts.ru>doc/prikaz...14122017...ob-utverzhdenii/](http://legalacts.ru/doc/prikaz...14122017...ob-utverzhdenii/)(data obrasheniya 20.02.2018).

ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ И ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ СОПРОВОЖДАЕМОГО ПРОЖИВАНИЯ

Демина Э.Н. Джавид О.С. Портова Л.З.
ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России

Россия, Санкт-Петербург

DOMESTIC AND FOREIGN EXPERIENCE FOLLOWED BY A STAY

Demina E. N., Javed O. S., Portova L.Z.

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

Аннотация. В настоящее время Правительство Российской Федерации уделяет большое внимание реформированию психоневрологических интернатов и внедрению сопровождаемого проживания инвалидов. Сопровождаемое проживание – это качественно новый подход к организации жизни инвалидов, новый сервис для инвалидов. В настоящее время основным местом проживания инвалидов с различными ограничениями жизнедеятельности являются стационарные организации социального обслуживания – взрослые психоневрологические интернаты. В то же время, имеется успешный зарубежный опыт реализации стационарозамещающих технологий, альтернативных интернатному содержанию – сопровождаемое проживание. В Российской Федерации имеется небольшое количество примеров организации сопровождаемого проживания. Цель исследования - провести литературный анализ нового для России сервиса. Научный анализ литературных данных позволит избежать ошибок при внедрении данной технологии. С учетом ратификации Конвенции о правах инвалидов в Российской Федерации данный вид сервиса крайне актуален в настоящее время. Сопровождаемое проживание инвалида направлено на поддержание максимально возможной самостоятельности в организации быта, досуга, взаимодействия и общения с другими людьми, улучшения качества жизни инвалида, а также на обеспечение необходимого ухода в условиях нестационарного проживания. Сопровождаемое проживание экономически выгодно для государства. Внедрение данного вида сервиса вместо помещения инвалида в психоневрологический интернат позволит реализовать законные права этой категории населения на качественное социальное обслуживание, предоставление необходимых им социальных услуг в домашней обстановке, на достойную жизнь.

Abstract. Currently, the Government of the Russian Federation pays great attention to the reformation of psychoneurological boarding schools and the introduction of accompanied residence of the disabled. Accompanied accommodation is a qualitatively new approach to the organization of the life of the disabled, a new service for the disabled. Currently, the main place of residence of disabled people with various disabilities are stationary social service organizations – adult psychoneurological boarding schools. At the same time, there is a successful foreign experience of implementation of stationary – substituting technologies, alternative to residential care-accompanied accommodation. In the Russian Federation there are a small number of examples of the organization of the accompanied residence. The Purpose of research - to carry out the literary analysis of service, new for Russia. Scientific analysis of literature data will help to avoid mistakes in the implementation of this technology. Given the ratification of the Convention on the rights of persons with disabilities in the Russian Federation, this type of service is extremely relevant now. Accompanied accommodation of the disabled person is aimed at maintaining the maximum possible independence in the organization of life, leisure, interaction and communication with other people, improving the quality of life of the disabled person, as well as ensuring the necessary care in conditions of non-stationary living. Accompanied accommodation is economically beneficial for the state. The introduction of this type of service instead of placing a disabled person in a psychoneurological boarding school will allow to realize the legal rights of this category of the population to quality social services, the provision of necessary social services at home, for a decent life.

Ключевые слова: инвалид, сопровождаемое проживание, организация жизнедеятельности инвалидов, психо - неврологический интернат

Key words. disabled person, accompanied accommodation, organization of life activity of disabled people, psycho-neurological boarding school

Приоритетным направлением государственной политики современной России является обеспечение всех граждан равными возможностями для доступа к социальным, экономическим,

культурным ценностям, гарантирование всем членам общества уважения к личности и соблюдения прав каждого. Государственная поддержка людей с особыми проблемами гарантируется Федеральным Законом «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». Так, Конвенция ООН «О правах инвалидов» (ст.19 «Самостоятельный образ жизни и вовлеченность в местное сообщество») предписывает решение проблемы сопровождаемого проживания по месту жительства инвалидов в условиях обычного социального окружения. Россия - государство социально ориентированное и модернизация социальной защиты это естественный путь её развития. В связи с этим активно началось реформирование законодательства с целью приведения в соответствие с принципами Конвенции, в которой инвалид ориентирован на социальную интеграцию, а не на изоляцию. Существующая в настоящее время система психоневрологических интернатов не отвечает требованиям Конвенции о правах инвалидов, которую Российская Федерация ратифицировала в 2012 году [1].

Актуальность. С учетом ратификации Конвенции о правах инвалидов в Российской Федерации сопровождаемое проживание крайне актуально в настоящее время, так как именно оно направлено на поддержание максимально возможной самостоятельности в организации быта, досуга, взаимодействия и общения с другими людьми, улучшает качество жизни инвалида.

Цель исследования - анализ отечественного и зарубежного опыта при организации сопровождаемого проживания.

Метод исследования - контент анализ отечественных и зарубежных литературных источников по проблеме исследования.

Результаты. Сопровождаемое проживание – это качественно новый подход к организации жизни инвалидов. Внедрение сопровождаемого проживания вместо помещения инвалида в психоневрологический интернат позволит реализовать законные права этой категории населения на качественное социальное обслуживание, предоставление необходимых им социальных услуг в домашней обстановке, на достойную жизнь.

Актуальность проблемы введения сопровождаемого проживания определяется положением инвалидов, которые вынуждены жить в интернатах, что не отвечает требованиям современного цивилизованного мира, международного законодательства, ориентированного на социальную интеграцию, а не на изоляцию этой категории населения, Конвенции о правах инвалидов и Закону об основах социального обслуживания. Современная политика социально развитых стран – независимое проживание инвалидов. Важно отметить, что в настоящее время большинство развитых стран ликвидировали интернаты, а основная причина - принятие международным сообществом Конвенции ООН о правах инвалидов. Общий вывод - реформа интернатов это создание альтернативных форм проживания, в том числе сопровождаемое проживание.

Под сопровождаемым проживанием инвалидов, понимается стационарозамещающая технология социального обслуживания. Она предусматривает возможность предоставления инвалиду социальных услуг, услуг по реабилитации или абилитации в привычной, комфортной для него обстановке, максимально приближенной к домашней. Сопровождаемое проживание – это качественно новый для России подход к организации жизни инвалидов. Внедрение программ сопровождаемого проживания требует переориентации социальных служб на работу с инвалидами в открытой социальной среде, вместо помещения инвалидов в интернаты. Основной принцип сопровождаемого проживания - это взгляд на человека как на личность без учёта её особенностей, как на человека, который имеет право на жизнь в обществе на основе принятого в мире принципа нормализации жизни людей с проблемами здоровья. Организация сопровождаемого проживания позволит реализовать законные права инвалидов на социальное обслуживание, предоставит им необходимые социальные услуги в домашних условиях. Результат сопровождаемого проживания — это улучшение качества жизни инвалидов и включение их в жизнь общества. По информации правозащитников, интернаты в Российской Федерации продолжают функционировать, однако, эти учреждения существуют на основании устаревших документов – Приказ Минсоцобеспечения РСФСР от 27.12.1978 года №145 «Об утверждении положений о доме-интернате для престарелых и инвалидов и психоневрологическом интернате Министерства социального обеспечения РСФСР» (вместе с «Инструкцией о медицинских показаниях и противопоказаниях к приёму в дома- интернаты», утв. Минздравом ССР 05.09.1978 года № 06-14/12) и Приказ от 24.09.1981 года №109 «Об утверждении инструкции об организации медицинского обслуживания, противоэпидемических и санитарно-гигиенических мероприятий в психоневрологических интернатах и Приказ Минздрава 1978 года. Важно отметить, что согласно мнению юристов, эти документы противоречат действующему в Российской Федерации

законодательству, а именно – Конституции Российской Федерации. С учетом предстоящего реформирования психоневрологических интернатов, которых по данным Министерства труда в 2016 году на территории России было 504 для взрослых инвалидов, и перевода большого количества инвалидов на сопровождаемое проживание необходима информация сотрудникам этих учреждений о разнообразных формах, видах этой новой технологии.

В работе Т.В.Фурьева, А.Н.Маркевич отмечено, что Российское государство в настоящее время, в основном, ограничивается адресной помощью инвалидам вместо создания условий для их полноценной и максимально возможной независимой жизнедеятельности и реализации человеческого потенциала [2]. В этой статье также отмечено, что среди принципов, которые должны быть учтены государствами, ратифицировавшими Конвенцию о правах инвалидов, особую значимость представляет принцип социальной инклюзии, а не изоляция инвалидов в психоневрологических интернатах. Этот принцип Конвенции ориентирован на вовлечение инвалидов в социальную жизнь общества. Следует также отметить, что в Российском законодательстве закреплено положение о недопустимости дискриминации по признаку инвалидности Федеральным законом от 01.12.2014 года №419-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов», большая часть положений которого вступила в силу с 01 января 2016 года. В том числе статья 3.1 дополнила Федеральный закон №181-ФЗ. Вместе с тем следует заметить, что действующая модель социальной защиты в России пока не дифференцирована и значительно ограничивает правоспособность инвалидов.

Как указывает Чечерина О.Б. сопровождаемое проживание – это эффективная альтернатива интернатам. Автор отмечает, что сопровождаемое проживание – современная услуга социальной поддержки инвалида, которая оказывается адресно, в разном объеме и зависит от потребностей конкретного инвалида [3]. По данным Ключко Е.Ю. в настоящее время в Российской Федерации имеется социальный запрос на развитие и широкое внедрение стационарозамещающих технологий, которые включают, в том числе сопровождаемое проживание в различных формах [4]. В конце 2017 года Минтруд разработал Методические рекомендации по организации различных технологий сопровождаемого проживания инвалидов, в том числе такой технологии, как сопровождаемое совместное проживание малых групп инвалидов в отдельных жилых помещениях» [5]. Важно отметить, что в ряде регионов уже имеются примеры сопровождаемого проживания инвалидов – это социальные квартиры в Пскове, Владимире, Санкт-Петербурге, социальные деревни в Ленинградской области, Мытищах, Иркутске, Бурятии [6,7,8,9,10,11]. В 2017 году в Москве выходит информационно- методический сборник «Помощь людям с инвалидностью в организации самостоятельной жизни [12]. Технологии социальной работы по сопровождаемому проживанию детей- инвалидов приводятся в работе Хунаговой Д.М. [13].

Проведенный анализ показал, что в настоящее время в России сопровождаемое проживание, инициируется и развивается в большинстве случаев силами социально ориентированных некоммерческих организаций, родительских организаций, а также организаций, мотивированных на создание достойных условий проживания инвалидов, улучшение качества их жизни, а также обеспечение максимальной возможной жизненной самостоятельности и социальной интеграции их в социум и в значительно меньшей степени государственными структурами. В настоящее время в ряде регионов России организация сопровождаемого проживания инвалидов ведётся благодаря активности общественных организаций и поддержке властей на местах, и в настоящее время требуется активное включение государства в этот процесс [14].

Как по данным отечественной литературы, так и по данным зарубежных источников сопровождаемое проживание улучшает качество жизни пациентов. Так, социологический опрос жителей социальных домов в Великобритании показал, что они предпочитают получать помощь по мере необходимости, и удовлетворены качеством жизни. Кроме того, также в Великобритании анализ 730 случаев госпитализации в острые отделения, показал, что 35% пациентов не подлежали лечению, а нуждались в сопровождаемом проживании, которое было бы эффективной альтернативой стационарному лечению. Необходимо отметить, что закрытие психиатрических больниц для стационарного пребывания пациентов в Великобритании значительно изменило политику общественного здравоохранения государства уже в XX веке и это привело к перераспределению материальных средств в структуры, обычно известные как службы внебольничной психиатрической помощи, т.е. к сопровождаемому проживанию.

Многие зарубежные страны – Дания, Канада, Германия, Швеция, Великобритания, Финляндия уже давно отказались от системы тотальной изоляции инвалида. Уже в 90 годы

прошлого века в исследовании Кеск подход, нацеленный на обеспечение «нормальным жильём» в сочетании с «практической помощью», оказался достаточно эффективным и ассоциировался с существенным снижением частоты госпитализаций. В исследованиях, проведённых в США и Скандинавии, отмечено повышение уровня самостоятельного социального функционирования и качества жизни пациентов в квартирах сопровождаемого проживания [15]. Инвалиды и их родственники сообщают об удовлетворенности сопровождаемого проживания. Несколько лет назад концепция сопровождаемого проживания инвалидов разработана и в Белоруссии [16]. Таким образом, общий вывод: сопровождаемое проживание - это улучшение социального функционирования инвалида, улучшение качества его жизни.

В настоящее время имеются разные формы сопровождаемого проживания: социальная квартира, социальный дом, социальная деревня, социальный городок. За рубежом апробированы разнообразные формы сопровождаемого проживания, которые доступны даже для людей с тяжелыми психическими расстройствами. Однако, имеющиеся формы сопровождаемого проживания довольно трудно классифицировать из-за наличия различных систем их классификации, характеристики персонала, соотношения количества персонала и количества пациентов. Так, наиболее часто встречающиеся формой сопровождаемого проживания является социальный жилой дом со специально оборудованными квартирами, с обученным персоналом, дом, в котором есть специальные помещения для проведения совместных мероприятий. Квартиры в таком доме находятся в государственной собственности и оборудованы для проживания из государственных средств.

Зарубежные авторы, имеющие длительный опыт организации сопровождаемого проживания отмечают, что большое значение имеет оценка потребности в сопровождаемом проживании. В ряде зарубежных стран уже разработан систематический подход к оценке потребности инвалидов, нуждающихся в сопровождаемом проживании. Так, Канадский проект сопровождаемого проживания включает многофункциональную оценку потребности пациента с использованием Колорадского протокола. Использование данной оценки позволило выявить, что только 10% стационарных инвалидов нуждались в нахождении в стационаре, а 60% пациентов нуждались в сопровождаемом проживании. В США использовали опросник St Louis для оценки возможности жизни инвалида при сопровождаемом проживании [17]. Разработанную оценку потребности инвалида в сопровождаемом проживании можно использовать и в России.

Отечественные и зарубежные авторы отмечают, что финансирование расходов на проживание и услуг по сопровождению инвалидов должно осуществляться из различных источников – местного бюджета государственными учреждениями социального обслуживания, пенсий инвалидов, средств, выделяемых на осуществление мероприятия и о реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида также за счёт перераспределения средств, использовавшихся ранее для оплаты проживания инвалида в интернате.

В статье Shepherd отмечено, что качество помощи инвалидам в домах с сопровождаемым проживанием в большой степени также зависит от личностных характеристик обслуживающего персонала [18]. Этот автор выявил, что проблемы могут возникать тогда, когда в относительно изолированных условиях плохо оплачиваемый и плохо обученный персонал стремится контролировать пациентов, довольно жестко с ними обращается. Эту проблему необходимо учитывать при внедрении сопровождаемого проживания на территории России.

Литературный анализ как отечественного, так и зарубежного опыта позволил выявить основные направления при организации сопровождаемого проживания: разукрупнение интернатных учреждений, предоставление квартир, домов или их частей для инвалидов, создание рынка социальных услуг для обеспечения сопровождения проживания инвалидов. Таким образом, можно выделить следующие факторы, определяющие качество сопровождаемого проживания - поддержка персонала; регулярная связь со службой ежедневной помощи; межведомственная работа; внешний мониторинг; финансирование расходов по сопровождению инвалидов из различных источников, возможность для пациентов подачи жалоб. Важно отметить, что расходы на сопровождаемое проживание ниже, чем в интернате, а проживание пациентов более качественное, т.е. как социальные, так и экономические показатели свидетельствуют об эффективности и комфортности сопровождаемого проживания.

Сопровождаемое проживание – это современный новый подход к организации жизни инвалидов - новый сервис для людей с проблемами здоровья. Анализ литературных источников, как отечественных, так и зарубежных, показал, что необходима предварительная подготовка как потенциальных пациентов к сопровождаемому проживанию, так и специалистов, работающих в этой области. Модернизация социальной защиты в современной России – естественный путь

развития системы социальной защиты населения. Жизнь людей с различными проблемами здоровья в сопровождении, это возможность для них жить в комфортных домашних условиях.

В заключении следует отметить, что в настоящее время необходим переход от обычного декларирования к реализации прав инвалидов жить в комфортных условиях, которые приближены к домашней среде, т.е. к сопровождаемому проживанию.

Выводы

1. Необходимо введение в законодательство понятия «сопровожаемое проживание»;
2. Необходима разработка унифицированного положения о разных формах сопровождаемого проживания инвалидов;
3. Необходима научная разработка критериев оценки потребности инвалида в том или ином объеме сопровождения;
4. Необходима разработка стандарта оказания услуг по сопровождению;
5. Необходимо обучение социальных работников новым формам работы.

Список литературы:

1. http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability (дата обращения 07.06.2018)
http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability (дата обращения 07.06.2018)
2. Фуряева Т.В., Маркевич А.Н. Моделирование сопровождаемого проживания молодых людей с РАС как условие создания новой социальной инклюзивной практики // Сибирский вестник специального образования №3 (18) 2016. С.43- 49.
Furyaeva T.V., Markevich A.N. Modelirovanie soprovozhdaemogo prozhivaniya molodyh lyudej s RAS kak uslovie sozdaniya novej socialnoj inkluzivnoj praktiki // Sibirskij vestnik specialnogo obrazovaniya №3 (18) 2016. S.43- 49.
3. Чечерина О.Б. Сопровожаемое проживание как эффективная альтернатива психоневрологическим интернатам // Сетевое издание «Электронный журнал «Практика социальной работы. Открытый методический ресурс» №1, 2016. С.1-13 // СПб ГБУ «Городской информационно-методический центр «Семья». – [Санкт-Петербург, 2016].
<http://tass.ru/obschestvo/4631730>
Checherina O.B. Soprovozhdaemoe prozhivanie kak effektivnaya alternativa psihonevrologicheskim internatam // Setevoe izdanie «Elektronnyj zhurnal «Praktika socialnoj raboty. Otkrytyj metodicheskij resurs» №1, 2016. S.1-13 // SPB GBU «Gorodskoj informacionno-metodicheskij centr «Semya». – [Sankt-Peterburg, 2016]. <http://tass.ru/obschestvo/4631730>
4. Ключко Е.Ю. Жизнь без барьеров: о перспективах. Психологическая наука и образование. 2016. Т. 21. №1 С.94–107. DOI: 10.17759/pse.2016210108 DOI: 10.17759/pse.2016210108.
Klochko E.Yu. Zhizn bez barerov: o perspektivah. Psihologicheskaya nauka i obrazovanie. 2016. T. 21. №1 С.94–107. DOI: 10.17759/pse.2016210108 DOI: 10.17759/pse.2016210108.
5. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 14 декабря 2017 г. №847 "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".
Prikaz Ministerstva truda i socialnoj zashity RF ot 14 dekabrya 2017 g. №847 "Ob utverzhenii metodicheskikh rekomendacij po organizacii razlichnyh tehnologij soprovozhdaemogo prozhivaniya invalidov, v tom chisle takoj tehnologii, kak soprovozhdaemoe sovmestnoe prozhivanie malyh grupp invalidov v otdelnyh zhilyh pomesheniyah".
6. "Жизнь с достоинством" - Практическое пособие по сопровождаемому проживанию. - Псков, 2018. 272 с.
"Zhizn s dostoinstvom" - Prakticheskoe posobie po soprovozhdaemomu prozhivaniyu. - Pskov, 2018. 272 s.
7. Л.И. Кац, О.Г. Сторожук, Ю.М. «Формы сопровождаемого проживания во Владимирской области. Юридические аспекты и опыт работы ВООО АРДИ «СВЕТ», г. Владимир, 2015. 202 с.
L.I. Kas, O.G. Storozhuk, Yu.M. «Formy soprovozhdaemogo prozhivaniya vo Vladimirskoj oblasti. Yuridicheskie aspekty i opyt raboty VOOO ARDI «SVET», g. Vladimir, 2015. 202 s.
8. Кац Л.И., Сторожук О.Г., Кац Ю.М. «Формы сопровождаемого проживания во Владимирской области. Юридические аспекты и опыт работы ВООО АРДИ «СВЕТ» по внедрению и развитию сопровождаемого проживания» - Владимир, "Транзит - ИКС" 2015. 204с.
Kas L.I., Storozhuk O.G., Kas Yu.M. «Formy soprovozhdaemogo prozhivaniya vo Vladimirskoj oblasti. Yuridicheskie aspekty i opyt raboty VOOO ARDI «SVET» po vnedreniyu i razvitiyu soprovozhdaemogo prozhivaniya» - Vladimir, "Tranzit - IKS" 2015. 204s.

9. Сопровождаемое поддерживаемое проживание людей с нарушениями развития». Спб, НОУ ДПО «Социальная школа Каритас», 2012. 286 с.

Soprovozhdaemoe podderzhivaemoe prozhivanie lyudej s narusheniyami razvitiya». Spb, NOU DPO «Socialnaya shkola Karitas», 2012. 286 s.

10. Сельская модель сопровождаемого проживания для молодых людей с тяжелой инвалидностью. Ленинградская область Деревня Раздолье 2015-2016 г.г. 24 с.

Selskaya model soprovozhdaemogo prozhivaniya dlya molodyh lyudej s tyazhelej invalidnostyu. Leningradskaya oblast Derevnja Razdole 2015-2016 g.g. 24 s.

11. Программа сопровождающего проживания воспитанников и выпускников муниципального бюджетного общеобразовательного учреждения для детей- сирот и детей, оставшихся без попечения родителей Мытищи, 2016. 27 с.

Programma soprovozhdayushego prozhivaniya vospitannikov i vypusknikov municipalnogo byudzhetnogo obsheobrazovatel'nogo uchrezhdeniya dlya detej- sirot i detej, ostavshih'sya bez popecheniya roditel'ej Mytishi, 2016. 27 s.

12. Информационно-методический сборник «Помощь людям с инвалидностью в организации самостоятельной жизни (Сопровождаемое проживание)». — М., 2017. 200 с.

Informacionno-metodicheskij sbornik «Pomoshh lyudyam s invalidnostyu v organizacii samostoyatelnoj zhizni (Soprovozhdaemoe prozhivanie)». — М., 2017. 200 s.

13. Хунагова Д.М. Теоретические основы проектирования технологии социальной работы по сопровождаемому проживанию детей-инвалидов. Сборник материалов международной студенческой научной конференции "Современные проблемы науки и образования", М.-2018. 4 с.

Hunagova D.M. Teoreticheskie osnovy proektirovaniya tehnologii socialnoj raboty po soprovozhdaemomu prozhivaniyu detej-invalidov. Sbornik materialov mezhdunarodnoj studencheskoj nauchnoj konferencii "Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya", М.-2018. 4 s.

14. Социальная квартира интернатного учреждения: подготовка воспитанников к самостоятельной жизни: Методическое пособие. — М.: «Благотворительный фонд социальной помощи детям «Рас' правь крылья!», 2011. 120 с.

Socialnaya kvartira internatnogo uchrezhdeniya: podgotovka vospitannikov k samostoyatelnoj zhizni: Metodicheskoe posobie. — М.: «Blagotvoritelnyj fond socialnoj pomoshi detyam «Ras' prav krylya!», 2011. 120 s.

15. Keck, J. Responding to consumer housing preferences: the Toledo experience. Psychosocial Rehabilitation Journal, 1990, 13, С.51–58.

16. Концепция сопровождаемого проживания людей с инвалидностью? – Минск: «АртИдея» 2013. 36 с.

Концепцыя супровозьдаемогa пражыванья людзей с інваліднасьцю? – Мінск: «АртІдэя» 2013. 36 с.

17. Fitz, D. & Evenson, R. C. Recommending client residence: a comparison of the St Louis Inventory of Community Living Skills and global assessment. Psychiatric Rehabilitation Journal, 1999, 23, С.107–112.

18. Shepherd, The problems of reductions in long stay beds in the UK. Epidemiology and Social Psychiatry, 1998, 7, С.127–134.

УДК. 364

ОПЫТ СОПРОВОЖДАЕМОГО (ПОДДЕРЖИВАЕМОГО) ПРОЖИВАНИЯ ИНВАЛИДОВ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ: ПРАКТИКА И ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО

Лемке Н.П.

Комитет по социальной политике Санкт-Петербурга
Россия, Санкт-Петербург

EXPERIENCE OF ACCOMPANIED (SUPPORTED) RESIDENCE OF DISABLED PEOPLE IN ST. PETERSBURG: PRACTICE AND LEGISLATION

Lemke N. P.

Committee for Social Policy of St. Petersburg

Аннотация: В статье представляется опыт Санкт-Петербурга по реализации различных форм технологии сопровождаемого (поддерживаемого) проживания молодых инвалидов.

В Санкт-Петербурге технология сопровождаемого (поддерживаемого) проживания реализуется на базе жилых помещений специализированного жилищного фонда Санкт-Петербурга.

Создание системы специализированного жилья для проживания граждан, нуждающихся в специальной социальной защите, является не только актуальным и важным вопросом социальной и жилищной политики города, но также одним из направлений модернизации городской среды.

Сопровождаемое (поддерживаемое) проживание инвалидов в Санкт-Петербурге организуется путем создания квартир социального назначения (социальных квартир коллективного проживания), а также строительства специальных жилых домов сопровождаемого (поддерживаемого) проживания для молодых инвалидов с отклонением в умственном развитии (государственной и негосударственной форм собственности).

Технология создания квартир социального назначения для постоянного проживания молодых людей с ограниченными умственными возможностями (социальных квартир коллективного проживания) реализуется в Санкт-Петербурге с 2005 года и является не только абсолютно уникальной технологией реабилитационной деятельности для России, но и совершенно особым типом специализированного жилья для этой категории людей.

Abstract. The article presents the experience of St. Petersburg in implementing various forms of technology of accompanied (supported) residence of young disabled people.

In St. Petersburg, the technology of accompanied (supported) residence is realized on the basis of residential premises of the specialized housing fund of St. Petersburg.

The creation of a system of specialized housing for citizens who need special social protection is not only an urgent and important issue in the social and housing policy of the city, but also one of the directions of modernization of the urban environment.

Accompanied (supported) residence of disabled people in St. Petersburg is organized by creating social apartments (social apartments of collective residence), as well as the construction of special residential houses accompanied (supported) residence for young people with disabilities in intellectual development (state and non-state forms of ownership).

The technology of creating social apartments for permanent residence of young people with intellectual disabilities (social apartments of collective residence) is being implemented in St. Petersburg since 2005 and is not only an absolutely unique technology of rehabilitation activities for Russia, but also a very special type of specialized housing for this category of people.

Ключевые слова: сопровождаемое проживание, молодые инвалиды, технология сопровождаемого (поддерживаемого) проживания, квартиры социального назначения, тренировочные квартиры, дома сопровождаемого (поддерживаемого) проживания, социально-реабилитационные центры для инвалидов, интеграция молодых инвалидов

Key words. accompanied residence, young disabled people, the technology of accompanied (supported) residence, social apartments, training apartments, houses of accompanied (supported) residence, social rehabilitation centers, integration of young disabled people

В соответствии с приказом Минтруда России от 14.12.2017 № 847 сопровождаемое проживание является стационарозамещающей технологией социального обслуживания, предусматривающей возможность предоставления инвалидам социальных услуг, услуг по реабилитации и абилитации, образовательных услуг и проведения мероприятий по социальному сопровождению инвалидов в целях компенсации (устранения) обстоятельств, которые ухудшают или могут ухудшить условия жизнедеятельности и сохранения пребывания в привычной, благоприятной для них среде, выработки навыков, обеспечивающих максимально возможную самостоятельность в реализации основных жизненных потребностей (организация быта, досуга, общения и социальных связей), и адаптации к самостоятельной жизни [1].

В Санкт-Петербурге в настоящее время технология сопровождаемого (поддерживаемого) молодых инвалидов организуется путем:

Создания квартир социального назначения для постоянного проживания молодых людей с ограниченными умственными возможностями (социальных квартир сопровождаемого проживания);

Строительства специальных жилых домов сопровождаемого (поддерживаемого) проживания для молодых инвалидов с отклонением в умственном развитии (государственные и негосударственные);

Создания тренировочных квартир для молодых инвалидов и открытия на базе домов-интернатов для детей с отклонениями в умственном развитии и психоневрологических

интернатов социально-реабилитационных центров для подготовки молодых инвалидов к самостоятельному проживанию.

Создание и функционирование социальных квартир сопровождаемого проживания для молодых инвалидов с отклонением в умственном развитии осуществляется в соответствии со статьей 5 Закона Санкт-Петербурга от 04.04.2006 № 100-15 «О специализированном жилищном фонде Санкт-Петербурга» (далее – Закон Санкт-Петербурга № 100-15). [2]

Социальные квартиры сопровождаемого проживания для молодых инвалидов относятся к специализированному жилищному фонду. Технология создания квартир социального назначения для постоянного проживания молодых людей с ограниченными умственными возможностями реализуется в Санкт-Петербурге с 2005 года. Квартиры предоставляются для проживания молодым инвалидам с отклонениями в умственном развитии, имеющим реабилитационный потенциал, сохранившим частичную способность к самообслуживанию в быту и не нуждающимся в постоянном постороннем уходе.

Инвалиды проживают практически самостоятельно: работают в меру своих возможностей, лично оплачивают жилищно-коммунальные расходы, посещают культурно-массовые мероприятия, самостоятельно обслуживают себя при домашнем сопровождении социальными работниками. При этом, в квартирах проживают как молодые инвалиды - выпускники домов интернатов для детей с отклонениями в умственном развитии, так и инвалиды, ранее проживавшие в семьях.

Строительство специальных жилых домов сопровождаемого (поддерживаемого) проживания для молодых инвалидов с отклонением в умственном развитии (государственные и негосударственные) осуществляется в соответствии со статьей 5 Закона Санкт-Петербурга № 100-15.

Строительство специальных жилых домов для инвалидов с отклонениями в умственном развитии было предусмотрено постановлением Правительства Санкт-Петербурга от 22.12.2009 № 1460 (с изменениями от 12.12.2011), а с 2015 года включено в перечень мероприятий подпрограммы «Модернизация и развитие социального обслуживания населения» государственной программы Санкт-Петербурга «Социальная поддержка граждан в Санкт-Петербурге», утвержденной постановлением Правительства Санкт-Петербурга от 23.06.2014 № 497. [3]

Специальные жилые дома сопровождаемого (поддерживаемого) проживания для молодых инвалидов относятся к специализированному жилищному фонду. Особенностью специальных жилых домов является то, что квартиры в них не подлежат приватизации, обмену, сдаче в поднаем, аренду, эта особенность играет большую роль в обеспечении безопасности молодых инвалидов – как имущественной, так и личной. Технология сопровождаемого (поддерживаемого) проживания внедряется не только на базе государственного жилищного фонда, но и частного жилищного фонда.

В Санкт-Петербурге с 2015 в рамках общественно-частного партнерства года реализуется проект по развитию системы жизненного устройства людей с интеллектуальными нарушениями в Санкт-Петербурге «Новая Охта».

В 2017 году в рамках указанного проекта открыт уникальный и пока единственный в России негосударственный Дом сопровождаемого (поддерживаемого) проживания для молодых людей трудоспособного возраста с нарушениями интеллектуального и физического развития, родители которых в силу возраста или проблем со здоровьем не могут о них заботиться.

Целью проекта является создание альтернативной системы жизненного устройства молодых инвалидов, соответствующей их потребностям и современным требованиям. Создание тренировочных квартир для молодых инвалидов и открытие на базе домов-интернатов для детей с отклонениями в умственном развитии и психоневрологических интернатов социально-реабилитационных центров для подготовки молодых инвалидов к самостоятельному проживанию.

Проживание в тренировочных квартирах и социально-реабилитационных центрах является промежуточным этапом подготовки молодых людей с отклонениями в умственном развитии, но имеющими реабилитационный потенциал к самостоятельному проживанию вне стационарных детских домов и домов-интернатов. Тренировочная квартира - специально подготовленное и оборудованное жилое помещение, в котором предусматривается проживание в течение года небольшой группы (пяти-шести человек) инвалидов при сопровождении социальными работниками.

Молодые люди обучаются навыкам самообслуживания, составления домашнего бюджета, ведения домашнего хозяйства, осуществления различных платежей (коммунальных, оплаты покупок в магазинах и др.), организации досуга. В настоящее время на базе Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения «Центр социальной реабилитации инвалидов» по адресу:

Санкт-Петербург, г. Пушкин, б-р Алексея Толстого, д. 31, - функционируют 6 тренировочных квартир на 26 мест, а также в структурные подразделения районных Центров реабилитации инвалидов и детей-инвалидов (Адмиралтейский, Невский, Центральный районы Санкт-Петербурга).

Социально-реабилитационные центры для подготовки молодых инвалидов к самостоятельному проживанию (далее – Центры) в настоящее время функционируют на базе Санкт-Петербургского государственного бюджетного стационарного учреждения социального обслуживания

«Психоневрологический интернат № 6», Санкт-Петербургского государственного автономного стационарного учреждения социального обслуживания «Психоневрологический интернат № 10» имени В.Г.Горденчука, и Санкт-Петербургского государственного бюджетного стационарного учреждения социального обслуживания «Дом-интернат для детей с отклонениями в умственном развитии № 1».

Одной из главных целей работы Центров является интеграция воспитанников в обычную рабочую и социальную среду здоровых людей, создание условий для их самоопределения.

Для проведения социально-реабилитационной работы в Центрах созданы и оборудованы: трудовые мастерские, кабинет профориентации, кабинет кулинарии, прачечная, кабинет социально-бытовой ориентировки (жилищный модуль), комната психологической разгрузки, кабинет индивидуальной психологической коррекции, спортивно-оздоровительный комплекс (в том числе спортивный зал, тренажерный зал, спортивная площадка), библиотека.

Инвалидам трудоспособного возраста, проживающим в Центрах, предоставляются все виды социальных услуг, предусмотренные в стационарной форме социального обслуживания, а именно: социально-бытовые, социально-медицинские, социально-психологические, социально-педагогические, социально-трудовые, социально-правовые, социальные услуги в целях повышения коммуникативного потенциала инвалидов трудоспособного возраста.

Опыт Санкт-Петербурга, представляющий различные формы реализации технологии сопровождаемого (поддерживаемого) проживания инвалидов, доказал свою эффективность и может быть распространен в других регионах Российской Федерации.

Список литературы:

1. 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 декабря 2017 г. № 847/ Бюллетень трудового и социального законодательства РФ. – 2018 - № 1.

Ob utverzhdenii metodicheskikh rekomendacij po organizacii razlichnyh tehnologij soprovozhdaemogo prozhivaniya invalidov, v tom chisle takoj tehnologii, kak soprovozhdaemoe sovmestnoe prozhivanie malyh grupp invalidov v otdelnyh zhilyh pomesheniyah: Prikaz Ministerstva truda i socialnoj zashity Rossijskoj Federacii ot 14 dekabrya 2017 g. № 847/ Byulleten trudovogo i socialnogo zakonodatelstva RF. – 2018 - №1.

2. О специализированном жилищном фонде Санкт-Петербурга: Закон Санкт-Петербурга от 4 апреля 2006 г. № 100-15/ Санкт-Петербургские ведомости. – 2006. - № 64.

O specializirovannom zhilishnom fonde Sankt- Peterburga: Zakon Sankt-Peterburga ot 4 aprelya 2006 g. № 100-15/ Sankt-Peterburgskie vedomosti. – 2006. - № 64.

3. Государственная программа Санкт-Петербурга «Социальная поддержка граждан в Санкт-Петербурге: утв. Постановлением Правительства Санкт-Петербурга от 23 июня 2014 г. № 497/ Официальный сайт Администрации Санкт-Петербурга <http://www.gov.spb.ru>, 15.07.2014.

Gosudarstvennaya programma Sankt-Peterburga «Socialnaya podderzhka grazhdan v Sankt-Peterburge: utv. Postanovleniem Pravitelstva Sankt-Peterburga ot 23 iyunya 2014 g. № 497/ Oficialnyj sajt Administracii Sankt-Peterburga <http://www.gov.spb.ru>, 15.07.2014

ПРИНЦИПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА. ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

Кантемирова Р.К.^{1,2,3}

¹ ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России

² Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова

³ Санкт-Петербургский государственный университет
Россия, Санкт-Петербург

PRINCIPLES OF REHABILITATION OF PATIENTS OF SENIOR AND SENIOR AGE. INDIVIDUALIZATION OF REHABILITATION ACTIVITIES

Kantemirova R.K. ^{1, 2, 3}

¹ Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled n.a. G.A. Albrecht" of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation

² GBOU NPE SZGMU them. I.I. Mechnikov

³ Saint Petersburg State University
Russia St.Petersburg

Аннотация: В реабилитации пациентов пожилого и старческого возраста значительную роль играет лечебная физкультура. В статье представлен индивидуальный подход и обоснование для назначения любого средства (вида) ЛФК с учетом основного и сопутствующих диагнозов пациента. В статье изложены виды реабилитации тесно связанных между собой и имеют цель - восстановления здоровья больного до обычного состояния. В пожилом возрасте процессы восстановления протекают более медленно, они менее совершенны, что и обуславливает более затяжной период реабилитации и меньшую эффективность терапии, направленной на оздоровление организма, реализацию его скрытых приспособительных возможностей, восстановление нарушенных функций. В связи с этим в проведении восстановительного лечения людей пожилого возраста должна быть проявлена большая настойчивость и учтены возрастные особенности их физического и психического состояния.

Abstract. Physiotherapy plays a significant role in the rehabilitation of elderly and senile patients. The article presents an individual approach and rationale for the appointment of any means (type) of exercise therapy, taking into account the main and related diagnoses of the patient. The article describes the types of rehabilitation closely related and have a goal-to restore the health of the patient to the usual state. In the elderly, the recovery processes are slower, they are less perfect, which leads to a longer period of rehabilitation and less effective therapy aimed at improving the body, the implementation of its hidden adaptive capabilities, the restoration of impaired functions. In this regard, in the conduct of rehabilitation treatment of elderly people should be shown great perseverance and take into account the age peculiarities of their physical and mental condition.

Ключевые слова: реабилитация, кинезотерапия, ЛФК, компенсирующие устройства, мальнутриция, саркопения, трудотерапия, психологическая коррекция.

Keywords: rehabilitation, kinesitherapy, exercise therapy, compensatory devices, malnutrition, sarcopenia, occupational therapy, psychological correction.

Государственная политика в области реабилитации пожилых реализуется в соответствии с нормами международного законодательства, а также положениями федеральных законов и иных нормативных правовых актов РФ и субъектов РФ (указы Президента РФ, законы РФ, федеральные законы, постановления и распоряжения Правительства Российской Федерации, ведомственные акты федеральных органов исполнительной власти) [1–3, 16–18, 20–23]. Совершенствованию системы комплексной реабилитации и повышению уровня обеспеченности лиц пожилого возраста реабилитационными услугами уделяется особое внимание, что свидетельствует, с одной стороны, о ломке сложившихся стереотипов, с другой — об объективной необходимости медико-социальной реабилитации лиц пожилого возраста [4, 10, 19, 22, 24, 28, 34]. Рассматривая место реабилитации в системе лечебно-профилактических мероприятий, необходимо отметить, что указать четкую грань между лечением и реабилитацией невозможно, так как многие мероприятия одновременно являются

и лечебными, и реабилитационными [4, 5, 10, 28]. Направленность реабилитационных мероприятий пациентов пожилого и старческого возраста зависит от множества факторов, к основным относятся следующие: тип и характер повреждения; вид, уровень и степень повреждения; период течения заболевания; характер осложнений и последствий повреждения или заболевания, а также социальные условия семьи больного [6–8, 10, 11, 24, 25, 28]. Основные принципы реабилитации пациентов пожилого и старческого возраста: раннее начало проведения реабилитационных мероприятий, которые, органически включаясь в основную терапию, должны ее дополнять и обогащать; этапность реабилитации; преемственность и непрерывность реабилитационных мероприятий как одно из основных и обязательных условий эффективности лечения; комплексный характер реабилитации; индивидуальный подход к составлению программ реабилитации — для каждого пациента должен быть установлен его индивидуальный профиль; программа и персонал, ее выполняющий, должны учитывать индивидуальные особенности и специфические потребности каждого больного, которые могут повлиять на исход реабилитации. Определены следующие особенности реабилитации в гериатрии: процессы реадaptации в пожилом возрасте идут медленнее, поэтому реабилитация требует большего времени; компенсаторные возможности ограничены, поэтому реабилитационные программы должны быть адекватны им; предпочтение в медицинской реабилитации пожилых людей отдается немедикаментозным видам восстановительного лечения. Для людей пожилого и старческого возраста минимальной задачей реабилитации является восстановление способности к самообслуживанию, позволяющей чувствовать себя независимым, а максимальной — восстановление трудоспособности [7, 8, 14, 17, 19, 31, 32]. Реабилитация пожилых людей преследует несколько целей: 1) реактивация — повышение двигательной и познавательной активности пациента; 2) ресоциализация — обеспечение пожилых равными социальными возможностями; 3) реинтеграция — приспособление гериатрического пациента к жизни в микросоциальной среде. Реабилитация пожилых людей осуществляется по следующим направлениям [1–3, 5, 8, 10, 19, 22, 23, 32]: медицинское — оказание медицинской помощи; геронтологический уход — решение общих физиологических и психологических проблем пациента; социальное — оказание социальной помощи; просветительское — информирование общества об особенностях стареющего организма, возможностях и потребностях пожилых людей; экономическое — обеспечение людям «третьего возраста» материального благополучия и равных возможностей участия в экономической жизни общества; профессиональное — реализация возможностей трудоспособности. По длительности проведения реабилитационных мероприятий выделяют: реабилитацию пожилых людей при острых состояниях (основное действующее лицо — врач); реабилитацию пожилых людей при подострых состояниях (осуществляется врачом и медицинской сестрой); долговременную реабилитацию (осуществляется медицинскими и социальными службами). Эффективность реабилитации пациентов пожилого и старческого возраста зависит от своевременности, правильной координации и согласованности действий различных специалистов. Реабилитационный процесс объединяет специалистов, которые работают как единая команда с четкой согласованностью действий, что обеспечивает целенаправленный подход в постановке целей и реализации задач реабилитации. В состав мультидисциплинарной бригады, как правило, входят: врач-специалист по профилю оказываемой помощи, терапевт (кардиолог), врач ЛФК, врач-физиотерапевт, инструктор-методист по ЛФК, клинический психолог, эрготерапевт (или бытовой реабилитолог), социальный работник, медицинская сестра по физиотерапии, специально обученные приемам ухода и реабилитации медицинские сестры. Очень важно включение в состав бригады диетолога и врача функциональной диагностики [7, 8, 11, 12, 28, 33]. Наличие общедоступной информации о динамике состояния больного в режиме реального времени (температура, АД, рекомендуемая укладка, рекомендуемая форма питания, контроль функции мочевого пузыря, двигательный режим, динамика) позволяет правильно ориентироваться в содержании проводимых мероприятий, осуществлять их эффективный контроль. Следует подчеркнуть, что медицинская реабилитация пациентов пожилого и старческого возраста должна быть рассмотрена как комплексный процесс, целью которого является сведение к минимуму функциональных последствий и негативных влияний заболевания на жизнь больного и ухаживающих за ним лиц; увеличение степени самостоятельности больного. Процесс восстановительного лечения и реабилитации людей пожилого и старческого возраста имеет ряд особенностей и трудностей. Это связано со следующими причинами. Во-первых, накопление инволютивных процессов и увеличение индекса полиморбидности приводят к снижению резервных возможностей организма. Во-вторых, появление и прогрессирование гериатрических синдромов и старческой астении ухудшают функциональный статус и повышают риск наступления инвалидности, зависимости пожилого человека в повседневной жизни от посторонней помощи и, как следствие, к

ухудшению качества жизни и увеличению потребности в частичном или постоянном постороннем уходе. Кроме этого, медико-биологические последствия болезни заключаются в отклонениях от нормального морфофункционального статуса, снижении трудоспособности или работоспособности, социальной дезадаптации, то есть нарушению связей с семьей и обществом. И наконец, тесная сопряженность проблем чисто клинического характера с социальными вопросами и возрастными особенностями психологии — наличие чувства одиночества, отчужденности, присоединение психопатологических наслоений — также являются особенностями процесса реабилитации. Именно поэтому пациенты пожилого и старческого возраста нуждаются не просто в разовой консультации врача или проведении курсового лечения, а в постоянной медико-социальной и реабилитационной помощи [7, 8, 10, 12, 33]. Однако на этапе организации и проведения гериатрической медицинской реабилитации существуют и другие проблемы. И одна из основных связана с вопросом: какие реабилитационные мероприятия необходимы и достаточны у людей старших возрастных групп? А вторая — как и когда приступить к реабилитационным мероприятиям и как их продолжить? Для решения первой задачи необходимо понимание того, что реабилитационные мероприятия у людей старших возрастных групп не только должны быть ориентированы на компенсацию клинически нарушенных функций, но учитывать множественные сопутствующие патологии, а также оценку функционирования ограничений жизнедеятельности. Такая оценка состояния больного поможет определить его реабилитационный потенциал и реабилитационный прогноз, выяснить характер и степень нарушения функций поврежденного органа или системы, определить возможность того или иного полного или частичного функционального восстановления. Следует учитывать, что у некоторой категории пациентов, особенно старческого возраста, определение реабилитационного потенциала затруднительно или даже невозможно вследствие тяжести состояния на фоне множественной сопутствующей патологии. Это означает, что при разработке реабилитационных мероприятий для данной категории больных кроме традиционных методов реабилитации необходимо использование специфических для гериатрии методов оценки состояния. Наилучшим образом позволяет составить план реабилитационных мероприятий комплексная гериатрическая оценка силами мультидисциплинарного коллектива. Реабилитация людей старших возрастных групп включает: оценку состояния больного, гериатрического статуса и реабилитационного потенциала; выявление трудностей, которые возникают у человека в процессе самостоятельной жизни; подготовку и обучение навыкам самообслуживания, гигиены, жизнедеятельности без посторонней помощи; проведение ЛФК; выполнение лечебных процедур и рекомендаций; общение и положительный настрой; помощь в моментах, вызывающих трудности, в уходе за собой и контроль самочувствия [6, 8–10, 12, 31, 33]. Решение второй задачи заключается в более раннем начале реабилитационных мероприятий, при этом для каждого пациента необходимо составлять индивидуальную программу реабилитации, которая представляет собой перечень реабилитационных мероприятий, направленных не только на компенсацию клинически нарушенных функций и множественную сопутствующую патологию, но и восстановление способностей пациента к бытовой, социальной деятельности в соответствии с его потребностями, кругом интересов, с учетом прогнозируемого уровня его физического и психического состояния и выносливости [11, 13, 24, 31, 36].

Особенности медико-социальной реабилитации у людей пожилого и старческого возраста.

Учитывая, что процесс реабилитации людей пожилого и старческого возраста направлен не только на сохранение, поддержание, восстановление функций организма, но и на достижение определенной независимости пациентов в повседневной жизни, улучшение качества жизни и эмоционального благополучия, а также на улучшение социального статуса пациента, реадaptацию его к условиям окружающей действительности, повышение самооценки и восстановление стимулов к жизни, при разработке индивидуальной программы реабилитации необходимо учитывать следующие особенности реабилитационного периода у данной категории пациентов [5, 11, 14, 22]. С учетом основного заболевания, особенно у пациентов с риском развития синдрома мальнутриции или синдрома саркопении, у всех пациентов пожилого и старческого возраста обязательным является использование диетотерапии. При этом необходимо соблюдать основные принципы рационального питания у пациентов пожилого и старческого возраста [7, 8]. Учитывая, что пациенты старших возрастных групп обладают определенными структурно-функциональными особенностями ЖКТ, а вследствие полиморбидности и полипрагмазии у них могут нарушаться всасывание и обмен питательных веществ, в том числе витаминов и минералов, диетотерапия продолжается 1–1,5 года от момента установления риска развития синдрома мальнутриции или синдрома саркопении. Пациентам

с дефицитом массы тела, с синдромом мальнутриции или риском развития синдрома мальнутриции и саркопенией во время реабилитации может потребоваться прием нутритивных смесей. Для формирования оптимального сбалансированного рациона для пациентов старших возрастных групп необходимо формирование правильного режима питания и «правильных» пищевых привычек, соблюдение оптимального соотношения в суточном рационе белков, жиров и углеводов (см. разд. 4.4). Рекомендован дополнительный прием витаминов и минеральных элементов: должен соблюдаться 5–6-разовый режим питания; в сутки больным рекомендуется употреблять 3–5 видов овощей, 3–4 вида фруктов (примерно 400 г/сут); в рационе должно быть не более 20% белковой пищи (курица, рыба, мясо, бобовые, молочные, чаще кисломолочные продукты); нужно учитывать противопоказания (ХСН, почечная патология). Ведущая роль в реабилитации больных пожилого и старческого возраста принадлежит кинезотерапии и лечебной физкультуре. При этом объем ЛФК зависит от характера заболевания и подразделяется на общую и специальную. Роль кинезотерапии заключается как в коррекции частных нарушений моторики, так и в уменьшении неблагоприятных последствий гиподинамии в целом [7, 8, 12, 26, 28]:. Толерантность к физическим нагрузкам, сила и выносливость мышц с возрастом существенно снижаются, однако уменьшение функциональных возможностей у больных старших возрастных групп связано не только с процессом старения, но и во многом с недостаточной активностью пациентов [7, 8, 11, 26]:. Именно поэтому необходима постоянная тренировка опорно-двигательного аппарата во избежание быстрого угасания функциональных возможностей костно-мышечной системы. Использование упражнений, направленных на выполнение туалета и личной гигиены, обучение одеванию, самостоятельному приему пищи, поскольку поддержание самостоятельности в повседневной жизни также во многом зависит от подвижности пациентов, которая в свою очередь определяется работоспособностью мышц, костей, суставов. Особенности лечебной физкультуры в пожилом и старческом возрасте [7, 8, 24, 26, 28]: нагрузки должны быть ниже, чем у пациентов среднего и молодого возраста; применяются упражнения малой и средней интенсивности, с достаточно широкой амплитудой движения, выполняют их плавно; обращают внимание на выработку и постановку правильного дыхания; строго соблюдается принцип постепенности, увеличиваются паузы для отдыха; исключаются упражнения с резкими поворотами и вращениями головы, элементами натуживания и задержкой дыхания, запрокидыванием головы и наклоном корпуса вниз головой; исключают или ограничивают упражнения на силу, быстроту, ловкость; при первых признаках утомления физическую нагрузку сразу прекращают; подбор, объем и методика применения упражнений должны быть такими, чтобы вызывать у пациентов чувство удовлетворения, желание продолжать занятия; специальная ЛФК (направленного действия) применяется у пациентов с такими заболеваниями, как остеоартроз суставов нижних конечностей, а также у пациентов после ампутации конечностей (с целью подготовки к протезированию), у пациентов после операций на органах брюшной полости (с целью профилактики спаечной болезни)[7, 9, 12, 26, 28]:. Один из методов активной кинезотерапии и метод восстановления и компенсации нарушенных функций организма — это трудотерапия. Благоприятное влияние труда в системе реабилитационных мероприятий является клинически установленным фактом. При трудотерапии сам процесс функционирования пораженной системы выступает в качестве лечебно-восстановительного фактора. Занятия трудом стимулируют физиологические процессы, укрепляют волю пациента, улучшают концентрацию внимания, повышают настроение. Цель трудотерапии у пациентов пожилого и старческого возраста в большей степени психотерапевтическая. У пожилых пациентов можно использовать практически все лечебные физиотерапевтические факторы с учетом общепринятых противопоказаний. Однако мультиформные возрастные изменения и особенности клинической картины заболеваний, характерные для таких пациентов, обуславливают необходимость соблюдения общих принципов и особенностей физических методов лечения больных старших возрастных групп [24, 26, 28, 32]:. Курсы физических методов лечения необходимо назначать по щадящим режимам (особенно в начале лечения) в связи со сниженной реактивностью стареющего организма и нарушенными адаптационно-компенсаторными механизмами органов и систем. В связи с мультиформностью заболеваний у пожилых людей и тесной взаимосвязью состояния кожи и внутренних органов необходимо выделять основное и сопутствующие заболевания и использовать синдромно-патогенетический подход к назначению лечебных физических факторов. Назначенные факторы должны быть эффективны не только при основном, но и при сопутствующих заболеваниях. Одними из основных методов медико-социальной реабилитации являются психологическая коррекция и психологическая помощь. К особенностям психологического статуса пациентов пожилого и старческого возраста относятся безразличие, пессимизм, снижение интереса к событиям, которые происходят за пределами дома, постоянное

чувство одиночества. Именно поэтому целью психотерапии больных старших возрастных групп является реадaptация их к условиям окружающей действительности, повышение самооценки, усиление независимости, восстановление стимулов к жизни.

Список литературы

1. ГОСТ Р 53874-2010 Национальный стандарт Российской Федерации. Реабилитация инвалидов. Основные виды реабилитационных услуг. - М.: Стандартинформ, 2011.
GOST R 53874-2010 Nacionalnyj standart Rossijskoj Federacii. Reabilitaciya invalidov. Osnovnye vidy reabilitacionnyh uslug. - M.: Standartinform, 2011.
2. ГОСТ Р 54738-2011 Национальный стандарт Российской Федерации. Реабилитация инвалидов. Услуги по социальной реабилитации инвалидов. - М.: Стандартинформ, 2013.
GOST R 54738-2011 Nacionalnyj standart Rossijskoj Federacii. Reabilitaciya invalidov. Uslugi po socialnoj reabilitacii invalidov. - M.: Standartinform, 2013.
3. ГОСТ Р 55138-2012 Реабилитация инвалидов. Качество реабилитационных услуг. Основные положения. - М.: Стандартинформ, 2014.
GOST R 55138-2012 Reabilitaciya invalidov. Kachestvo reabilitacionnyh uslug. Osnovnye polozheniya. - M.: Standartinform, 2014.
4. Епифанов В.А. Восстановительная медицина: учебник. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - С. 304.
Epifanov V.A. Vosstanovitel'naya medicina: uchebnik. - M.: GEOTAR-Media, 2013. – S. 304.
5. Еремущкин М.А. Основы реабилитации: учебное пособие. - 2-е изд. - М.: Академия, 2012. - С. 208
Eremushkin M.A. Osnovy reabilitacii: uchebnoe posobie. - 2-e izd. - M.: Akademiya, 2012. - S. 208
6. Заболотных И.И., Кантемирова Р.К. Клинико-экспертная диагностика патологии внутренних органов: руководство для врачей. СПб.: СпецЛит, 2008. С. 207.
Zabolotnyh I.I., Kantemirova R.K. Kliniko-ekspertnaya diagnostika patologii vnutrennih organov: rukovodstvo dlya vrachej. SPb.: SpecLit, 2008. S. 207.
7. Иванова Г.Е. К вопросу об организации реабилитационного процесса // Развитие санаторно-курортной помощи, восстановительного лечения и медицинской реабилитации: сб. тр. Всерос. форума. 22–24 июня 2010 г.
Ivanova G.E. K voprosu ob organizacii reabilitacionnogo processa // Razvitie sanatorno-kurortnoj pomoshi, vosstanovitel'nogo lecheniya i medicinskoj reabilitacii: sb. tr. Vseros. foruma. 22–24 iyunya 2010 g.
8. Ильницкий А.Н., Прощаев К.И. Старческая астения (Frailty) как концепция современной геронтологии // Геронтол, 2013. Т. 1, № 1. С. 408–412.
Il'nickij A.N., Proshaev K.I. Starcheskaya asteniya (Frailty) kak koncepciya sovremennoj gerontologii // Gerontol, 2013. T. 1, № 1. S. 408–412.
9. Ильницкий А.Н., Турлай М.В., Горелик С.Г. и др. Медико-социальная реабилитация пациентов старших возрастных групп, перенесших оперативные вмешательства: методическое пособие для врачей. - М.: ИПК ФМБА России, 2015. С. 39.
Il'nickij A.N., Turlaj M.V., Gorelik S.G. i dr. Mediko-social'naya reabilitaciya pacientov starshih vozrastnyh grupp, perenessih operativnye vmeshatelstva: metodicheskoe posobie dlya vrachej. - M.: IPK FMBA Rossii, 2015. S. 39.
10. Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шахпаронова Н.В. Реабилитация неврологических больных. 3-е изд. - М.: МЕДпресс-информ, 2014. С. 560
Kadykov A.S., Chernikova L.A., Shahparonova N.V. Reabilitaciya nevrologicheskikh bolnyh. 3-e izd. - M.: MEDpress-inform, 2014. S. 560
11. Кантемирова Р.К. Система комплексной медико-социальной реабилитации граждан пожилого возраста и инвалидов // Профилактическая и клин. медицина. 2010. Спец. выпуск. С. 113–120.
Kantemirova R.K. Sistema kompleksnoj mediko-socialnoj reabilitacii grazhdan pozhilogo vozrasta i invalidov // Profilakticheskaya i klin. medicina. 2010. Spec. vypusk. S. 113–120.
12. Кантемирова Р.К., Чернобай В.Г., Арьев А.Л. и др. Фармакотерапия в гериатрической практике: руководство для врачей. СПб.: СпецЛит, 2010. С. 160.
Kantemirova R.K., Chernobaj V.G., Arev A.L. i dr. Farmakoterapiya v geriatricheskoj praktike: rukovodstvo dlya vrachej. SPb.: SpecLit, 2010. S. 160.
13. Медведев А.С. Основы медицинской реабилитологии. Минск: Беларус. навука, 2010. С. 435.
Medvedev A.S. Osnovy medicinskoj reabilitologii. Minsk: Belarus. navuka, 2010. S. 435.
14. Медицинская реабилитация: в 3-х кн. / под ред. В.М. Боголюбова. 3-е изд., испр. и доп. - М.: БИНОМ, 2010. Кн. I. С. 416.
Medicinskaya reabilitaciya: v 3-h kn. / pod red. V.M. Bogolyubova. 3-e izd., ispr. i dop. - M.: BINOM, 2010.

Кн. I. S. 416.

15. Митьковский В.Г., Рева В.Д., Кочетков А.В. и др. Кинезотерапия в реабилитации пациентов с постинсультными и посттравматическими гемипарезами: методическое пособие. - М.: ИПК ФМБА России, 2013. С. 45.

Mitkovskij V.G., Reva V.D., Kochetkov A.V. i dr. Kinezoterapiya v rehabilitacii pacientov s postinsul'tnymi i posttravmaticheskimi gemiparezami: metodicheskoe posobie. - M.: IPK FMBA Rossii, 2013. S. 4516. О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам проведения независимой оценки качества оказания услуг организациями в сфере культуры, социального обслуживания, охраны здоровья и образования [Электронный ресурс]: Федеральный закон от 21.07.2014. № 256-ФЗ. Доступ из справ. - правовой системы «КонсультантПлюс».

O vnesenii izmenenij v otdelnye zakonodatelnye акты Rossijskoj Federacii po voprosam provedeniya nezavisimoy ocenki kachestva okazaniya uslug organizacijami v sfere kultury, socialnogo obsluzhivaniya, ohrany zdorovya i obrazovaniya [Elektronnyj resurs]: Federalnyj zakon ot 21.07.2014. № 256-FZ. Dostup iz sprav. - pravovoj sistemy «KonsultantPlyus».

17. О внесении изменений в Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [Электронный ресурс]: Федеральный закон от 07.06.2017 № 116-ФЗ. Доступ из справ. - правовой системы «КонсультантПлюс».

O vnesenii izmenenij v Federalnyj zakon «O socialnoj zashite invalidov v Rossijskoj Federacii» [Elektronnyj resurs]: Federalnyj zakon ot 07.06.2017 № 116-FZ. Dostup iz sprav. - pravovoj sistemy «KonsultantPlyus».

18. О порядке организации медицинской реабилитации [Электронный ресурс]: приказ Минздрава России от 29.12.2012 № 1705н (зарегистрировано в Минюсте России 22.02.2013 № 27276). Доступ из справ. - правовой системы «КонсультантПлюс».

O poryadke organizacii medicinskoj rehabilitacii [Elektronnyj resurs]: prikaz Minzdrava Rossii ot 29.12.2012 № 1705n (zaregistrirvano v Minyuste Rossii 22.02.2013 № 27276). Dostup iz sprav. - pravovoj sistemy «KonsultantPlyus».

19. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации [Электронный ресурс]: Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ (ред. от 30.10.2017). Доступ из справ. - правовой системы «КонсультантПлюс».

O socialnoj zashite invalidov v Rossijskoj Federacii [Elektronnyj resurs]: Federalnyj zakon ot 24.11.1995 № 181-FZ (red. ot 30.10.2017). Dostup iz sprav. - pravovoj sistemy «KonsultantPlyus».

20. Об организации оказания специализированной медицинской помощи [Электронный ресурс]: приказ Минздравсоцразвития РФ от 16.04.2010 № 243н (зарегистрировано в Минюсте РФ 12.05.2010 № 17175). Доступ из справ. - правовой системы «КонсультантПлюс».

Ob organizacii okazaniya specializirovannoj medicinskoj pomoshi [Elektronnyj resurs]: prikaz Minzdravsocrazvitiya RF ot 16.04.2010 № 243n (zaregistrirvano v Minyuste RF 12.05.2010 № 17175). Dostup iz sprav. - pravovoj sistemy «KonsultantPlyus».

21. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации [Электронный ресурс]: Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 5.12.2017). Доступ из справ. - правовой системы «КонсультантПлюс».

Ob osnovah ohrany zdorovya grazhdan v Rossijskoj Federacii [Elektronnyj resurs]: Federalnyj zakon ot 21.11.2011 № 323-FZ (red. ot 5.12.2017). Dostup iz sprav. - pravovoj sistemy «KonsultantPlyus».

22. 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 [Электронный ресурс]: приказ Минтруда России от 13.06.2017 № 486н (зарегистрировано в Минюсте России 31.07.2017 № 47579). Доступ из справ. - правовой системы «КонсультантПлюс».

Ob utverzhdenii Poryadka razrabotki i realizacii individualnoj programmy rehabilitacii ili abilitacii invalida, individualnoj programmy rehabilitacii ili abilitacii rebenka-invalida, vydavaemyh federalnymi gosudarstvennymi uchrezhdeniyami mediko-socialnoj ekspertizy, i ih form [Elektronnyj resurs]: prikaz Mintruda Rossii ot 13.06.2017 № 486n (zaregistrirvano v Minyuste Rossii 31.07.2017 № 47579). Dostup iz sprav. - pravovoj sistemy «KonsultantPlyus».

23. Об утверждении Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года [Электронный ресурс]: распоряжение Правительства РФ от 5.02.2016 № 164-р. Доступ из справ. - правовой системы «КонсультантПлюс».
Ob utverzhdenii Strategii dejstvij v interesah grazhdan starshego pokoleniya v Rossijskoj Federacii do 2025 goda [Elektronnyj resurs]: rasporyazhenie Pravitelstva RF ot 5.02.2016 № 164-r. Dostup iz sprav. - pravovoj sistemy «KonsultantPlyus».
24. Ортопедия: национальное руководство / под ред. С.П. Миронова, Г.П. Котельникова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. С. 944.
Ortopediya: nacionalnoe rukovodstvo / pod red. S.P. Mironova, G.P. Kotelnikova. - M.: GEOTAR-Media, 2013. S. 944.
26. Пожилой хирургический больной: руководство для врачей / под ред. А.С. Бронштейна и др. - М.: ГЭОТАР-медиа, 2012. С. 272.
Pozhiloj hirurgicheskij bolnoj: rukovodstvo dlya vrachej / pod red. A.S. Bronshtejna i dr. - M.: GEOTAR-media, 2012. S. 272.
27. Пономаренко Г.Н. Медицинская реабилитация: учебник. - М.: ГЭОТАР- Медиа, 2014. С. 360.
Ponomarenko G.N. Medicinskaya reabilitaciya: uchebnik. - M.: GEOTAR- Media, 2014. S. 360.
28. Прощаев К.И. Терапевтическая среда в домах-интернатах для пожилых граждан и инвалидов: учебно-методическое пособие / под ред. К.И. Прощаева и др. - М.; Белгород: Белгор. обл. тип., 2012. С. 172.
Proshaev K.I. Terapevticheskaya sreda v domah-internatah dlya pozhilyh grazhdan i invalidov: uchebno-metodicheskoe posobie / pod red. K.I. Proshaeva i dr. - M.; Belgorod: Belgor. obl. tip., 2012. S. 172.
29. Соколова В.Ф., Березкая Е.А. Теория и практика реабилитации граждан пожилого возраста: учебное пособие. - М.: ФЛИНТА: НОУ ВПО «МПСИ», 2012. С. 200.
Sokolova V.F., Bereckaya E.A. Teoriya i praktika reabilitacii grazhdan pozhilogo vozrasta: uchebnoe posobie. - M.: FLINTA: NOU VPO «MPSI», 2012. S. 200.
30. Суслина З.А., Гулевская Т.С., Максимова М.Ю. и др. Нарушения мозгового кровообращения: диагностика, лечение, профилактика. - М.: МЕДпресс-информ, 2016. С. 536.
Suslina Z.A., Gulevskaya T.S., Maksimova M.Yu. i dr. Narusheniya mozgovogo krovoobrasheniya: diagnostika, lechenie, profilaktika. - M.: MEDpress-inform, 2016. S. 536.
31. Физиотерапия. Классический курс / под ред. С.Б. Портера; пер. с англ. под ред. Г.Н. Пономаренко. СПб.: Человек, 2014. С. 764.
Fizioterapiya. Klassicheskij kurs / pod red. S.B. Portera; per. s angl. pod red. G.N. Ponomarenko. SPb.: Chelovek, 2014. S. 764.
32. Физическая и реабилитационная медицина национальное руководство / под. ред. Г.Н. Пономаренко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. С. 684.
Fizicheskaya i reabilitacionnaya medicina nacionalnoe rukovodstvo / pod. red. G.N. Ponomarenko. - M.: GEOTAR-Media, 2016. S. 684.
33. Холостова Е.И. Социальная работа с пожилыми людьми: учебник для бакалавров. 7-е изд., перераб. и доп. - М.: Дашков и К, 2014. С. 340.
Holostova E.I. Socialnaya rabota s pozhilymi lyudmi: uchebnik dlya bakalavrov. 7-e izd., pererab. i dop. - M.: Dashkov i K, 2014. S. 340.
33. Brueilly K.E., Pabian P.S., Straut L.C. et al. Factors contributing to rehabilitation outcomes following hip arthroplasty // Phys. Ther. Rev. 2012. N 17. P. 301–310.
34. Shoshmin A., Lebedeva N., Besstrashnova Y. Instrument to Access the Need of Disabled Persons for Rehabilitation Measures Based on the International Classification of Functioning, Disability and Health // Health Information Science: International Conference on Health Information Science. 2013. P. 223–231.
35. Stanton R., Ada L., Dean C.M. Preston Biofeedback improves activities of the lower limb after stroke: a systematic review // J. Physiother (Internet). 2011. N 15. P. 145–155.
36. Wang A.W., Gilbey H.J., Ackland T.R. Perioperative exercise programs improve early return of ambulatory function after total hip arthroplasty: a randomized, controlled trial // Am. J. Phys. Med. Rehabil. 2002. N 81. 801–806. 37. World Report on Disability 2011. Geneva World Health Organization, 2011.

**ВОЕННО-МЕДИЦИНСКАЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ
ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С БОЕВЫМИ РАНЕНИЯМИ**

Иванов А. Л.

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования,

Россия, Москва

**MILITARY-MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF SERVICEMEN WITH
COMBAT WOUNDS RECEIVED**

Ivanov A.L.

Colonel of medical service, associate Professor of psychotherapy and sexology chair

Russian medical Academy of continuous professional education,

Russia, Moscow

Аннотация: обсуждается опыт использования технологий и методов комплексной реабилитации военнослужащих российской армии, направленных на этапное восстановительное лечение во Всеармейский реабилитационный центр МО РФ связи с сочетанными ранениями и ампутациями конечностей, полученными при участии в боевых действиях, анализируется уникальный бесценный опыт коллектива госпиталя по преодолению у пострадавших посттравматического стрессового расстройства и скорейшему возвращению в строй и адаптацию к мирной жизни. Комплексная реабилитация предполагала совокупность медицинских, психологических, военно-профессиональных, социально-экономических и педагогических мер, направленных на восстановление здоровья и боеспособности (трудоспособности), нарушенных или утраченных военнослужащими в связи с боевыми ранениями. Процесс реабилитации раскрывается через опору на базовые принципы плановости (программности), комплексности, системности, индивидуализации, информативности, непрерывности и преемственности. Раскрываются достижения, трудности и проблемы при выполнении реабилитационных мероприятий.

Abstract. The experience of using technologies and methods of complex rehabilitation of military men of the Russian army aimed at step-by-step rehabilitation treatment in the All-Army Rehabilitation Center of the Ministry of Defense of the Russian Federation with the combined injuries and amputations of extremities obtained with participation in combat operations is analyzed. The unique invaluable experience of the hospital team for overcoming the victims post-traumatic stress disorder and early return to the system and adaptation to a peaceful life. Complex rehabilitation assumed a set of medical, psychological, military-professional, socio-economic and pedagogical measures aimed at restoring health and combat capability (disability), violated or lost by military men in connection with military injuries. The rehabilitation process is revealed through reliance on the basic principles of planning (program), complexity, system, individualization, informativity, continuity and continuity. Reveals the achievements, difficulties and problems in the implementation of rehabilitation activities.

Ключевые слова: комплексная медико-психолого-социальной реабилитация участников боевых действий, принципы и методы реабилитации, индивидуальные и групповые методы реабилитации, посттравматические расстройства, социально-культурная и духовная реабилитация, итоги реабилитации.

Key words. complex medical-psychological-social rehabilitation of combatants, principles and methods of rehabilitation, individual and group methods of rehabilitation, post-traumatic disorders, socio-cultural and spiritual rehabilitation, rehabilitation results.

Актуальность. Выполняя задачи сдерживания вероятного противника и свой патриотический долг, военнослужащие современной армии России за 27 лет своей новой истории получили большой опыт участия в локальных военных конфликтах в различных географических точках мира (Приднестровье, Абхазия, Чеченская республика, Дагестан, Осетия, Грузия). Этот опыт показывает, что важнейшей составляющей успеха в ведении боевых действий является современная, высокопрофессиональная и высокотехнологичная военно-медицинская служба и морально-

психологическая подготовка военнослужащих. Извлекая уроки и используя богатый опыт медицинского обеспечения боевых действий в Афганистане, Чеченской республике, Грузии военные медики и военные психологи сегодня с честью выполняют свои служебные обязанности в Сирии. Однако участие в боевых действиях для военнослужащих чревато не только ранениями и увечьями, но и посттравматическими стрессовыми расстройствами (ПТСР), что требует от военных медиков и психологов глубоких знаний и навыков, сформированных компетенций по комплексной реабилитации пострадавших [4].

Цель. Обобщить 30-ти летний опыт комплексной медико-психолого-социальной реабилитации участников боевых действий с боевыми ранениями и увечьями в условиях многопрофильного реабилитационного военного госпиталя - Всеармейского реабилитационного центра, где впервые в истории военной медицины была реализована методологическая платформа для создания системы комплексной реабилитации военнослужащих.

Материал и методы исследования. За период с 1994 по 2018 год всего более 5300 военнослужащих, получивших тяжелые ранения и увечья в боевых действиях в локальных военных конфликтах, прошли комплексную медико-психолого-социальную реабилитацию. Категории раненых можно распределить по категориям: 42% - военнослужащие по призыву, 34% - военнослужащие по контракту, 24% - офицеры и генералы [5].

Набор методов, включенных в комплекс реабилитации, включал в себя три группы методов: активные (все формы кинезотерапии - физические упражнения, элементы спорта и спортивной подготовки, ходьба, бег и другие циклические упражнения, работа на тренажерах, трудотерапия); пассивные - фармако и физиотерапия, а также комплиментарная терапия (рефлексо-, фитотерапия, гомеопатия и др.); психорегулирующие - эстето-, фонотерапия, аутогенная тренировка, мышечная релаксация и др.

Собственно медицинская реабилитация включала в себя: 1) медикаментозная, хирургическая коррекция измененных вследствие заболеваний органов и систем, протезирование и ортезирование; 2) коррекция метаболических и иммунологических нарушений; 3) восстановление функционального состояния организма методами физического действия - фитотерапии, гирудотерапии, иглорефлексо и мануальной терапии, лечебная физкультуры с применением роботизированной механотерапии, аппаратно-программных комплексов

«Агме» и вертикализатора «Erigo», стабилотренировок, кардиореспираторных тренировок, кардиологической ударно-волновой терапии, гипербарической оксигенации, гелий-неоновой лазеротерапии, использование возможностей Альфа-капсулы, предполагающей комплексное воздействие механолечебных, термолечебных и фотолечебных факторов: общей вибротерапии, термотерапии, импульсной фотостимуляции и селективной хромотерапии, аудиорелаксации, ароматерапии, аэроиотерапии,; 4) методика биоакустической психокоррекции (БПК), коррекция психо-эмоционального состояния путем формирования позитивной мотивации на дальнейшее успешное лечение средствами полимодальной психотерапии: гипноза, психоаналитического консультирования, НЛП, психологической коррекции подсознания с использованием 25-го кадра, психологического дебрифинга, трансактоного анализа, группанализа, психодрамы, гештальт-терапии, музыкальной психотерапии в сочетании с аутогенной тренировкой, холлотропного дыхания; 5) восстановление профессиональных навыков пациента при помощи аппаратно-программных комплексов сенсорного образа профессиональной деятельности [4,5].

Ход исследования. Исходя из того, что комплексная военно-медицинская реабилитация предполагает восстановление функционального состояния организма, нормализацию эмоциональной, морально-нравственной, мотивационной и духовной сфер личности, достижение по результату оптимального уровня личностной адаптации и профессионально важных качеств военнослужащего, обеспечивающих его военнопрофессиональную работоспособность, основными задачами социально-психологической реабилитации стали: оценка психофизиологического состояния пострадавших, определение качества и степени психоэмоционального расстройства; определение оптимальных путей и методов психологического воздействия, направленных на восстановление оптимальной работоспособности; оказание помощи в подготовке к повторным хирургическим операциям и купировании болевых ощущений; формирование оптимальной психологической реакции на течение и последствия ранения; изучение динамики психических нарушений в процессе лечения; оценка физической, сенсорной и интеллектуальной работоспособности, восстановление утраченных психических функций; коррекция психосоматического статуса методами психотерапевтических, психофизиологических и психофармакологических воздействий;

коррекция самосознания, самооценки и самочувствия; осуществление профессиональной реабилитации и профессиональной переориентации [3]. Комплексная реабилитация базировалась на проверенных наукой и практикой методологических принципах, имела четко выраженную этапность, начиналось и заканчивалось комплексным медико-психологическим обследованием по специально разработанной батарее медицинских, психофизиологических и психологических методик с целью объективизации медико-психологического состояния раненых и выявления симптомов ПТСР, которые отмечались в среднем у 26% раненых [5]. Важнейшими принципами комплексной реабилитации мы считали партнерство врача, психолога как реабилитологов и пострадавшего, определение реабилитационного потенциала личности больного, особенно его двигательных возможностей, разносторонность воздействий, т.е. учет всех сторон реабилитации для каждого больного, комплексность лечебно-восстановительных мероприятий, ступенчатость (переходность) проводимых воздействий (поэтапное назначение восстановительных мероприятий с учетом динамики функционального состояния больного). С учетом полученной информации модель восстановительных мероприятий формировалась в виде определения врачебным консилиумом стратегии и тактики Индивидуальной программы реабилитации, максимально адаптированной под потребности раненого и возможности госпиталя.

Особое место в реабилитации заняла работа по психопрофилактике – все пострадавшие прошли обучение в созданной в госпитале Школе протезируемых больных, где коллектив преподавателей из врачей и психологов госпиталя информационно подготовил раненых к новой жизни в новом статусе «инвалида» в изменившемся социуме. Опыт работы коллектива госпиталя показал, что комплексная реабилитация раненых не должна ограничиваться текущими задачами: восстановить его здоровье и психику, адаптировать к изготовленным протезам. Система реабилитационных мероприятий только тогда может быть целостной и законченной, когда раненые уже на госпитальной койке получают уверенность в завтрашнем дне, которая может базироваться на возможности и гарантии их дальнейшего обучения и трудоустройства, реализации в личной жизни [7]. В связи с этим в госпитале была реализована система обучения раненых основам компьютерной грамотности, которую прошли более 550 пострадавших, получив по завершении обучения соответствующие сертификаты, позже использованные для продолжения обучения и дальнейшего трудоустройства.

Особую роль в морально-нравственной реабилитации военнослужащих играло общественное мнение, формируемое медийными средствами – телевидением, радио, прессой и интернет-пространством. Первоначально все они выступили с осуждением как самого факта войны на Кавказе, так и тех, кто там ежедневно отдавал жизни и получал ранения. Достаточно сказать о том, что раненые стеснялись своих боевых наград, скрывали их от посторонних. Средства массовой информации лишь после многочисленных терактов в Москве и в городах России стали объективно отражать ситуацию в своих материалах, что значительно повлияло на рост патриотических настроений в обществе. С этим связано огромное внимание, оказанное москвичами и жителями Подмосковья участникам боевых действий, оказавшимся на госпитальных койках вследствие полученных ранений и увечий. За этот период деятельность госпиталя по реабилитации раненых была освещена неоднократно на каждом из телевизионных каналов, практически во всех печатных СМИ, во многих передачах основных радиостанций. Не были равнодушны и зарубежные СМИ, у них восхищение вызывали успехи, достигнутые конкретными пострадавшими в результатах и сроках восстановления. Широкое освящение деятельности госпиталя подтолкнуло десятки тысяч людей к оказанию благотворительной помощи раненым. За этот период госпиталь посетили все ведущие политики России, руководители всех регионов, откуда были родом пострадавшие с целью определения их дальнейшей судьбы по возвращении домой.

Особое внимание и конкретную помощь в социально-психологической реабилитации раненых коллективу госпиталя оказали жители г. Москвы и области. Формами участия молодежи Москвы и Подмосковья в культурной реабилитации раненых стали практически ежедневные концерты для раненых на сцене киноконцертного зала, вручение подарков и писем. В этих мероприятиях приняли участие более 10 000 школьников более 130-ти средних школ и детских дошкольных заведений. Высокохудожественные и интересные концерты подготовили для раненых студенты десятков федеральных и московских ВУЗов. Такое внимание общественности позволило утвердить уверенность пострадавших в высокой социальной значимости совершенных ими подвигов при выполнении воинского долга [3].

Практика показала, что письма и рисунки, различные поделки и сувениры, выполненные руками студентов и школьников, конкретно адресованные раненым, оказывают на них огромное

положительное эмоциональное воздействие. Поэтому появилась практика оформления писем в качестве больших фотогазет, размещаемых в фойе отделений госпиталя. Огромное позитивное значение имели контакты с ведущими российскими спортсменами, участниками олимпийских сборных команд России, которые не только посещали госпиталь, но и вывозили их на спортивные базы для тренировок.

Памятными событиями для раненых стали благотворительные концерты в госпитале ведущих исполнителей российской эстрады. За эти годы в госпитале выступили практически все известные в стране исполнители и коллективы артистов, причем концерты, по желанию артистов, были благотворительные. Широкую практику получили и выезды раненых на концерты, проводимые в городе Москве. Теплые встречи с жителями города и общение благоприятно влияло на эмоциональное самочувствие раненых, значительно повышало их самооценку, способствовало всплеску благотворительной помощи со стороны неравнодушных горожан.

Самое теплое и искренне участие в социально-культурной реабилитации раненых сыграл Союз театральных деятелей столицы, обеспечив госпиталь десятками приглашений на спектакли в ведущие театры страны. Театральные постановки, направленные на эмоциональное отреагирование ранеными постравматического опыта, оказали неизгладимое воздействие на их сердца и души, а юмор и сатира поднимали их настроение и предотвращали ипохондрические и депрессивные тенденции. Регулярным стало и посещение музеев Москвы, особенно картинных галерей и выставок, посвященных современным тенденциям в изобразительном искусстве. Восприятие прекрасного и совершенной гармонии для опаленных войной сердец воинов было целительным бальзамом наряду с медицинскими процедурами. Концерты классической музыки стали существенным дополнением во врачевании их душ и формировании мотивации на выздоровление.

В госпитале сложилась практика организации встреч Героев Советского Союза и Российской Федерации с военнослужащими, получившими ранения и боевые награды за отличие при участии в боевых действиях. Вручение боевых наград в госпитале проводилось, как правило, в торжественной обстановке с участием как раненых и больных, так и медицинского персонала. Награды вручались руководителями Вооруженных сил). Так, Золотую звезду Героя Российской Федерации капитану Алексею Чагину, у которого в результате ранения были ампутированы обе ноги, вручил в 1999 году лично Министр обороны РФ маршал Российской Федерации И. Сергеев.

Практика показала, что проведение мероприятий по социально-психологической реабилитации раненых не должно ограничиваться текущими задачами: восстановить его здоровье и психику, поставить на протезы и адаптировать к их использованию. Система мероприятий только тогда могла, по нашему мнению, стать целостной и законченной, когда раненые уже на госпитальной койке получают уверенность в завтрашнем дне, которая может базироваться в возможности дальнейшего обучения и трудоустройства.

В связи с этим возникла необходимость создания в госпитале системы обучения раненых основам компьютерной грамотности. Огромную помощь в практической реализации этого проекта оказал лидер фракции «Яблоко» Г.А. Явлинский, выделив необходимые средства для закупки оборудования для комплектации учебного класса на 9 учебных мест. Правительство Москвы выделило необходимые средства для оплаты труда преподавателей Московскому центру труда и занятости молодежи «Перспектива» (директор Центра А.В. Потапов). К реализации этого проекта своевременно подключилось руководство МГППУ, которое предложило использовать возможности факультета «Информационных технологий в психологии» в обучении раненых основам компьютерной грамотности. Обучение раненых началось в апреле 2000 года. За этот период обучение в классе прошло около 550 раненых. Они получили сертификаты об окончании курсов, которые смогли использовать для продолжения обучения и дальнейшего трудоустройства.

В мае 2000 года с предложением о начале сотрудничества в области получения высшего образования военнослужащими, получившими ранения в Чеченской республике, обратилось руководство Московского государственного открытого университета. Была проведена большая совместная разъяснительная работа, в результате которой 109 раненых написали заявления с просьбой о приеме в Университет. После проведения с ними собеседования, решением Ректора Университета свыше 100 военнослужащих были приняты на различные формы обучения, а также те, кто не имел на день поступления среднего образования, были приняты в юридический колледж при Университете. Таким образом, каждый четвертый военнослужащий, прошедший реабилитацию в госпитале, в 2000 году был принят в московские ВУЗы и их филиалы по всей стране. К 2004-му году первые десятки бывших ветеранов получили дипломы о полученном высшем образовании и были приняты в регионах на должности социальных работников, юристов, учителей, менеджеров. Всего, по нашим

подсчетах, более 930 военнослужащих, пройдя конкурсный отбор, поступили на учебу в московские ВУЗы или их филиалы в регионах. Прошло более 13-ти лет. К 2018-м у году 74% из их числа окончили ВУЗы и были трудоустроены по месту жительства. Для 64-х офицеров была реализована Программа повышения квалификации и переподготовка по специальности «Юриспруденция» на базе московских ВУЗов, которой воспользовались 68 офицеров.

Существенную роль в психологической и духовной реабилитации была отведена мероприятиям, проводимым совместно с Православной церковью. Еженедельно госпиталь посещали представители православных храмов – священники и делегации от общин, которые проводили как групповые (молитвы, беседы, освящения, концерты – песнопения, так и индивидуальные (таинства крещения, причащения, исповеди и т.п.) мероприятия с ранеными. Вклад взаимодействия с церковью невозможно переоценить. Именно влияние священника (фигуры, априори воспринимаемой ранеными как авторитетной на фоне потерявших доверие руководства страны, армии, местных чиновников) порой останавливало раненых от губительной алкоголизации и суицидальных мыслей, ставших актуальными для руководства и сотрудников госпиталя. Многие раненые, ранее не верившие в Бога, охотно и сознательно принимали веру и проходили обряды крещения в госпитале и московских храмах. С помощью священнослужителей все отделения госпиталя были оборудованы православными уголками с иконами и соответствующей литературой [3].

После прохождения этапной реабилитации раненые, адаптировавшись к изготовленным протезам, убывали к месту жительства. Момент прощания раненых с госпиталем, его персоналом и с сослуживцами тоже стал воспитывающим ритуалом, который глубоко эмоционально воздействовал на тех, кто оставался и продолжал реабилитацию. Не могло это не сказаться и на гендерной реабилитации раненых как мужчин, сохранивших потребность в любви, создании семьи и продолжении рода. Только в госпитале, несмотря на серьезные правовые препятствия и административные преграды, руководство госпиталя оказало всестороннюю помощь раненым в регистрации законных 5 браков в отделении ЗАГС Левобережного района г. Москвы.

Ограничения и сильные стороны исследования. Руководство госпиталя столкнулось и с целым рядом проблем, обнажившихся в процессе проведения комплексной реабилитации. Первая – выдерживание установленных сроков реабилитации. Допустимое время нахождения раненого на койке – 21 день, но тяжесть ранений не позволяла вписываться в стандарты, разработанные в Министерстве обороны. Прибегали к «револьверному» выходу перемещали раненого внутри госпиталя в другое отделение с закрытием/открытием заново истории болезни, переводили в другие военные госпитали московского региона с последующим возвращением, поскольку право финансирования протезирования выделялось государством только одному центру. Второе - остро стояла проблема алкоголизации, как средства спасения раненых от фантомных болей. Решалась проблема организацией контроля и разнообразием свободного времени, психотерапевтическими и воспитательными мероприятиями. Третье – несмотря на то, что каждый четвертый раненый воспользовался льготами на обучение в ВУЗах страны, не все инвалиды-студенты справились со сдачей первой сессии, и, несмотря на лояльность руководства ВУЗов, были отчислены с первых курсов. Сказались тут и низкий первичный уровень образования (83% раненых были выходцы из глубинки России), и многие другие объективные и субъективные факторы [3]. Четвертое - процесс адаптации наших пациентов на «гражданке» не всегда проходил гладко. Молодые инвалиды, прибывающие в госпиталь для замены гильз протезов (через 12-18 месяцев после выписки), обнаруживали в 14% (от общего числа) вторичные симптомы ПТСР: депрессию, тревогу, импульсивное поведение, алкоголизм (токсикоманию), соматические проблемы, нарушение чувства времени, нарушение ЭГО-функционирования. Это объясняется практически полным отсутствием преемственности в процессе реабилитации, начатом в госпитале и практически прекращенном в регионах их места жительства, где в тот период практически не было ни специалистов, ни центров для квалифицированного подхода к организации следующего этапа реабилитации – оказании помощи теперь уже молодым инвалидам войны и их адаптации к новым, кардинально изменившимся условиям жизни. Через 6-12 месяцев бывшие пациенты госпиталя, получив все материальные выплаты от МО РФ и официально оформив статус инвалида (этот термин никогда не использовался в госпитале, пока раненые находились на этапе реабилитации в этических целях), испытав все трудности адаптации в среду прежнего места жительства, как правило, в глубинку Российской Федерации, наши пациенты возвращались через военкоматы в госпиталь для замены гильз протезов, и дальнейшая комплексная реабилитация для них продолжалась. Для психологической службы госпиталя этот момент использовался в воспитательных целях – большинство наших бывших пациентов значительно изменились во многих отношениях, стали взрослее, серьезнее, у

них появились осознанные цели в жизни и наметились пути их достижения. 36% окончили высшие учебные заведения, 76% создали семьи, 58% нашли работу. Особенно востребованы молодые ветераны на предприятиях, где руководители пользовались налоговыми льготами, предусмотренными для тех, у кого работали инвалиды. Сравнивая достигнутые коллективом госпиталя результаты, сегодня невозможно не пройти мимо доминирующих в Вооруженных силах Украины фактов вопиющего безразличия к ветеранам АТО (ООС) руководства Украины, где «ветеранами» уже стали более 400.000 человек, а государственная система не может организовать даже элементарную медико-психологическую реабилитацию для почти десятка тысяч получивших ранения и увечья [6, 8]. Не исключено, что это решающий фактор, ведущий ветеранов войны на Донбассе к суициду (главный военный прокурор Анатолий Матиос 4 мая с.г. в эфире телеканала «112» сказал: «по данным Единого реестра досудебных расследований Украины, участники АТО совершили более 500 самоубийств за время военных действий на Донбассе, и это только в зоне боевых действий. Столько же произошло и после их возвращения домой. Причины разные - от семейных неурядиц до психического неприятия усталости», - заявил Матиос [9].

Мы отметили тот факт, что помещение выздоравливающих бойцов в палаты с теми ранеными, которые только что прибыли из района боевых действий с недавними ампутациями конечностей и находящимися в подостром состоянии, оказывало персоналу госпиталя неоспоримую помощь. У нас нет другого термина для этого явления оказания взаимной психологической, информационной и энергетической помощи, оказываемой ветераном «новичку», кроме как «взаимотерапия». Ни один специалист не мог так убедительно, на своем примере, рассказать молодому воину с последствиями минновзрывного ранения о способах преодоления тревоги и неуверенности в будущем, как тот, кто самостоятельно выстоял, «встал на ноги» в прямом и переносном смысле и своим опытом доказал, что инвалид, ветеран боевых действий – это и сегодня звучит гордо, и что у него есть надежда на достойное будущее.

Достигнутые результаты. Таким образом, совместная целенаправленная и систематическая работа по социально-психологической реабилитации военнослужащих с огнестрельными и минновзрывными ранениями, пострадавших в экстремальных условиях деятельности, проводимая совместно коллективами Всеармейского реабилитационного центра, Психологическим институтом РАО и факультетами психологии московских ВУЗов, оказала существенное влияние на качество, эффективность и сроки проведения в целом лечебно-восстановительных мероприятий. Использование всех методов комплексной медико-психолого-социальной реабилитации в комплексе позволило решить следующие психотерапевтические задачи: выработку адекватных стереотипов поведения и повышение социальной уверенности; достижение гармоничного представления о ранении и сопутствующих патологиях, коррекцию установок и отношений, оптимизацию общения; раскрытие содержательной стороны имеющихся психологических конфликтов, их разрешение на основе перестройки системы отношений, получение навыка передачи эффективной обратной связи в значимых ситуациях общения, корректировку самооценки, снятие ореола исключительности психологических проблем, испытываемых пострадавшим, получения эмоциональной поддержки от сослуживцев, имеющих общие проблемы и цели, апробирование и освоение новых навыков поведения, получения возможности экспериментировать с различными стилями межличностных отношений [3]. Положительные сдвиги в изменении психологического и социального статуса инвалидов позволяют достоверно подтвердить степень результативности проведенных мероприятий. Вот только несколько примеров: прапорщик Вадим Селюкин, кавалер двух орденов «За личное мужество», у которого были ампутированы после ранения обе ноги, стал Заслуженный мастером спорта России, капитаном Олимпийской сборной России по следж-хоккею, серебрянным призером Паралимпиады в Сочи в 2014 г. Награжден Президентом РФ Медалью ордена «За заслуги перед Отечеством» I степени (17 марта 2014 года) — за большой вклад в развитие физической культуры и спорта, высокие спортивные достижения на XI Паралимпийских зимних играх 2014 года в городе Сочи. Женат, растит дочь, занимается тренерской работой.

Герой Российской Федерации (1998) майор Алексей Чагин (ампутированы обе ноги) во время лечения в госпитале был посещён легендарным летчиком Героем Советского Союза Алексеем Маресьевым, который с обеими ампутированными ногами в года войны вернулся в строй и успешно воевал на самолете, практически повторил его подвиг. Выучился ходить, занимается спортом, прыгает с парашютом, уверенно водит личный автомобиль. После лечения в госпитале продолжил службу в Дзержинском военном комиссариате города Ярославля, ведёт общественную работу: входит в правление ярославской региональной организации ветеранов боевых действий в Чеченской Республике, занимается патриотическим воспитанием молодёжи.

Рядовой Дмитрий Павленко (ампутированы обе руки и обе ноги!) окончил Институт психологии, руководит Реабилитационным центром инвалидов в Подмоскowie, свободно водит личный автомобиль, женат, растит сына и дочь. 10 мая с.г. установил мировой рекорд по глубинному погружению с аквалангом в Египте, стал героем всех новостных сюжетов СМИ.

Сержант Евгений Степаненко (ампутация руки и ноги), кавалер ордена

«За личное мужество», окончил юридический ВУЗ по месту жительства, успешно работает в Комитете по защите прав инвалидов военной службы Ставропольского края, ведет активную военно-патриотическую работу в городе, женат, воспитывает двоих детей. И таких примеров десятки.

Практическая / социальная ценность. Опыт работы медицинского персонала госпиталя лег в основу системы повышения квалификации врачей-реабилитологов всех специальностей, который успешно реализуется сегодня как модель для обучения врачей и среднего медицинского персонала страны в Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования [1, 2, 3].

Оригинальность. В статье проанализирован и критически обобщен 30-ти летний опыт медицинского персонала специализированного реабилитационного госпиталя по комплексной медико-психолого-социальной реабилитации более 5300 участников боевых действий с боевыми ранениями и увечьями в условиях Всеармейского многопрофильного реабилитационного центра, где впервые в истории военной медицины была реализована методологическая платформа для создания системы комплексной реабилитации военнослужащих, послужившая основой для системы реабилитации в России.

Заключение. Совместная целенаправленная и систематическая работа по комплексной медицинской, психологической и социально-культурной реабилитации военнослужащих с огнестрельными и минно-взрывными ранениями, проводимая коллективом госпиталя совместно с государственными и негосударственными структурами, оказала существенное влияние на качество, эффективность и сроки проведения в целом лечебно-восстановительных мероприятий. Положительные сдвиги в изменении психологического и социального статуса инвалидов позволяют достоверно подтвердить степень результативности проведенной работы.

Список литературы:

1. Иванов А.Л. Реализация комплексной реабилитационной программы восстановления военнослужащих с боевыми ранениями в условиях всеармейского реабилитационного центра. - Актуальные вопросы диагностики, лечения и реабилитации больных. Материалы XIX юбилейной межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 40-летию ПИУВ - филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России. Пенза, 2017. - С. 167-170.

Ivanov A.L. Realizaciya kompleksnoj reabilitacionnoj programmy vosstanovleniya voennosluzhashih s boevymi raneniyami v usloviyah vsearmej- skogo reabilitacionnogo centra. - Aktualnye voprosy diagnostiki, lecheniya i reabilitacii bolnyh. Materialy XIX yubilejnoj mezhregionalnoj nauchno-prakticheskoj konferencii, posvyashennoj 40-letiyu PIUV - filiala FGBOU DPO RMANPO Minzdrava Rossii. Penza, 2017. - S. 167-170.

2. Иванов А.Л., Кабинова О.А. Новые возможности повышения квалификации врачей-психотерапевтов и клинических психологов в рамках программы «междисциплинарный подход к медико-психологической реабилитации». Приоритеты педагогики и современного образования. - Сборник статей Международной научно-практической конференции. Пенза, 2018. С. 125-129.

Ivanov A.L., Kabinova O.A. Novye vozmozhnosti povysheniya kvalifikacii vrachej-psihoterapevtov i klinicheskikh psihologov v ramkah programmy «mezhdisciplinarnyj podhod k mediko-psihologicheskoj reabilitacii». Prioritety pedagogiki i sovremennogo obrazovaniya. - Sbornik statej Mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoj konferencii. Penza, 2018. S. 125-129.

3. Иванов А.Л. Опыт и уроки реализации модели комплексной реабилитации военнослужащих с боевыми ранениями на позднем госпитальном этапе // Психологическая газета. Электронное издание. URL: <https://psy.su/feed/1967/> (дата обращения: 25.03.2018).

Ivanov A.L. Opyt i uroki realizacii modeli kompleksnoj reabilitacii voennosluzhashih s boevymi raneniyami na pozdnem gospitalnom etape // Psihologicheskaya gazeta. Elektronnoe izdanie. URL: <https://psy.su/feed/1967/> (data obrasheniya: 25.03.2018).

4. Медицинская реабилитация раненых и больных / под ред. Ю.Н. Шанина. – СПб: «Специальная литература», 1997.

Medicinskaya reabilitaciya ranenyyh i bolnyh / pod red. Yu.N. Shanina. –SPb: «Specialnaya literatura», 1997.

5. Смекалкина Л.В. Медицинская и социально-психологическая реабилитация участников локальных конфликтов с последствиями травм в системе этапного восстановительного лечения Дисс. д. м. н. – Москва: РГБ, 2011.
Smekalkina L.V. Medicinskaya i socialno-psihologicheskaya rehabilitatsiya uchastnikov lokalnykh konfliktov s posledstviyami travm v sisteme etapnogo vosstanovitel'nogo lecheniya Diss. d. m. n. – Moskva: RGB, 2011.
6. «Одноразовые солдаты»: раненые бойцы АТО обречены остаться инвалидами, потому что нет реабилитации: // Телеканал ТСН Украина
URL: <https://ru.tsn.ua/ato/odnorazovye-soldaty-raneny-boycy-ato-obrecheny-ostatsya-invalidami-potomu-chto-net-reabilitacii-421358.html> (дата обращения: 04.06.2018).
«Odnorazovye soldaty»: ranenye bojcy ATO obrecheny ostatsya invalidami, potomu chto net reabilitacii: // Telekanal TSN Ukraina
URL: <https://ru.tsn.ua/ato/odnorazovye-soldaty-raneny-boycy-ato-obrecheny-ostatsya-invalidami-potomu-chto-net-reabilitacii-421358.html> (data obrasheniya: 04.06.2018).
7. Поправка С.Н. Медицинская реабилитация пострадавших с ампутированными дефектами нижних конечностей в условиях реабилитационного центра: Дисс. к. м. н. - Москва, 2014.
Popravka S.N. Medicinskaya reabilitatsiya postradavshih s amputatsionnymi defektami nizhnih konechnostej v usloviyah reabilitatsionnogo centra: Diss. k. m. n. - Moskva, 2014.
8. Реабилитация бойцов АТО в Украине: «Их надо найти, поднять в них веру» Золотарёв К. А. // URL: <https://ru.exrus.eu/Reabilitatsiya-boytsov-ATO-v-Ukraine-Ikh-nado-nayti-podnyat-v-nikh-veru-id59d35b88bf0645297e51d7e4> (дата обращения: 04.06.2018).
Reabilitatsiya bojcov ATO v Ukraine: «Ih nado najti, podnyat v nih veru» Zolotaryov K. A. // URL: <https://ru.exrus.eu/Reabilitatsiya-boytsov-ATO-v-Ukraine-Ikh-nado-nayti-podnyat-v-nikh-veru-id59d35b88bf0645297e51d7e4> (data obrasheniya: 04.06.2018)
Матюс: с начала года 33 украинских военных покончили с собой <https://vesti-ukr.com/strana/288022-matios-s-nachala-hoda-33-ukrainskikh-voennykh-pokonchili-s-soboj> (дата обращения: 04.06.2018).
Matios: s nachala goda 33 ukrainskih voennykh pokonchili s soboj <https://vesti-ukr.com/strana/288022-matios-s-nachala-hoda-33-ukrainskikh-voennykh-pokonchili-s-soboj> (data obrasheniya: 04.06.2018).

УДК 376.1

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРАВА ИНВАЛИДОВ НА ОБРАЗОВАНИЕ

Мюллер Н. В.

Санкт–Петербургский государственный экономический университет

Россия, Санкт-Петербург

REALIZATION OF THE RIGHT OF DISABLED PEOPLE FOR EDUCATION

Mueller N. V.

Petersburg Saint–Petersburg State University of Economics

Russia, St.Petersburg

Аннотация: В статье рассматриваются изменения, произошедшие в сфере образования после ратификации Конвенции ООН о правах инвалидов, динамика изменения численности инвалидов и лиц с ограниченными возможностями, окончивших образовательные учреждения среднего профессионального и высшего образования. Обращается внимание на негативные факторы, которые могут оказать отрицательное влияние на возможности инвалидов реализовать свое право на профессиональное обучение. Намечены пути возможного преодоления влияния этих факторов. Подчеркнута роль Министерства труда и социальной защиты в данном процессе.

Abstract. The article examines the changes that occurred in the sphere of education after the ratification of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, the dynamics of changes in the number of people with disabilities and persons with disabilities who graduated from educational institutions of colleges and technical schools and higher education. Attention is drawn to the negative factors that may have a negative impact on the ability of the disabled to exercise their right to vocational training. The ways of possible overcoming the influence of these factors are outlined. The role of the Ministry of Labor and Social Protection in this process is underlined.

Ключевые слова: Обучение, образование, обучение инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, заочное обучение, дистанционное обучение.

Key words. Training, education, training of disabled and disabled people, distance learning, distance learning.

В России после ратификации в 2012 году Конвенции ООН о правах инвалидов ведется постоянная работа по совершенствованию законодательства, направленная на улучшение положения инвалидов. Изменения в законодательстве серьезно затронули и сферу образования. Они обеспечили действие правовых механизмов по повышению доступности объектов и услуг сферы образования для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья (далее – лиц с ОВЗ) на всех этапах взаимодействия с образовательными учреждениями от момента профориентации и поступления на обучение в образовательное учреждение до момента его окончания и трудоустройства инвалида.

На основании приказов Минобрнауки образовательных учреждениях разработаны «дорожные карты» по повышению значений показателей доступности для инвалидов объектов и предоставляемых на них услуг в сфере образования [1], реализуются требования к адаптации образовательных программ и учебно- методическому обеспечению, требования к кадровому и материальному обеспечению, а также к комплексному сопровождению образовательного процесса для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов [2]. В России созданы региональные учебно-методические центры, оказывающие методическую поддержку образовательным организациям по вопросам сопровождения инклюзивного обучения, повышения квалификации педагогов, работающих с обучающимися с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья.

Однако, не смотря на усилия государства и образовательных учреждений по созданию условий для инклюзивного образования, по данным, приведенным на сайте Федерального реестра инвалидов [3], состояние дел в этой сфере пока ещё требует постоянного пристального внимания и реагирования на изменения. На рис.1 приведена динамика численности инвалидов в Российской Федерации, получивших высшее и среднее профессиональное образование за период с 2009 по 2017 год.

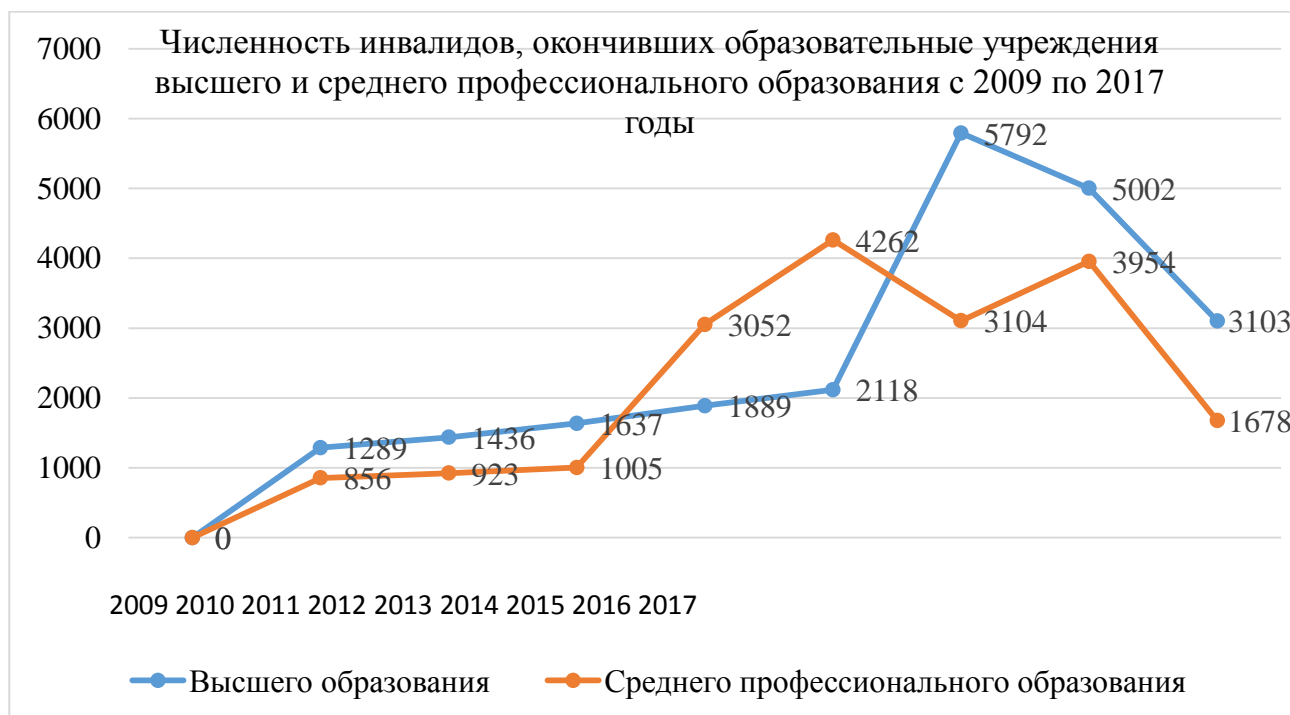


Рис.1. Динамика численности инвалидов, получивших высшее и среднее профессиональное образование в 2009–2017 годах.

Как видно из графика, в последние годы наметилась тенденция к снижению числа инвалидов, окончивших обучение по образовательным программам как высшего, так и среднего профессионального образования. Сходная динамика наблюдается и в Санкт-Петербурге.

Возможно, это естественный процесс после всплеска поступлений инвалидов на обучение, вызванного ратификацией Конвенции о правах инвалидов. К тому же приём инвалидов в учреждения среднего профессионального и высшего образования растёт. В таблице 1 показаны результаты, полученные на основании данных Минобрнауки [4], приведенные в сводных отчетах по формам ФСН № ВПО-1 и № СПО-1 за соответствующие периоды.

Таблица 1. – Прием на обучение, в том числе инвалидов в 2015–2017 годах в учреждения среднего профессионального и высшего образования.

Год	Образовательные учреждения среднего профессионального образования		Образовательные учреждения высшего образования	
	Принято всего студентов	В т.ч. инвалидов	Принято всего студентов	В т.ч. инвалидов
2015	699299	5268	1221791	5966
2016	951356	8273	1157844	6087
2017	963834	8300	1141988	6881

Однако есть факторы, которые могут по совокупности закрепить отрицательную тенденцию, показанную на рис. 1, и помешать инвалидам реализовать их права на получение профессионального образования.

Факторы, которые будут рассмотрены в данной статье, связаны не столько с обучением инвалидов, сколько с состоянием системы образования в Российской Федерации вообще.

Каковы же эти факторы и какая существует возможность противодействия им?

Как видно из графика, приведенного на рис.1, в большинстве случаев число инвалидов и лиц с ОВЗ, получивших высшее образование, больше, чем инвалидов, получивших среднее профессиональное образование. Такая ситуация отчасти связана с меньшим количеством мест в системе среднего профессионального образования в целом, что видно из таблицы 1. Перекос системы в сторону высшего образования кажется не вполне оправданным, даже не смотря на современный уровень развития знаний и технологий, и, на наш взгляд, нуждается в исправлении.

По данным сайта «Поступи онлайн» [5] в 2018 году в вузах Санкт–Петербурга было предусмотрено 264484 бюджетных места на очных отделениях. Соответственно число квотируемых бюджетных мест – 10% – было порядка 26448, что само по себе немало. Но права на поступление в пределах квоты имеют ещё несколько категорий абитуриентов. Например, по данным сводных отчетов по формам ФСН № ВПО-1 в 2017 году, поступило на обучение за счет средств только федерального бюджета 499062 человека, что предполагало поступление в рамках квоты порядка 49906 человек. При этом число поступивших инвалидов всего 6881 человек.

На этом же сайте «Поступи онлайн» сказано, что конкурс на экономические и гуманитарные направления составлял 224, а на медицинские специальности – 469 человека на одно место. В такой ситуации вопрос, куда пойти учиться инвалиду, не поступившему в вуз, остается открытым.

Выход из этой ситуации также находится в сфере развития среднего профессионального образования. Кроме того, в системе среднего профессионального образования, на наш взгляд, необходимо введение специальных квотируемых мест на обучение инвалидов по программам среднего профессионального образования за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов.

Другим тревожащим фактором, который может негативно сказаться на обучении инвалидов является отказ многих вузов от заочной формы обучения.

С 1 сентября 2018 года планируется исключить заочную форму обучения в вузах по традиционно востребованным инвалидами направлениям подготовки, как экономисты, юристы, менеджеры, а также по направлению «Государственное и муниципальное управление» [5].

По данным сводных отчетов по формам ФСН № ВПО-1, о которых говорилось выше, за 2015 и 2017 годы – в 2015 году на обучение в вузы было принято 5966 инвалидов, из них 2474 человека – на заочную форму обучения, что составляло немногим менее половины от принятых на обучение инвалидов. В 2017 году на обучение в вузы было принято 6881 инвалидов, из них на заочную форму обучения – 1044 человека, что составляет уже шестую часть от принятых в вуз. Хочется думать, что такая динамика уменьшения численности заочно обучающихся инвалидов связана с созданием в

России доступной среды. Однако, есть все основания предполагать, что в такой огромной стране, как Россия, сворачивание заочной формы обучения нанесёт социальный вред и осложнит реализацию права на получение профессионального образования не только инвалидам, но и большому количеству молодых людей, проживающих в отдалённых местностях, которые в силу разных причин не могут или не хотят уехать на обучение в большие города.

Предполагается, вероятно, что на смену заочному придет дистанционное обучение. Проблема только заключается в том, что обучиться дистанционно бесплатно, с выдачей диплома государственного образца – практически невозможно. Причина тому – маленький процент бюджетных мест или же полное их отсутствие.

Выход из этой ситуации видится конечно же не в том, чтобы запрещать вузам и учреждениям среднего профессионального образования обучать заочно или дистанционно отдельным направлениям и специальностям. И не в том, чтобы сворачивать заочное обучение. Необходимо совершенствование заочной формы обучения или придание дистанционному обучению статуса отдельной формы обучения. Основные черты нового заочного (или дистанционного) обучения:

- увеличение количества часов обучения до количества часов очно-заочной формы;
- лекционные занятия должны проводиться в режиме вебинаров, чтобы студенты могли подключаться к занятиям из любого места, где есть Интернет;
- наиболее сложные практические занятия должны проводиться во время традиционных сессий в очном, или очно-заочном режиме в зависимости от характера будущей профессии или специальности;
- максимально возможное расширение спектра направлений и специальностей для обучения;
- обязательное выделение специальных квотируемых мест для инвалидов и других категорий обучающихся, нуждающихся в социальной поддержке.

Однако, характеристика новой заочной или дистанционной формы обучения □□это тема для отдельного обсуждения.

Необходимость совершенствования дистанционной формы обучения и более широкое её распространение диктуется ещё и тем фактором, что велико число людей с ограниченными возможностями здоровья, детей-инвалидов и инвалидов, обучающихся индивидуально на дому. Так, например, на начало 2015/2016 учебного года индивидуально на дому обучалось 52526 лиц с ограниченными возможностями здоровья и 75172 детей инвалидов и инвалидов [6]. Зачастую знания детей, обучающихся на дому, оставляют желать лучшего.

В сети Интернет можно найти много учебных материалов, помогающих школьникам освоить школьную программу дистанционно. Однако школьнику, особенно обучающемуся в начальной школе, использовать их самостоятельно невозможно, хотя бы потому, что их ещё надо научиться искать. К тому же нет гарантии качества этих материалов.

На наш взгляд, в системе школьного дистанционного обучения отсутствует важный элемент □□портал, который был бы известен и доступен каждому ученику, учителю и родителю. На таком портале вместе с условным расписанием уроков на очередной учебный год, тематическими планами и пр., должны быть подобраны по каждому предмету материалы к каждому уроку, подготовленные в разнообразных формах: текстовые – материалы из учебников и учебных пособий; видеоролики; презентации; оценочные средства, позволяющие контролировать степень усвоения материала на любом этапе его изучения, и др.

Способ навигации по сайту должен быть максимально простым. Материалы уроков должны соответствовать возрастным и психологическим особенностям школьников разных классов, обеспечивать полноту и качество изложения изучаемой темы, соответствовать федеральным образовательным стандартам.

Такой портал мог бы стать своеобразной общероссийской дистанционной школой и хорошей помощью педагогам и обучающимся индивидуально на дому, в обычной или вечерней школе. Портал мог бы быть особенно полезен детям-инвалидам и детям с ограниченными возможностями здоровья.

Выводы.

Рассмотренные в статье негативные факторы, такие, как:

- недостаточное использование потенциала среднего профессионального образования для обучения инвалидов;

- запрет на обучение в заочной и дистанционной формах некоторым традиционно востребованным инвалидами направлениям обучения и специальностям;
- отказ многих вузов от заочной формы обучения при неразвитой системе дистанционного обучения;
- недостатки индивидуального обучения на дому,

могут отрицательно сказаться на возможности обучающихся с инвалидностью и ОВЗ реализовать свое право на получение профессионального образования и снизить эффективность финансовых вложений и усилий государства в этой сфере.

Влияние этих негативных факторов может быть преодолено за счет дальнейшего развития системы среднего профессионального образования; совершенствования заочной формы обучения и развития дистанционной формы обучения, придания дистанционной форме обучения самостоятельного статуса; создания единого государственного портала дистанционного образования для школьников.

Задачи, которые необходимо решить для обеспечения возможности инвалидов реализовать свои права в сфере образования, достаточно масштабны. Поэтому говорить о них должны не только исследователи и специалисты, работающие с инвалидами, но и Министерство труда и социальной защиты через своих представителей на всех уровнях управления и власти, как федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере социальной защиты населения.

Список литературы:

1. Об утверждении Порядка обеспечения условий доступности для инвалидов объектов и предоставляемых услуг в сфере образования, а также оказания им при этом необходимой помощи. Приказ Минобрнауки России от 09.11.2015 № 1309.
Ob utverzhdenii Poryadka obespecheniya uslovij dostupnosti dlya invalidov obektov i predostavlyaemyh uslug v sfere obrazovaniya, a takzhe okazaniya im pri etom neobhodimoj pomoshi. Prikaz Minobrnauki Rossii ot 09.11.2015 № 1309.
2. «Требования к организации образовательного процесса для обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в профессиональных образовательных организациях, в том числе оснащённости образовательного процесса», утверждённые Письмом Минобрнауки России 26.12.2013 N 06– 2412вн.
«Trebovaniya k organizacii obrazovatel'nogo processa dlya obucheniya invalidov i lic s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya v professionalnyh obrazovatelnyh organizacijah, v tom chisle osnashennosti obrazovatel'nogo processa», utverzhdennye Pismom Minobrnauki Rossii 26.12.2013 N 06– 2412vn.
3. Федеральный реестр инвалидов. Статистика: <https://sfri.ru/stat/> (дата обращения: 12.08.2018 г.).
Federalnyj reestr invalidov. Statistika: <https://sfri.ru/stat/> (data obrasheniya: 12.08.2018 g.).
4. Министерство образования и науки Российской Федерации. Статистические данные: <https://минобрнауки.рф/ministry/статистика> (дата обращения: 12.08.2018 г.).
Ministerstvo obrazovaniya i nauki Rossijskoj Federacii. Statisticheskie dannye: <https://minobrnauki.rf/ministry/statistika> (data obrasheniya: 12.08.2018 g.).
5. Поступи онлайн: <https://postupi.online/journal/novosti-obrazovaniya/469-chelovek-na-odno-mesto-pervye-itogi-priemnoj-kampanii-v-severnoy-stolice/> (дата обращения: 18.08.2018 г.).
Postupi onlajn: <https://postupi.online/journal/novosti-obrazovaniya/469-chelovek-na-odno-mesto-pervye-itogi-priemnoj-kampanii-v-severnoy-stolice/> (data obrasheniya: 18.08.2018 g.).
6. Индикаторы образования: 2017: статистический сборник/Н.В. Бондаренко, Л.М. Тахтенберг, И.Ю. Зарубина и др.; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». – М.: НИУ ВШЭ, 2017. – 320 с., с.121.
<https://www.hse.ru/data/2017/05/29/1172124724/Индикаторы%20образования%202017.pdf> (дата обращения: 12.08.2018 г.)
Indikatory obrazovaniya: 2017: statisticheskij sbornik/N.V. Bondarenko, L.M. Tahtenberg, I.Yu. Zarubina i dr.; Nac. issled. un-t «Vysshaya shkola eko- nomiki».M.: NIU VShE, 2017. – 320 s., s.121. <https://www.hse.ru/data/2017/05/29/1172124724/Indikatory%20obrazovaniya%202017.pdf> (data obrasheniya: 12.08.2018 g.)

ОБ ОБЕСПЕЧЕНИИ РАВНОГО ДОСТУПА К ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ И ТРУДОУСТРОЙСТВУ ИНВАЛИДОВ В ПРОЦЕССЕ РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ «ДОСТУПНАЯ СРЕДА»

Старобина Е. М.

ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России

Россия, Санкт-Петербург

ABOUT ENSURING EQUAL ACCESS TO PROFESSIONAL DEVELOPMENT AND EMPLOYMENT OF DISABLED PEOPLE IN THE COURSE OF IMPLEMENTATION OF THE STATE PROGRAM «ACCESSIBLE ENVIRONMENT»

Starobina E.M.

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

Russia, St. Petersburg

Аннотация: В целях оценки доступа к профессиональному развитию и трудоустройству инвалидов осуществлен анализ основных положений Государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011 - 2020 годы и результатов ее выполнения к 2018 году

Abstract. in order to assess to professional development and employment of disabled people, the analysis of the main provisions of the State program of the Russian Federation "Accessible environment" for 2011 - 2020 and the results of its implementation by 2018 was carried out.

Ключевые слова: профессиональное развитие, трудоустройство инвалидов, государственная программа «Доступная среда».

Key words. professional development, employment of disabled people, state program "Accessible environment»

Актуальность

Конвенция ООН о правах инвалидов нацеливает государства-участники на обеспечение права инвалидов на доступ к общим программам профессиональной ориентации, к высшему образованию, профессиональному обучению, образованию для взрослых и обучению в течение всей жизни без дискриминации и наравне с другими, на развитие профессиональных способностей, на труд наравне с другими в условиях, когда рынок труда и производственная среда являются открытыми, инклюзивными и доступными для инвалидов [2, 5, 6].

Материалы и методы

В целях оценки доступа к профессиональному развитию и трудоустройству инвалидов осуществлен анализ основных положений Государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011 - 2020 годы и результатов ее выполнения к 2018 году [4].

Результаты

Реализуемая в настоящее время Государственная программа Российской Федерации «Доступная среда» на 2011 - 2020 годы (далее Госпрограмма) направлена на создание условий обеспечения беспрепятственного доступа к приоритетным объектам и услугам в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов и других маломобильных групп населения, включая образование и занятость, а также совершенствование механизма предоставления услуг в сфере реабилитации, в том числе решение вопросов образования и занятости инвалидов, в целях реализации их прав и основных свобод, что будет способствовать полноценному участию инвалидов в жизни страны. Одна из задач программы предполагает обеспечение равного доступа инвалидов к реабилитационным и абилитационным услугам, включая обеспечение равного доступа к профессиональному развитию и трудоустройству инвалидов [4].

В качестве **ожидаемых результатов реализации подпрограммы 1** Госпрограммы «Обеспечение условий доступности приоритетных объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов и других маломобильных групп населения» в рассматриваемой области определены такие как:

увеличение доли приоритетных объектов органов службы занятости, доступных для инвалидов и других маломобильных групп населения, в общем количестве объектов органов службы занятости (до 48,3 процента к 2020 году);

увеличение удельного веса числа профессиональных образовательных организаций и образовательных организаций высшего образования, здания которых приспособлены для обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья (до 25 процентов к 2020 году).

В подпрограмме 2 "Совершенствование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов" среди других поставлена задача формирования условий для повышения уровня профессионального развития и занятости инвалидов, реализация которой должна завершиться следующими результатами:

- увеличение количества высокопроизводительных рабочих мест на федеральных государственных унитарных протезно-ортопедических и специализированных предприятиях (до 4806 единиц к 2020 году);
- увеличение доли инвалидов, трудоустроенных органами службы занятости, в общем числе инвалидов, обратившихся в органы службы занятости (до 60 процентов к 2020 году);
- увеличение доли выпускников-инвалидов 9 и 11 классов, охваченных профориентационной работой, в общей численности выпускников-инвалидов (до 100 процентов к 2020 году);
- увеличение доли инвалидов, принятых на обучение по программам бакалавриата и специалитета (по отношению к предыдущему году) (до 107 процентов к 2020 году);
- уменьшение доли студентов из числа инвалидов, обучающихся по программам бакалавриата и специалитета, выбывших по причине академической неуспеваемости (до 7 процентов к 2018 году);
- увеличение доли инвалидов, принятых на обучение по программам среднего профессионального образования (по отношению к предыдущему году) (до 107 процентов к 2020 году);
- уменьшение доли студентов из числа инвалидов, обучающихся по программам среднего профессионального образования, выбывших по причине академической неуспеваемости (до 7 процентов к 2018 году).

Правовое регулирование в сфере реализации Госпрограммы является основой реализации всех ее мероприятий. В рамках нормативно-правового и организационно-методического обеспечения реализации мероприятий в области доступности профессионального развития и трудоустройства инвалидов планируется:

- утверждение типовой программы сопровождения инвалидов молодого возраста при получении ими профессионального образования и содействия в последующем трудоустройстве (2018 г.);
- утверждение примерного порядка организации взаимодействия ресурсных учебно-методических центров по обучению инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья с образовательными организациями высшего образования по вопросам обеспечения доступности и качества высшего образования для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья;
- утверждение примерного положения о ресурсном учебно-методическом центре по обучению инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья на базе образовательной организации высшего образования.
- подготовка методических рекомендаций для специалистов органов службы занятости по организации работы с инвалидами, в том числе по оценке значимости нарушенных функций организма инвалида для выполнения трудовых функций.

План реализации Госпрограммы на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов в подпрограмме 2 включает создание сети базовых профессиональных образовательных организаций, обеспечивающих поддержку региональных систем инклюзивного профессионального образования инвалидов в субъектах Российской Федерации, сети ресурсных учебно-методических центров по обучению инвалидов и лиц с ограниченными возможностями на базе образовательных организаций высшего образования.

В рамках реализации подпрограммы 1 Госпрограммы в 2017 обеспечено увеличение удельного веса числа профессиональных образовательных организаций и образовательных организаций высшего образования, здания которых приспособлены для обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья до 22 процентов [3].

В рамках реализации подпрограммы 2 Госпрограммы в 2017 обеспечено [3]:

- увеличение доли инвалидов, трудоустроенных органами службы занятости, в общем числе инвалидов, обратившихся в органы службы занятости до 53 процентов;

- увеличение доли выпускников-инвалидов 9 и 11 классов, охваченных профориентационной работой, в общей численности выпускников-инвалидов до 85;
- увеличение доли инвалидов, принятых на обучение по программам бакалавриата и специалитета (по отношению к предыдущему году) до 112,8 процента;
- увеличение доли инвалидов, принятых на обучение по программам среднего профессионального образования (по отношению к предыдущему году) до 102 процентов.

Всё больше инвалидов и лиц с ограничениями по здоровью становятся студентами колледжей: в 2017 году их количество составило 50 736, что на 3,6% больше, чем в 2016 году. В 2016–2017 годах создано 80 базовых профессиональных образовательных организаций, обеспечивающих поддержку региональных систем инклюзивного профессионального образования инвалидов, в 74 субъектах Федерации [1].

Обеспечивается доступность высшего образования для инвалидов и лиц с ограничениями по здоровью. Увеличивается численность лиц с инвалидностью, поступающих в вузы: в 2017 году – 6926 человек, в 2016 году – 6132 человека [1].

В 2017 году обеспечено предоставление субсидии субъектам Российской Федерации на создание базовых профессиональных образовательных организаций, которые реализованы в 70 базовых профессиональных образовательных организациях по следующим направлениям [3]:

закуплено более 6 400 единиц оборудования, в том числе специального учебного, реабилитационного, компьютерного оборудования в соответствии с учетом разнообразия особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей инвалидов, данным оборудованием оснащены кабинеты педагога-психолога, учителя-дефектолога, психологической разгрузки (сенсорной комнаты);

закуплено более 2 200 единиц специального оборудования для осуществления образовательной деятельности для инвалидов по программам среднего профессионального образования с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий;

более 3 700 педагогических работников базовых профессиональных образовательных организаций прошли повышение квалификации.

Выработан механизм создания адресно оборудованных (оснащённых) рабочих мест для инвалидов.

Ежегодно с 2013 года создаётся не менее 14,2 тыс. специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов. Всего за счёт федерального бюджета с 2013 по 2015 год создано 44,2 тыс. специально оборудованных рабочих мест.

Создание инфраструктуры, необходимой для беспрепятственного доступа инвалидов к специальным рабочим местам, позволило увеличить количество оборудованных (оснащённых) рабочих мест, на которые трудоустроены инвалиды-колясочники, в 6,5 раза.

В 2017 году Правительством утвержден план мероприятий по повышению уровня занятости инвалидов на 2017–2020 годы. Основные направления плана мероприятий предусматривают совершенствование механизма контроля за трудоустройством инвалидов на квотируемые рабочие места, повышение эффективности работы органов службы занятости, создание условий для расширения возможностей трудоустройства инвалидов.

В соответствии с Планом принят Федеральный закон от 29 декабря 2017 года №476-ФЗ «О внесении изменений в Закон Российской Федерации «О занятости населения в Российской Федерации»» по организации сопровождаемого содействия занятости инвалидов. Закон предусматривает:

- инициативный характер деятельности органов службы занятости в отношении инвалидов при их согласии (такое согласие инвалид может дать при освидетельствовании или в личном кабинете федерального реестра инвалидов);
- услугу по организации сопровождения при содействии занятости инвалида;
- оказание индивидуальной помощи незанятому инвалиду (в том числе в формировании пути его передвижения до места работы и обратно);
- организацию взаимодействия незанятого инвалида с работодателем.

Закон также предусматривает выделение при необходимости наставника инвалиду и оказание методической помощи работодателю со стороны служб занятости.

Начиная с 2017 года субъекты Федерации приступили к реализации региональных программ сопровождения инвалидов молодого возраста при трудоустройстве.

Заключение

Программой Доступная среда очерчены конкретные индикаторы по обеспечению равного доступа к профессиональному развитию и трудоустройству инвалидов в соответствии с основными

положениями Конвенции ООН о правах инвалидов, и эти индикаторы поэтапно достигаются. Работа в данном направлении будет продолжена в связи с продлением Государственной программы «Доступная среда» до 2025 года включительно.

Список литературы:

1. Инвалиды. Безбарьерная среда: некоторые важные решения и показатели за 6 лет. - URL: <http://government.ru/info/32132/> (дата обращения 20.07.2018).
Invalidy. Bezbarernaya sreda: nekotorye vazhnye resheniya i pokazateli za 6 let. - URL: <http://government.ru/info/32132/> (data obrasheniya 20.07.2018).
2. Конвенция о правах инвалидов. Принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеей ООН 13 декабря 2006 года и подписана от имени российской стороны в Нью-Йорке 24 сентября 2008 года. - URL: http://ombudsmanspb.ru/files/files/OON_02_site.pdf (дата обращения 20.07.2018).
Konvenciya o pravah invalidov. Prinyata rezolyuciej 61/106 Generalnoj Assambleej OON 13 dekabrya 2006 goda i podpisana ot imeni rossijskoj storony v Nyu-Jorke 24 sentyabrya 2008 goda. - URL: http://ombudsmanspb.ru/files/files/OON_02_site.pdf (data obrasheniya 20.07.2018).
3. Отчет о ходе реализации и об оценке эффективности государственной программы Российской Федерации "Доступная среда на 2011 - 2020 годы" 2017 год, - URL: <https://rosmintrud.ru/docs/mintrud/handicapped/269> (дата обращения 20.07.2018).
Otchet o hode realizacii i ob ocenke effektivnosti gosudarstvennoj programmy Rossijskoj Federacii "Dostupnaya sreda na 2011 - 2020 gody" 2017 god, - URL: <https://rosmintrud.ru/docs/mintrud/handicapped/269> (data obrasheniya 20.07.2018).
4. Постановление Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2015 г. N 1297 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Доступная среда" на 2011 - 2020 годы" (с изменениями и дополнениями):. -URL: <http://base.garant.ru/71265834/> (дата обращения 20.07.2018).
Postanovlenie Pravitelstva Rossijskoj Federacii ot 1 dekabrya 2015 g. N 1297 «Ob utverzhdenii gosudarstvennoj programmy Rossijskoj Federacii "Dostupnaya sreda" na 2011 - 2020 gody" (s izmeneniyami i dopolnieniyami):. -URL: <http://base.garant.ru/71265834/> (data obrasheniya 20.07.2018).
5. Старобина Е.М., Кривенков С.Г. Основные направления деятельности по соблюдению права инвалидов на труд в связи с ратификацией конвенции ООН о правах инвалидов. // Современная модель инвалидности и реабилитации инвалидов: материалы научно-практической конференции в рамках мероприятий государственной программы "Доступная среда". – СПб. - 2015. - С. 20-27.
Starobina E.M., Krivenkov S.G. Osnovnye napravleniya deyatelnosti po soblyudeniyu prava invalidov na trud v svyazi s ratifikaciej konvencii OON o pravah invalidov. // Sovremennaya model invalidnosti i rehabilitacii invalidov: materialy nauchno-prakticheskoy konferencii v ramkah meropriyatij gosudarstvennoj programmy "Dostupnaya sreda". – SPb. - 2015. - S. 20-27.
6. Старобина Е.М. Основные положения Конвенции ООН о правах инвалидов – основа для совершенствования профессионального образования студентов с ограниченными возможностями здоровья. // Вестник ЛГУ им. Пушкина. - 2016. - №4 - Ч.2. - С.266-276.
Starobina E.M. Osnovnye polozheniya Konvencii OON o pravah invalidov – osnova dlya sovershenstvovaniya professionalnogo obrazovaniya studentov s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorovya. // Vestnik LGU im. Pushkina. - 2016. - №4 - Ch.2. - S.266-276.

УДК 616-059

НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ ПСИХОЛОГА С РОДСТВЕННИКАМИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ

А. В. Котельникова, А. А. Кукшина

Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы
Россия, Москва

AREAS OF WORK OF THE PSYCHOLOGIST WITH RELATIVES OF PATIENTS WHO HAVE HAD A STROKE

A. V. Kotelnikova, A. A. Kukshina

Moscow Scientific and Research Centre of Medical Rehabilitation, Restorative and Sport Medicine at
Moscow Department of Health
Russia, Moscow

Аннотация: В статье представлены результаты анализа клинической документации, отражающей работу медицинского психолога с 31 семьей больных, перенесших инсульт. В качестве основных мишеней психологической работы обозначены неполное понимание членами семьи особенностей личности и эмоционального состояния больного; недостаточная адаптация психоэмоционального состояния ухаживающих родственников к текущей ситуации; проблемы с эмоциональной саморегуляцией и выбором оптимальных адекватных поведенческих стратегий при взаимодействии с больным; коррекция межличностных, в том числе детско-родительских, отношений в связи с изменением внутрисемейной ситуации.

Abstract. The article presents the results of the analysis of clinical documentation, reflecting the work of a medical psychologist with 31 families of patients with stroke. The main targets of psychological work are the incomplete understanding of family members of the personality and emotional state of the patient; insufficient adaptation of the psycho-emotional state of caring relatives to the current situation; problems with emotional self-regulation and the choice of optimal adequate behavioral strategies in interaction with the patient; correction of interpersonal, including parent-child, relations due to changes in the family situation.

Ключевые слова: острое нарушение мозгового кровообращения, инсульт, комплаенс, психологическое сопровождение, родственники больных, посттравматический стресс

Key words. acute cerebrovascular accident, stroke, compliance, psychological support, relatives of patients, post-traumatic stress

Актуальность: Произошедший инсульт кардинально меняет картину мира не только самого человека, но и его близких. Восстановительный период после острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) может быть очень длительным, в связи с чем встает вопрос о поиске новых источников для создания и поддержания мотивационной готовности больного к ответственному и осознанному включению в процесс реабилитации, поскольку с течением времени происходит истощение не только психофизиологических, но и мотивационных ресурсов человека.

В контексте вышеизложенного особенно важным на этапе медицинской реабилитации больных, перенесших ОНМК, становится привлечение к сотрудничеству их родственников и лиц, осуществляющих уход, которые являются для больного тем микросоциумом, с интеграции в который начинается его возвращение к жизни, к ощущению себя полноценным членом общества.

Клиническая практика показывает, что содружественная по отношению к врачу позиция лица, ухаживающего за больным, перенесшим инсульт, во многом определяет эффективность реабилитационных мероприятий, при этом длительность и интенсивность переживаемого стресса, который испытывают члены семьи, приводит в ряде случаев к возникновению у них различного рода невротических расстройств, психосоматических заболеваний [5;8;9]. Некоторые авторы отмечают, что ухаживающие за пациентом лица нередко находятся в большей депрессии, чем сам пациент [10], что приводит к затруднениям в обеспечении необходимого комплаенса в отношении выполнения больным лечебных и профилактических рекомендаций.

Для специалистов мультидисциплинарной бригады, занимающихся реабилитацией больного, перенесшего ОНМК, организация взаимодействия с родственниками является, прежде всего, гарантией снижения риска развития осложнений и повторных нарушений мозгового кровообращения, а также возможности добросовестного катamnестического наблюдения. К числу возможных мероприятий психолого-педагогического (в том числе, образовательного) характера, направленных на привлечение семьи больного к активному и осознанному участию в реабилитационном процессе, которые могут быть предприняты уже во время нахождения в стационаре восстановительного лечения, относятся занятия с медицинским психологом в «Школе для родственников больных, перенесших инсульт».

Целью настоящего исследования является выявление основных мишеней психологической работы с родственниками больных, перенесших ОНМК.

Методы: анализ клинической документации, отражающей работу медицинского психолога с 31 семьей больных с ОНМК в анамнезе, проходящих восстановительное лечение в филиале №3 МНПЦ МР ВСМ ДЗМ г.Москвы в рамках проведения «Школ для родственников больных, перенесших инсульт». Возраст больных составил $62,4 \pm 11,7$ лет, гендерная представленность выборки - 16 (51,6%) мужчин, 15 (48,4%) женщин; возраст родственников – $44,3 \pm 9,3$ лет, среди них было 20 (64,5%) женщин, 11 (35,5%) мужчин, в 14 случаях (41,2%) степень родства определялась, как «супруг(а)», в 17 (58,8%) – «ребенок (сын, дочь)».

Критериями включения больных в исследование являлись: доступность продуктивному речевому контакту, отсутствие выраженных когнитивных нарушений, затрудняющих понимание инструкции, добровольность участия, наличие информированного согласия, соответствие степени выраженности двигательных расстройств первому или второму классу выраженности нарушений структур, функций, активности и участия по «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» [6].

Результаты: Выявлено, что обращение родственников больных, перенесших инсульт, в психологическую службу, для психолога-консультанта означает столкновение с рядом эмоциональных проблем, которые следует классифицировать в двух направлениях:

- количество времени, прошедшее с момента получения известия о тяжелом заболевании родственника,
- особенности эмоционального реагирования на различных этапах реабилитационного процесса в связи с изменившимся характером межличностного взаимодействия каждого из участников семейной системы (как больного, так и его родственников).

Острейший (первые сутки) и острый (от 24 часов до 3 недель) период инсульта соответствует, как правило, острым реакциям горя и утраты у близких; в течение подострого (от 3 недель до 3 месяцев с момента начала заболевания) и раннего восстановительного (от 3 до 6 месяцев) периода инсульта наряду с реакциями горя у членов семьи больного могут наблюдаться симптомы посттравматического стресса (ПТС); в поздний восстановительный период инсульта (от полугода до года с момента возникновения инсульта) и период отдаленных последствий (более года с момента начала заболевания) - последствия пролонгированного стресса высокой интенсивности, проявляющиеся в различных соматических и сомато-психических дисфункциях.

Наиболее полно психоземotionalные последствия переживания известия о тяжелом заболевании родственника, как острого стресса высокой интенсивности, описывает феномен «горевания», основной задачей которого [11] является внутреннее принятие произошедших в жизни семьи перемен, осознание реальных перспектив с целью выработки стратегии дальнейших действий, выстраивание новых границ отношений и распределения зон ответственности. Психолог, консультирующий родственников в такой ситуации, может столкнуться со специфическими маркерами фиксации на одной из стадий горевания, как психического процесса, развивающегося по определенным законам: от шока и отрицания - к гневу и обвинениям, далее – к торгу, депрессии и принятию реальности [7].

На *первой стадии* горевания ввиду перенесенного эмоционального шока от известия о тяжелом заболевании близкого родственника у членов семьи часто формируются тревожные гиперопекающие паттерны поведения по отношению к больному. В настоящем исследовании описанная проблема наблюдалась у 28 из 31 родственника, то есть в 90% случаев. При организации психологического сопровождения в данной ситуации необходимо понимать, что если на острейшем, остром и подостром этапе такая тактика вполне допустима, то для взаимодействия с уже восстанавливающимся больным – губительна, поскольку инвалидизирует, снижает собственную активность и мотивацию пациента, не позволяет сформироваться внутреннему комплаенсу, подменяя его комплаенсом внешним. Такой больной, как правило, не прикладывает собственных усилий в направлении выздоровления: пассивен на занятиях лечебной физкультурой и в тренажерном зале, не проявляет активности и инициативы по изменению образа жизни, формален в отношении приема медикаментов. Клинические наблюдения подтверждают сказанное, поскольку зачастую комплаенс больных, перенесших ОНМК, не является их собственным, а становится продуктом активности ухаживающих близких, то есть внешним, пассивным, что создает значительные сложности при организации реабилитационного процесса, не позволяет опереться на внутренние ресурсы самого больного и создать таким образом устойчивую во времени мотивацию к выздоровлению.

Также при проживании первой стадии горевания у родственников больного, перенесшего инсульт, может проявляться реакция отрицания в виде гипнозогнозии, сопровождающаяся соответствующими поведенческими проявлениями: родственники могут либо настаивать на интенсификации мероприятий по реабилитации без учета присутствующей на острых стадиях истощаемости больного («чем больше процедур проведут в стационаре, тем быстрее он выздоровеет» - отмечается у 16 из 31 родственника, что составляет 52% случаев), либо идеализировать перспективы восстановления и отказываться от лекарственной терапии, считая ее чрезмерной и даже вредной («ничего страшного не произошло, он и так хорошо восстанавливается, таблетки только мешают и тормозят процесс» - зарегистрировано у 6 из 31 родственника, что составляет 20% случаев).

На следующей, *обвинительной, стадии* горевания у родственников больного, перенесшего инсульт, могут наблюдаться претензии к качеству лечения, сотрудникам скорой помощи, оперировавшему хирургу, лечащему врачу, персоналу стационара и т.п. – в настоящем исследовании симптоматика этой стадии была отмечена у 12 из 31 родственника, что составляет 39% случаев. Необходимо отметить, что в подавляющем большинстве случаев тематика внешней атрибуции ответственности за произошедшее, возникающая на этой стадии, является одним из серьезных вопросов, волнующих родственников больного, и создающих серьезные конфликтные ситуации в коммуникации с лечащим врачом и специалистами мультидисциплинарной бригады. В контексте психологического сопровождения указанная проблема может быть проработана посредством информационно-разъяснительной работы с родственниками по пояснению этиологии заболевания и организации вторичной профилактики постинсультных сосудистых нарушений, а также деонтологического консультирования врачей.

В тех случаях, когда ответственность за заболевание возлагается родственниками на самого больного (в настоящем исследовании в той или иной степени обозначенная тематика выявлялась у 18 из 31 родственника, то есть более, чем в 60% случаев), психологу-консультанту приходится сталкиваться с проблемой недостаточно полного понимания окружением эмоционального состояния больного, перенесшего инсульт [2]. Известно, что к преморбидным характеристикам личности таких больных относят высокий уровень контроля своего поведения, высокую степень интернальности, то есть потребности и готовности брать на себя ответственность за происходящие в жизни события, в сочетании с высокой тревожностью и неуверенностью в себе [1]. Последнее, как правило, остается вне осознания для членов семьи, поэтому их ожидания от процесса реабилитации связаны, прежде всего, с намерением и требованием к больному собраться для интенсивного рывка. Такого рода тактика не учитывает объема имеющегося реабилитационного потенциала и эмоциональных переживаний самого больного, к числу которых относят коморбидную депрессию или апатию [3], а также страхи повторения инсульта, потери любви близких, страх стать обузой для детей и родственников, страх одиночества и смерти в больничных стенах.

Кроме того, серьезной проблемой для членов семьи является невозможность дифференцировать дисфорические, аффективные и поведенческие реакции больного от последствий перенесенного им заболевания. При таких обстоятельствах у родственников больного возникают гнев и ярость, которые они пытаются подавлять или отрицать, а также вина или стыд за испытываемые чувства. В результате серьезно страдает реабилитационный процесс, поскольку у больного появляется легальная возможность капризничать и манипулировать, усиливаются регрессивные и рентные установки в отношении близких, снижается или не имеет возможности сформироваться комплаенс. В случае, когда эмоции негативного регистра проявляются родственниками открыто, больной обращается к самообвинению, что может повлечь за собой аутоагрессию и усугубление клинических признаков депрессии; иногда может возникнуть открытая конфронтация (отмечалось у 9 из 31 родственника – 29% случаев).

Как уже упоминалось выше, в течение подострого (от 3 недель до 3 месяцев с момента начала заболевания) и раннего восстановительного (от 3 до 6 месяцев) периода инсульта наряду с реакциями горя у членов семьи больного, перенесшего ОНМК, могут наблюдаться признаки посттравматического стресса («вторжение», «избегание», «физиологическая возбудимость»). Использование диагностического опросника «Шкала оценки влияния травматического события» [4] позволило выявить достоверное ($p \leq 0,05$) превышение средних значений упомянутых признаков ПТС у обследованных респондентов по сравнению с нормативными данными, и возможность рядоположенного сопоставления указанной выборки с имеющимися в литературе описаниями контингентов с психотравмой в анамнезе.

Симптомы «вторжения» в данном случае проявляются в том, что травматическое событие многократно переживается в виде тяжелых снов об обстоятельствах произошедшего, ночных кошмаров, содержанием которых является ощущение бессилия, паники и страха смерти. Также может возникать ощущение возможности повторения травматического события, ощущение «оживания» опыта, иллюзии, галлюцинации и диссоциативные эпизоды («флэшбэк»-эффекты). В ситуациях, которые внешне или внутренне символизируют различные аспекты произошедшего – особенно, если это касается четкости соблюдения больным лечебных назначений и профилактических рекомендаций – у родственников может наблюдаться повышенная психофизиологическая реактивность, проявляющаяся в аффективных вспышках, дисфорических и депрессивных реакциях.

Избегающее поведение, развившееся как отсроченное последствие перенесенного эмоционального потрясения, также причиняет серьезные неудобства родственникам больного и всей семье. Испытывая иррациональное чувство вины за произошедшее: «Если бы я в тот вечер не уехал...», «Если бы я был достойным сыном и не расстраивал родителей...», - родственники предпринимают активные усилия по избеганию стимулов (мест, людей, действий, чувств, мыслей, разговоров), связанных с пережитыми событиями. Результатом этого являются серьезные ограничения жизнедеятельности и функционирования всей семейной системы, что создает, прежде всего, у самого больного ощущение отстраненности или отделенности от остальных людей и чувство отсутствия перспективы в будущем.

Сниженная выраженность аффекта (например, неспособность к чувству любви), также относящаяся к вариантам избегающего поведения, у членов семьи проявляется преимущественно в виде блокировки эмоциональных реакций (numbing, «оцепенение») по отношению больному, перенесшему инсульт, и самообвинения за происходящее.

Постоянные симптомы возрастающего физиологического возбуждения, которые не наблюдались ранее у родственников больного, проявляются в виде трудностей с засыпанием, нарушений ночного сна, ранних пробуждений, затруднений с сосредоточением, постоянного ожидания повторения ситуации, настороженности и гипербдительности, связанных с изменившейся жизненной ситуацией, конфликтами с родственниками на предмет разграничения зон ответственности в осуществлении ухода за больным.

Иммобилизация как психических, так и физических возможностей лиц, ухаживающих за больным, перенесшим ОНМК, в поздний восстановительный и период отдаленных последствий инсульта проявляется в различных соматических и соматопсихических дисфункциях и является результатом переживаемого пролонгированного стресса высокой интенсивности, а также нерационального распределения обязанностей и неверно выбранной тактики в отношении ухода за больным.

Выводы: Таким образом, основными психологическими мишенями в работе с родственниками больных, перенесших инсульт, становятся: неполное понимание членами семьи особенностей личности и эмоционального состояния больного; недостаточная адаптация психоэмоционального состояния ухаживающих родственников к текущей ситуации; проблемы с эмоциональной саморегуляцией и выбором оптимальных адекватных поведенческих стратегий при взаимодействии с больным; коррекция межличностных, в том числе детско-родительских, отношений в связи с изменением внутрисемейной ситуации.

Список литературы:

1. Зверева З.Ф., Ванчакова Н.П. Психофизиологические, психологические и нейрофизиологические показатели у лиц с начальной стадией гипертонической болезни // Вестник СПбГУ. Сер. 11. 2013. Вып. 4, с.23-33;
Zvereva Z.F., Vanchakova N.P. Psihofiziologicheskie, psihologicheskie i nejrofiziologicheskie pokazateli u lic s nachalnoj stadije gipertonicheskoj bolezni // Vestnik SPbGU. Ser. 11. 2013. Vyp. 4, s.23-33;
2. Нейропсихологическая диагностика и нейропсихологическая реабилитация пациентов, находящихся в сниженных состояниях сознания после повреждения головного мозга. Клинические рекомендации. - М., 2014 // Под ред. Ахутиной Т.В., Микадзе Ю.В.;
Nejropsihologicheskaya diagnostika i nejropsihologicheskaya reabilitaciya pacientov, nahodyashihhsya v snizhennyh sostoyaniyah soznaniya posle povrezhdeniya golovnoego mozga. Klinicheskie rekomendacii. - M., 2014 // Pod red. Ahutinoj T.V., Mikadze Yu.V.;
3. Петрова Е.А., Савина М.А., Георгиевская Н.А., Шаклунова Н.В., Скворцова В.И. Постинсультные аффективные расстройства // Журнал неврологии и психиатрии, 10, 2011;
Petrova E.A., Savina M.A., Georgievskaya N.A., Shaklunova N.V., Skvorcova V.I. Postinsultnye affektivnye rasstrojstva // Zhurnal nevrologii i psichiatrii, 10, 2011;
4. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса: Теория и практика. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2009. – 304 с.;
Tarabrina N.V. Psihologiya posttravmaticheskogo stressa: Teoriya i praktika. – M.: Izd-vo «Institut psihologii RAN», 2009. – 304 s.;
5. Drozdova L.N., Shanina E.G., Mazaeva O.V. Depressivnye frustration and their correction beside patient, carry brain stroke, M:Medicina,2004, 121 s.;
6. International Classification of Functioning, Disability and Health, Short Version. World Health Organization, 2001;
7. Kubler-Ross E. On Death and Dying. N.Y.: Touchstone. 1969;

8. Kovalichuk B.B., Skoromec A.A., Vysockaya M.L. Postinsulitnaya depression. Rasprostranennosti, diagnostics and treatment. Journal «Nevr. and psih. im. Korsakova», 34,2006, S. 27-31;
9. Uzhegova I.V., Larikova T.I., Lukanin A.N. The Affected frustration after stroke: possibility treytman.S_P, 2001, 97 s.;
10. Weitzenkamp D.A., Gerhart K.A., Charlifue S.W., Whiteneck G.G., Savic J. (1997). Spouses of Spinal Cord Injury Survivors: The Added Impact of Caregiving. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 78:822-827;
11. William J. Worden «Grief Counseling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Professional» Springer Publishing Company

УДК 616-053.9: 616-06.

ОЦЕНКА СПОСОБНОСТИ К ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Кантемирова Р.К.^{1,2}, Фидарова З.Д.¹, Иштутина И.С.¹, Зальнова И.А.¹, Шоферова С.Д.¹,
Майорова О.В.¹.

¹ ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России

² Санкт-Петербургский государственный университет

Россия, Санкт-Петербург

EVALUATION OF ABILITY TO PSYCHOLOGICAL ADAPTATION IN PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME IN THE PROCESS OF REHABILITATION

Kantemirova R.K.^{1, 2}, Fidarova Z.D.¹, Ishutina I.S.¹, Zalnova I.A.¹, Shoferova S.D.¹, Mayorova O.V.¹.

¹ Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled n.a. G.A. Albrecht" of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation

Russia, St. Petersburg

² Saint Petersburg State University, St. Petersburg

Аннотация: при метаболическом синдроме в патологический процесс вовлекаются все органы и системы, поэтому необходим комплексный подход к обследованию пациентов [1,2]. Наличие метаболического синдрома (МС) оказывает влияние не только на физическое состояние человека, психологию его поведения, эмоциональные реакции, а также на роль в социальной жизни. Эмоциональное состояние и психологические проблемы, возникающие у этих пациентов, часто влияют на оценку качества жизни и удовлетворенность пациентов проводимой терапией [3].

Abstract: in metabolic syndrome, all organs and systems are involved in the pathological process, so an integrated approach to the examination of patients is necessary. The presence of metabolic syndrome (MS) affects not only the physical condition of a person, the psychology of his behavior, emotional reactions, as well as the role in social life. The emotional state and psychological problems that arise in these patients often affect the assessment of the quality of life and patient satisfaction with the therapy.

Ключевые слова: метаболический синдром, психологическая адаптация, реабилитация, ограничения жизнедеятельности.

Key words. metabolic syndrome, psychological adaptation, rehabilitation, life limitations.

Исследования по изучению вопросов психологических проблем при метаболическом синдроме (МС) и сахарном диабете как главном компоненте МС, доказывают преобладание фобий и панических атак, особенно при гипогликемических состояниях. В тяжелых случаях, наряду с соматовегетативными симптомами, больные испытывают страх смерти (витальная тревога), потери сознания, утраты контроля над своими действиями, неадекватного поведения [4,5,6]. Психоэмоциональные расстройства препятствуют реализации мер профилактики и лечения метаболических нарушений. Изучение данного вопроса особенно важно как в терапевтической, так и в гериатрической практике, когда присоединяются и возрастные расстройства [7,8]. Это

определило одну из задач настоящего исследования - изучение уровня психологического здоровья у пациентов при метаболическом синдроме.

Цель исследования: оценить ограничения жизнедеятельности при нарушении психических функций (памяти, внимания, мышления, нарушения эмоционально-волевой сферы), определяющих способность к психологической адаптации, а также социальные и профессиональные факторы в разных возрастных группах.

Материал и методы: обследовано 214 человек, из них 115 среднего возраста и 99 пожилого возраста. Уровень депрессии по шкале Бека у людей среднего возраста (СВ) при АГ составил $10,1 \pm 0,5$ балла, при АГ+ИБС – $12,4 \pm 0,7$ балла, при АГ+ИБС+СД – $18,0 \pm 1,3$ балла ($p < 0,05$ по сравнению с показателем у пациентов с АГ, АГ+ИБС). У людей (ПВ) при АГ уровень депрессии составил $11,2 \pm 0,6$ балла, при АГ+ИБС – $18,2 \pm 1,2$ балла ($p < 0,05$ по сравнению с показателем у людей СВ, при АГ+ИБС+СД – $26,3 \pm 1,5$ балла ($p < 0,05$ по сравнению с показателем у пациентов СВ и по сравнению с показателем у пациентов с АГ и АГ+ИБС). При нарастании тяжести метаболического синдрома (МС), осложнённого развитием сахарного диабета 2 типа (СД), в СВ уровень депрессии возрастал от субдепрессии до умеренной депрессии, а у ПВ – от субдепрессии до выраженной депрессии. Выявлена корреляционная связь нарушений базовых психических функций с наличием когнитивных расстройств ($r = 0,43$; $p < 0,01$), выраженностью степени тяжести СД ($r = 0,45$; $p < 0,01$), нарушениями ритма ($r = 0,64$; $p < 0,01$), изменением липидного обмена ($r = 0,42$; $p < 0,01$). Что касается когнитивного статуса, то следует отметить, что умеренные и выраженные когнитивные нарушения были отмечены в СВ у 37,5% пациентов с АГ, у 44,6% пациентов с АГ+ИБС, у 62,7% пациентов с АГ+ИБС+СД, в ПВ у 55,2% пациентов с АГ, у 58,9% пациентов с АГ+ИБС, у 78,3% пациентов с АГ+ИБС+СД, что подтверждает самостоятельную роль возрастного фактора ($r = 0,35$; $p < 0,05$) и наличия СД 2 типа в увеличении частоты и риска развития когнитивного дефицита ($r = 0,42$; $p < 0,05$). Существенным фактором для определения ограничений жизнедеятельности мышления, нарушения эмоционально-волевой сферы), определяющих способность к психологической адаптации. Состояние психических функций у инвалидов с МС, осложненным СД 2 типа. У обследованных больных с МС преобладали незначительные нарушения базовых психических функций. Однако следует учесть, что выраженные нарушения памяти имелись у 6 пациентов СВ и у 24 человек ПВ. Выраженные нарушения внимания и мышления выявлены у 1 пациента ПВ, в этой же группе динамика психической деятельности выражено нарушена у 2 человек. У 1 пациента СВ обнаружено нарушение эмоционально – волевой сферы. У обследованных пациентов с СД всех возрастов данные изменения, вероятно, связаны с наличием АГ и энцефалопатии. При проведении корреляционного анализа базовых психических функций выявлено, что, чем более выражена степень тяжести СД ($r_{xy} = 0,45$), энцефалопатия ($r_{xy} = 0,48$), изменен липидный обмен ($r_{xy} = 0,42$), имелись нарушения ритма ($r_{xy} = 0,64$), тем более нарушены базовые психические функции у больных с МС, осложнённым развитием СД 2 типа.

Таким образом, возраст при метаболическом синдроме, осложнённом развитием сахарного диабета 2 типа, являлся независимым фактором риска развития депрессии. Сахарный диабет 2 типа являлся независимым фактором риска развития депрессии, как в среднем, так и в пожилом возрасте, а ишемическая болезнь сердца имела самостоятельное значение в этом контексте только в пожилом возрасте.

Список литературы:

1. Кантемирова Р.К., Заболотных И.И., Ишутина И.С. Основы клинико-экспертной диагностики патологии внутренних органов. Методическое пособие.- СПб, Спецлит., 2017, - С. 106.
Kantemirova R.K., Zabolotnyh I.I., Ishutina I.S. Osnovy kliniko-ekspertnoj diagnostiki patologii vnutrennih organov. Metodicheskoe posobie.- SPB, Speclit., 2017, - S. 106.
2. Кантемирова Р.К., Ишутина И.С., Фидарова З.Д. Медико-социальная диагностика больных разных возрастных групп с метаболическим синдромом
3. //Современная модель инвалидности и реабилитации инвалидов» Материалы научно-практической конференции в рамках мероприятий государственной программы «Доступная среда» Санкт-Петербург.-2015, - С. 223-227.
Kantemirova R.K., Ishutina I.S., Fidarova Z.D. Mediko-socialnaya diagnostika bolnyh raznyh vozrastnyh grupp s metabolicheskim sindromom
//Sovremennaya model invalidnosti i rehabilitacii invalidov» Materialy nauchno-prakticheskoy konferencii v ramkah meropriyatij gosudarstvennoj programmy «Dostupnaya sreda» Sankt-Peterburg.-2015, - S. 223-227.

4. Ишутина И.С., Кантемирова Р.К., Фидарова З.Д., и др. Психометрическая оценка пациентов с метаболическим синдромом в возрастном аспекте // Ishutina I.S., Kantemirova R.K., Fidarova Z.D., i dr. Psihometricheskaya ocenka pacientov s metabolicheskim sindromom v vozrastnom aspekte //
5. Материалы V межрегиональной научно-практической конференции «Медицинские проблемы пожилых».- Йошкар-Ола, 2015. - С. 36.
Materialy V mezhregionalnoj nauchno-prakticheskoy konferencii «Medicinskie problemy pozhilyh».- Joshkar-Ola, 2015. - S. 36.
6. Shaban C. Psychological themes that influence self- management of type 1 diabetes. World J Diabetes, 2015; 6(4): С. 621 - 625.
7. Zellweger, M.J. Prognostic Significance of Silent Coronary Artery Disease in Type 2 Diabetes / M.J. Zellweger // Herz. – 2006. – Vol.31. – P.240-245.
8. Суркова Е.В. Клинические, психологические и психопатологические аспекты сахарного диабета //Автореферат дис. докт. мед. наук. – М., 2006, - С 25-28
Surkova E.V. Klinicheskie, psihologicheskie i psihopatologicheskie aspekty saharnogo diabeta //Avtoreferat dis. ... dokt. med.nauk. – М., 2006, - S 25-28
9. Кантемирова Р.К., Возраст ассоциированные клинические риски развития ограничений жизнедеятельности у пациентов с метаболическим синдромом/ Р.К. Кантемирова З.Д. Фидарова, И.С. Ишутина // Материалы международного форума «Старшее поколение».- СПб., 2017 – С.59-60.
Kantemirova R.K., Vozrast associirovannye klinicheskie riski razvitiya ogranichenij zhiznedeyatel'nosti u pacientov s metabolicheskim sindromom/ R.K. Kantemirova Z.D. Fidaova, I.S. Ishutina // Materialy mezhdunarodnogo foruma «Starshee pokolenie».- SPb., 2017 – S.59-60.
10. Ишутина И.С., Профилактика ограничений жизнедеятельности у пациентов пожилого возраста с метаболическим синдромом// Дис. канд. мед. наук: 14.01.30 –Самара., 2017 - С.138
Ishutina I.S., Profilaktika ogranichenij zhiznedeyatel'nosti u pacientov pozhilogo vozrasta s metabolicheskim sindromom// Dis. kand. med. nauk: 14.01.30 –Samara., 2017 - S.138

УДК 159.9.07.

ПСИХОДИНАМИЧЕСКИЙ И ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

Солецкий В. В.

ФГБУ «Сакский военный клинический санаторий им. Н.И. Пирогова» Министерства обороны
Российской Федерации
Россия, Саки

PSYCHODYNAMIC AND PHENOMENOLOGICAL APPROACH IN THE PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF DISABLED PEOPLE

Soletskiy V.V.

FSBI «Saki military clinical sanatorium them. N.I. Pirogov» of the Ministry of Defense of the Russian Federation

Russia, Saki

Аннотация: Заболевания и травмы периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата остаются в наше время частой причиной инвалидизации населения. Это влечёт за собой ряд проблем: физических, психологических и социальных. Актуальность статьи заключается в применении интегративного психологического подхода в реабилитации инвалидов. Предлагается метод психологической реабилитации инвалидов, дающий возможность нового взгляда на физическое ограничение. Рассматривается стратегия работы с психологическими первопричинами, влияющими на восприятие телесной травмы или функционального соматического нарушения. Описываемый подход даёт возможность работать с инвалидом как с любым другим контингентом пациентов.

В статье описывается подход в психологической реабилитации инвалидов, рассматривающий закономерности изменения мышления, сознания и личности инвалидов как в период непосредственно после травматизма, так и задолго до этого.

Предлагается критически рассмотреть источник страдания и собственно психологические факторы, мешающие нормальной жизнедеятельности. Подход рассматривает последствия физической травмы как одно из событий, обостряющих страдание от ранней психологической травмы.

Описана феноменология психологического страдания и возможных причин психологической дезадаптации. Кратко рассмотрено применение гипноанализа в целостном психодинамическом и феноменологическом подходе.

Предлагаемый подход позволяет рассматривать физическое ограничение не как центральное событие, занимающее основную часть сознания инвалида, а как некоторый аспект жизни. Это даёт возможность человеку принять ответственность за своё психоэмоциональное состояние, а значит жить более осмысленной жизнью, более рационально и не автоматически реагировать на жизненные трудности и продолжать развиваться как личность.

В статье не указываются формальные границы между психодинамическим и феноменологическим аспектами. Рассматриваются закономерности протекания психических процессов, что позволяет влиять на них и гармонизировать психоэмоциональное состояние инвалида.

Abstract. The article describes the approach in the psychological rehabilitation of disabled people, considering the patterns of change in thinking, consciousness and personality of disabled people both in the period immediately after the traumatism, and long before that.

It is proposed to critically examine the source of suffering and the psychological factors proper that interfere with normal life activity. The approach considers the consequences of physical trauma as one of the events aggravating the suffering from an early psychological trauma.

The phenomenology of psychological suffering and possible causes of psychological maladaptation is described. The application of hypnosis in a holistic psychodynamic and phenomenological approach is briefly considered.

The proposed approach allows us to consider physical restriction not as a central event occupying the main part of the disabled person's consciousness, but as some aspect of life. This allows a person to take responsibility for his psycho-emotional state, which means living a more meaningful life, more rational and not automatically respond to life's difficulties and continue to develop as a person.

The article does not specify the formal boundaries between psychodynamic and phenomenological aspects. The regularities of the course of mental processes are considered, which allows them to influence them and harmonize the psychoemotional state of the disabled person.

Ключевые слова: Психическая травма, психологическая дезадаптация, гипноанализ.

Key words. Mental trauma, psychological disadaptation, hypnosis.

Цель исследования

Отобразить качественное преобразование сознания инвалида и восприятия травмы, сопровождаемое эмоциональной гармонизацией, в результате проведения психологической реабилитации.

Материал и методы

В Центре медицинской реабилитации Сакского военного клинического санатория им. Н.И. Пирогова за 2017 год прошли реабилитацию 270 пациентов, имеющих физические ограничения. За первые 7 месяцев 2018 года прошли реабилитацию 220 инвалидов.

В исследовании приняли участие 34 пациента с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, периферической нервной системы и локальными поражениями соматомоторной области коры головного мозга, приведшими к инвалидизации. Среди них – 19 мужчин и 15 женщин, в возрасте от 20 до 49 лет, имеющие инвалидность не более 5 лет. Продолжительность их пребывания в санатории составляла от 21 до 42 дней.

Процесс психологической реабилитации в психодинамическом и феноменологическом подходе начинался с психодиагностики психоэмоционального состояния и уточнения глубинной сущности страдания пациента. В отличие от телесного страдания, которое в большинстве случаев достаточно наглядно для врача и для самого пациента, психологическое страдание гораздо труднее определить и локализовать. Ввиду того, что преобладающая доля психического материала человека находится в области бессознательного, пациент не только не мог полностью рассказать психологу о своём переживании, но и не способен был его полностью осознавать. Поэтому после предварительного анализа соматических симптомов и клинического интервью психологическая характеристика уточнялась при использовании специальных тестов (автоматизированный тест Люшера, опросник САН, рисуночные проективные тесты, опросник «Способы совладающего поведения» Лазаруса), а также анализа вектора локуса контроля.

Наблюдая с глубоко психологических позиций, мы рассматривали значительный разрыв между физическим увечьем и собственно психоэмоциональным страданием. Часто психологи и психотерапевты, не вникая значительно в глубинную суть страдания, принимают его как само собой разумеющуюся данность. Впоследствии это может вести к тому, что специалист по психологической реабилитации фактически работает с проблемой, которая имела бы первостепенную важность, если бы личность и жизненный опыт инвалида были бы идентичны личности и жизненному опыту психолога.

Проведенные беседы с инвалидами показали нам, что дальнейшее развитие страдания происходит из-за осознания невозможности реализовать желаемое либо необходимости выполнять нежелаемое. Сам этот факт является невротизирующим инвалида и достойным внимания психолога. Однако анализ материала, вскрываемого в ходе практической помощи, показал, что существуют глубинные психологические факторы, формирующие повышенную уязвимость к определённым жизненным трудностям. Практически всегда в ситуациях, где имела место значительная психологическая и социальная дезадаптация, физическая травма, а точнее – осознание её последствий, обостряла страдание, вызванное более ранней психологической травмой, которая, как правило, была вытеснена из сознания.

Психологическая дезадаптация вызывалась одной или несколькими из базовых негативных эмоций: гнев, страх, обида, вина, стыд, грусть и скука. Также к эмоциональному состоянию можно отнести чувство одиночества как отсутствия значимых отношений. Однако любая эмоция на определённом этапе развития личности и в определённой ситуации служит достижению позитивной цели, выполняет защитную функцию. На ранних этапах развития личности мгновенное эмоциональное реагирование бывает единственно возможным способом выхода из сложной ситуации.

При установлении соответствия между конкретной жалобой и характерной для неё эмоциональной реакцией, мы опирались на классификацию эмоций В. Штерна, где особое значение имеет *время*: жизнь человека протекает в настоящем, но включает и его *прошлое*, и *будущее*. В соответствии с этим чувства могут быть разделены на три группы:

1. *Чувства настоящего*, в которые входят: настроение, аффект, чувства, направляющие свою собственную активность, и эмоциональный фон переживаний.
2. *Чувства, направленные на будущее*. Таковыми являются потребность как чувство, предчувствие будущего, ожидание, страх, надежда.
3. *Чувства, направленные на прошлое*. Положительные: чувство близости (верность); отрицательные: грусть, печаль, чувство покинутости [2].

Конечно, для классификации более пригодным основанием является не время, а объективное обстоятельство, в связи с которым возникает чувство. Но в ходе работы, оказывалось, что жалобы пациента на чувства, заявляемое направление которых не соответствует данной классификации, чаще всего свидетельствовали о неосознании истинных причин страдания. Например, когда инвалид говорил о прошлом событии и отмечал тревогу, якобы связанную с ним.

Поскольку первичное событие или установка, создавшие повышенную эмоциональную уязвимость к определённым трудным ситуациям, были, как правило, закреплены на этапе формирования самосознания либо в состоянии изменённого сознания под влиянием особо сильных стимулов, то это событие или установка не осознаётся человеком. Поэтому мы работали именно с бессознательным материалом психики. Для этой цели использовались техники гипноанализа, интегрируемые в психодинамический и феноменологический подход. Гипнотическое состояние с внушённой возрастной регрессией до момента первичной психотравмы позволяло редактировать автоматически сформированные реакции. К примеру, ребёнок, оказавшийся в состоянии беспомощности, бессознательно закрепил реакцию в виде эмоции страха и инстинктивной телесной реакции замирания. Впоследствии после получения некоторой физической травмы, объективная возможность действовать может и остаться на определённом уровне, но субъективное ощущение беспомощности будет вызывать автоматические реакции.

Психологическая реабилитация проводилась на всех уровнях психотравмы: уровне телесных реакций, собственно эмоциональном уровне, уровне образных представлений и уровне мыслей и установок. Поскольку основа болезненных переживаний обычно амнезирована; а речь теснее всего связана с деятельностью сознания, тогда как телесные реакции в наименьшей степени доступны сознанию, то поиск первичной психотравмы прежде всего осуществлялся через телесные ощущения. Только потом опираясь на эмоции и образные представления, и только потом на мысли и установки пациента. Погружение в момент психотравмы, высвобождение застойной энергии инстинкта,

формирование новых благоприятных реакций, эмоций, образов и установок, в совокупности позволили в дальнейшем реагировать гораздо более рационально и осознанно.

Особое внимание было уделено телесным реакциям инвалидов, которые имели место до получения физического увечья, но после этого просто не могут быть выражены в теле. Мозг, не находя обратного сигнала от них, тем не менее оказывает влияние на сознание и образ мышления. Было произведено отреагирование телесной реакции в воображении во внушённом прошлом.

Феноменологический аспект психологической реабилитации подразумевал взаимодействие с психологом, направленное не на принудительные поведенческие изменения и какие-то компенсирующие развлекательные мероприятия, на которые охотно подталкивают инвалидов родственники и знакомые, а максимально возможную гармонизацию внутреннего состояния, изменяя воспринимающее и переживающее сознание, в том числе самосознание. Освобождение от автоматических реакций давало возможность инвалиду осознанно и осмысленно воспринимать свои физические ограничения.

Серьёзным препятствием, которое часто приходилось преодолевать в процессе реабилитации, было нежелание пациента принимать личную ответственность за своё психоэмоциональное состояние. Тревога – неизбежное состояние человека, сталкивающегося со своей свободой выборов и возможностей. Её полезная функция заключается не в предвосхищении обычных ситуативных опасностей, а в предвосхищении самой страшной опасности – опасности не быть, не воплотить свою экзистенцию. Однако каждый выбор означает отказ от каких-то других возможностей. Полнота осуществления возможностей человека всегда связана с отказом от части своих возможностей [3]. Восстанавливая умение пациента отказываться, неустанно стараясь при этом воплотить максимум возможностей, удавалось значительно повысить его социально-психологическую адаптивность. Важным моментом в ходе бесед было достижение согласия на принятие пациентом ответственности за своё восприятие действительности и выбор способов реагирования, а также принятие либо непринятие внешней помощи.

Результаты и обсуждение

Безусловно, невозможно в цифрах отобразить всё качественное изменение в сознании и самосознании пациента, проходящего психологическую реабилитацию. Был проведён анализ наиболее значимых психических факторов, обуславливающих возможность социальной интеграции инвалида и реализации жизненных планов.

Среди пациентов, принимавших участие в исследовании, по окончании реабилитации отметили значительное снижение дискомфортных и дезадаптивных эмоций: страха – 45% пациентов; гнева – 18%; стыда – 54%; обиды – 27%; грусти – 63%; вины – 12%.

У большинства пациентов отмечались изначально два и более разнородных дискомфортных чувства. Поэтому значительного улучшения в эмоциональном самочувствии достигли более 70% испытуемых.

Отсутствие изменений отмечено у 6% из числа пациентов, принявших участие в исследовании.

У 9% инвалидов отмечено возрастание агрессивности, но в то же время снижение депрессивных проявлений. Исходя из психоаналитической трактовки депрессии как подавленного гнева и учитывая большую ресурсность нового состояния, можно данный процесс рассматривать как положительную динамику.

В начале реабилитации анализ способов совладающего поведения инвалидов показал, что более 80% испытуемых имеют одну акцентированно выраженную стратегию совладания и слабо развитые остальные. После проведенной реабилитации у 69% отмечается нивелирование уровней различных способов совладания. Наиболее значимые показатели: выраженное снижение до адаптивного уровня по шкалам: «Бегство-избегание» у 63% инвалидов; «Дистанцирование» - 72%; «Положительная переоценка» - 57%.

К моменту окончания исследования почти у 90% пациентов наблюдается преимущественно внутренний локус контроля, что характеризует способность распоряжаться своей жизнью самостоятельно и признание этой способности. Некоторые из пациентов ещё до окончания периода реабилитации в санатории высказали свои новые идеи о дальнейшей социальной реабилитации.

Заключение

В статье сделана попытка максимально полного охвата сущности психологического страдания инвалидов и глубинных причин их психологической дезадаптации. В то же время вполне возможна интеграция дополнительных механизмов воздействия при психологической реабилитации.

Проведенный анализ показывает высокую эффективность описанного подхода в психологической реабилитации в условиях клинического санатория, а также в дальнейшей работе.

Список литературы:

1. Кинг М.Е., Цитренбаум Ч.М. Экзистенциальная гипнотерапия / Пер. с англ. С.К. Паракецова. — М.: Независимая фирма «Класс». (Библиотека психологии и психотерапии).
King M.E., Citrenbaum Ch.M. Ekzistencialnaya gipnoterapiya / Per. s angl. S.K. Parakecova. — М.: Nezavisimaya firma «Klass». (Biblioteka psihologii i psihoterapii).
2. Узнадзе Д.Н. Общая психология / Пер. с грузинского Е. Ш. Чомахидзе; Под ред. И.В. Имедадзе. — М.: Смысл; СПб.: Питер, 2004. — 413 с: ил. — (Серия «Живая классика»)
Uznadze D.N. Obshaya psihologiya / Per. s gruzinskogo E. Sh. Chomahidze; Pod red. I.V. Imedadze. — М.: Smysl; SPb.: Piter, 2004. — 413 s: il. — (Seriya «Zhivaya klassika»).
3. Холмогорова А.Б. Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра. — М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2011. 480 с.
Holmogorova A.B. Integrativnaya psihoterapiya rasstrojstv affektivnogo spektra. — М.: ID «MEDPRAKTIKA» -M», 2011. 480 s.

УДК 616.728-089.843-036.82.85-027.521

АКТУАЛЬНОСТЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ БАРЬЕРОВ ПРИ СОСТАВЛЕНИИ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОДНИМ И ДВУМЯ ИМПЛАНТИРОВАННЫМИ СУСТАВАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Разуванов А.И., Емельянцева Т.А., Шнигир А.А.

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации»

Республика Беларусь, Городище

THE RELEVANCE OF PSYCHOLOGICAL BARRIERS IN THE PREPARATION OF INDIVIDUAL REHABILITATION PROGRAMS IN PATIENTS WITH ONE AND TWO IMPLANTED JOINTS OF THE LOWER LIMBS

Razuvanau A.I., Yemelyantsava T.A., Shnihir A.A.

State institution «National Science and Practice Centre of Medical Assessment and Rehabilitation»

Belarus, Gorodische

Аннотация: В ходе исследования использован опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R) для оценки паттернов психопатологических симптомов у пациентов с имплантированными суставами нижних конечностей. По результатам исследования у пациентов выявлены достаточно низкие значения выраженности психопатологических признаков по шкалам SCL-90-R как в группе пациентов с одним, так и с двумя эндопротезами, достоверно не влияющих на клинико-трудоустройственный прогноз.

Abstract. In the course of the study, a psychopathological symptomatology (SCL-90-R) questionnaire was used to evaluate patterns of psychopathological symptoms in patients with implanted lower limb joints. According to the results of the study, patients showed quite low values of the severity of psychopathological signs on the SCL-90-R scales as in the group of patients with one and two endoprostheses that did not significantly affect the clinical and labor forecast.

Ключевые слова: имплантированные суставы нижних конечностей, симптоматический опросник SCL-90-R, индивидуальная программа реабилитации.

Key words. implanted joints of lower extremities, the symptom checklist-90-R, individual rehabilitation program.

Актуальность. Эндопротезирование крупных суставов нижних конечностей позволяет в значительной мере улучшить качество жизни пациента [1, 2], способствуя восстановлению опороспособности конечности, амплитуды движения и избавлению пациента от боли и хромоты. Несмотря на накопленный опыт и непрерывное совершенствование технологий эндопротезирования, отдаленные

положительные результаты отмечаются лишь у 76-89% оперированных пациентов [2, 3]. Современный уровень развития технологий в области травматологии и ортопедии предопределил появление пациентов с несколькими замененными суставами нижних конечностей. В литературных источниках не встречается сравнительных характеристик пациентов с одним и двумя замененными суставами. Данный аспект и лег в основу проведения данного исследования.

Цель исследования. Определить наличие различий в выраженности психологических барьеров между группами пациентов с одним и двумя имплантированными суставами нижних конечностей.

Материалы и методы. Во временном промежутке 2016-2017 гг. было обследовано 52 пациента с ИСНК. Данные пациенты проходили освидетельствование в УЗ «Медико-реабилитационная экспертная комиссия Минской области» и ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации». По данным экспертной документации возраст обследованных пациентов варьировал в пределах 34-60 лет ($49,5 \pm 1,3$ лет). После проведенного эндопротезирования пациенты находились в периоде от года до 8 лет, что в среднем составляло $3,21 \pm 1,9$ года. Выборка включала 32 (61,5%) мужчины и 20 (38,5%) женщин. Один замененный сустав имели 31 (59,6%) человек, два замененных сустава – 21 (40,4%) человек.

При условии информированного согласия с соблюдением принципов биоэтики и деонтологии нами было проведено психодиагностическое исследование пациентов с ИСНК путем анкетирования (The Symptom Checklist-90-R, далее – SCL-90-R). В исследовании оценивались результаты ответов по следующим шкалам: соматизация (Somatization, далее – SOM), депрессия (Depression, далее – DEP), психотизм (Psychoticism, далее – PSY), фобическая тревожность (Phobic Anxiety, далее – PHOB), паранойяльные симптомы (Paranoid Ideation, далее – PAR), межличностная сензитивность (Interpersonal Sensitivity, далее – INT), тревожность (Anxiety, далее – ANX), обсессивно-компульсивные расстройства (Obsessive-Compulsive, далее – O-C), враждебность (Hostility, далее – HOS). Анкеты отправлялись пациенту на домашний адрес в письменном виде. После обратного получения анкет производилась шифровка данных и их статистическая обработка. Для подтверждения гипотезы о наличии различий между количественными данными двух выборок использовали непараметрический двухвыборочный критерий Колмогорова-Смирнова (Kolmogorov-Smirnov two-sample test). Значимость различий двух независимых выборок определяли с помощью критерий Манна – Уитни (Mann – Whitney U – test) [4].

Статистический анализ полученных результатов был проведен с применением прикладного программного обеспечения Statistica.

Результаты. В ходе проведения оценки показателей по SCL-90-R были выявлены достаточно низкие значения по всем шкалам опросника как в группе пациентов, имеющих один замененный сустав, так и в группе обследованных с двумя имплантами (таблица 1). Наибольшее количество выраженных и резко выраженных значений нарушений в ответах отмечалось в шкалах соматизация (SOM), депрессия (DEP), психотизм (PSY). Так, в группе пациентов с одним замененным суставом выраженные значения по шкале соматизации (SOM) были отмечены в 32 ($8,6 \pm 1,5\%$) ответах, против 22 ($8,7 \pm 1,8\%$) ответов в группе пациентов с двумя имплантами. Количество резко выраженных ответов по этой же шкале составило 6 ($1,6 \pm 0,7\%$) и 4 ($1,6 \pm 0,8\%$) соответственно у пациентов с одним и двумя имплантированными суставами. По шкале депрессия (DEP) выраженные и резко выраженные значения ответов имели следующее распределение: в группе пациентов с одним эндопротезом соответственно – 14 ($3,5 \pm 0,9\%$) и 16 ($4,0 \pm 1,0\%$) ответов; в группе пациентов с двумя имплантами – 4 ($1,5 \pm 0,7\%$) как выраженных, так и резко выраженных значений ответов. В шкале психотизм (PSY) наблюдалась следующая ситуация: наибольшее количество ответов было определено на уровне «нет нарушений» как в группе с одним – 215 ($69,4 \pm 2,6\%$) ответов, так и в группе с двумя замененными суставами – 163 ($77,6 \pm 2,9\%$) ответа, выраженные значения ответов были определены в 6 ($1,9 \pm 0,8\%$) случаях и в 4 ($1,9 \pm 0,9\%$) случаях, соответственно у пациентов с одним и двумя замененными суставами. Резко выраженные значения ответов по шкале психотизм (PSY) отмечались лишь в группе пациентов с одним эндопротезом – 8 ($2,6 \pm 0,9\%$) (таблица 1).

Таблица 1 Результаты проведенного исследования в группах пациентов с одним и двумя имплантированными суставами нижних конечностей

Признак	Балл	Количество суставов				Достоверность различий
		1 имплантированный сустав (1)		2 имплантированных сустава (2)		
		n	p±m _p , %	n	p±m _p , %	
Соматизация (SOM)	0	137	36,8±2,5	97	38,5±3,1	P ₁₋₂ >0,05
	1	121	32,5±2,4	75	29,8±2,9	
	2	76	20,4±2,1	54	21,4±2,6	
	3	32	8,6±1,5	22	8,7±1,8	
	4	6	1,6±0,7	4	1,6±0,8	
Депрессия (DEP)	0	189	46,9±2,5	152	55,7±3,0	P ₁₋₂ >0,05
	1	131	32,5±2,3	74	27,1±2,7	
	2	53	13,2±1,7	39	14,3±2,1	
	3	14	3,5±0,9	4	1,5±0,7	
	4	16	4,0±1,0	4	1,5±0,7	
Психотизм (PSY)	0	215	69,4±2,6	163	77,6±2,9	P ₁₋₂ >0,05
	1	54	17,4±2,2	25	11,9±2,2	
	2	27	8,7±1,6	18	8,6±1,9	
	3	6	1,9±0,8	4	1,9±0,9	
	4	8	2,6±0,9	-	-	
Фобическая тревожность (PHOB)	0	149	68,7±3,1	105	71,4±3,7	P ₁₋₂ >0,05
	1	46	21,2±2,8	33	22,4±3,4	
	2	9	4,1±1,4	7	4,8±1,8	
	3	2	0,9±0,6	2	1,4±1,0	
	4	11	5,1±1,5	-	-	
Межличностная сензитивность (INT)	0	117	41,9±3,0	101	53,4±3,6	P ₁₋₂ >0,05
	1	110	39,4±2,9	50	26,5±3,2	
	2	42	15,1±2,1	32	16,9±2,7	
	3	5	1,8±0,8	6	3,2±1,3	
	4	5	1,8±0,8	-	-	
Паранойяльные симптомы (PAR)	0	100	53,8±3,7	73	57,9±4,4	P ₁₋₂ >0,05
	1	60	32,3±3,4	35	27,8±4,0	
	2	19	10,2±2,2	13	10,3±2,7	
	3	2	1,1±0,8	2	1,6±1,1	
	4	5	2,7±1,2	3	2,4±1,4	
Тревожность (ANX)	0	181	58,4±2,8	126	60,0±3,4	P ₁₋₂ >0,05
	1	101	32,6±2,7	61	29,0±3,1	
	2	18	5,8±1,3	20	9,5±2,0	
	3	5	1,6±0,7	3	1,4±0,8	
	4	5	1,6±0,7	-	-	
Обсессивно-компульсивный синдром (O-C)	0	174	56,1±2,8	121	57,6±3,4	P ₁₋₂ >0,05
	1	120	38,7±2,8	61	29,0±3,1	
	2	11	3,5±1,1	20	9,5±2,0	
	3	1	0,3±0,3	4	1,9±0,9	
	4	4	1,3±0,6	4	1,9±0,9	

Признак	Балл	Количество суставов				Достоверность различий
		1 имплантированный сустав (1)		2 имплантированных сустава (2)		
		n	$p \pm m_p, \%$	n	$p \pm m_p, \%$	
Враждебность (HOS)	0	121	65,1±3,5	88	69,8±4,1	P ₁₋₂ >0,05
	1	49	26,3±3,2	26	20,6±3,6	
	2	10	5,4±1,7	11	8,7±2,5	
	3	5	2,7±1,2	1	0,8±0,8	
	4	1	0,5±0,5	-	-	

Проведенное сравнение результатов SCL-90-R между группами пациентов с одним и двумя замененными суставами не выявило достоверно значимых различий (таблица 1, рисунок 1, 2, 3). Рассчитанный уровень значимости был выше 0,05, что подтверждало отсутствие различий между исследуемыми группами пациентов по психопатологическим признакам, входящим в методику SCL-90-R.

На представленных рисунках видно, что значения в ответах имели достаточно широкий диапазон, однако основная часть значений по шкале соматизации (SOM) находилось в пределах от без нарушений до умеренно выраженных изменений, по шкале депрессии (DEP) от без изменений до легких значений, а по шкале психотизм (PSY) в группе пациентов с одним эндопротезом диапазон располагался от без изменений до лёгких нарушений, а в группе пациентов с двумя замененными суставами находился в пределах без нарушений (рисунок 1, 2, 3).

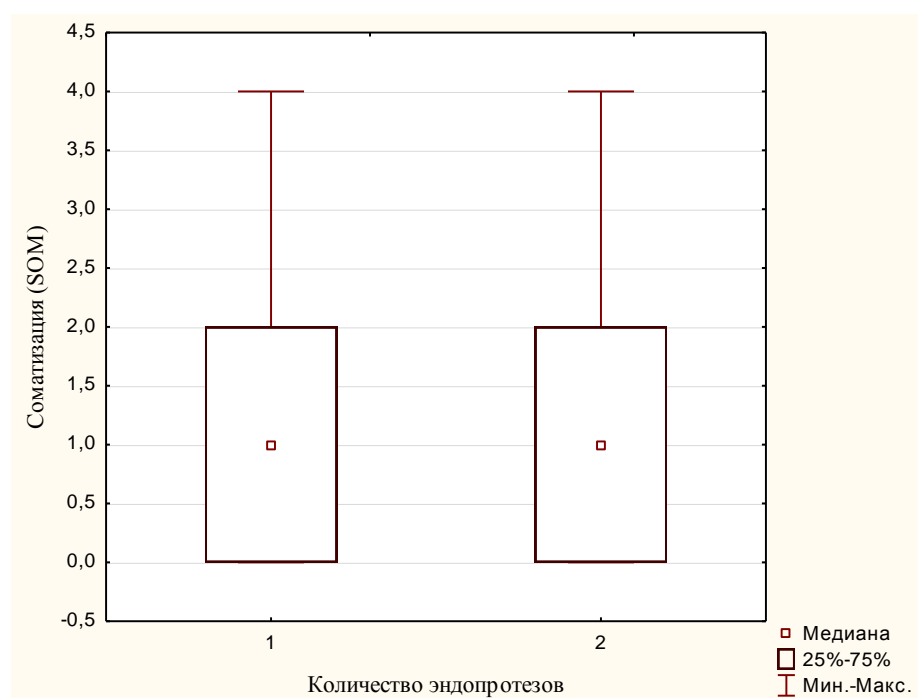


Рисунок 1 – Результаты сравнения переменной «Соматизация (SOM)» в группах с одним и двумя эндопротезами.

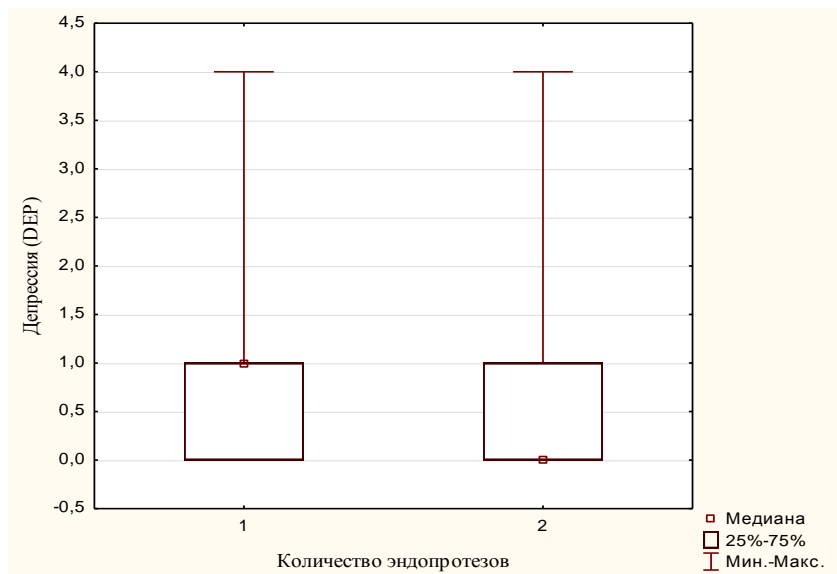


Рисунок 2 – Результаты сравнения переменной «Депрессия (DEP)» в группах с одним и двумя эндопротезами.

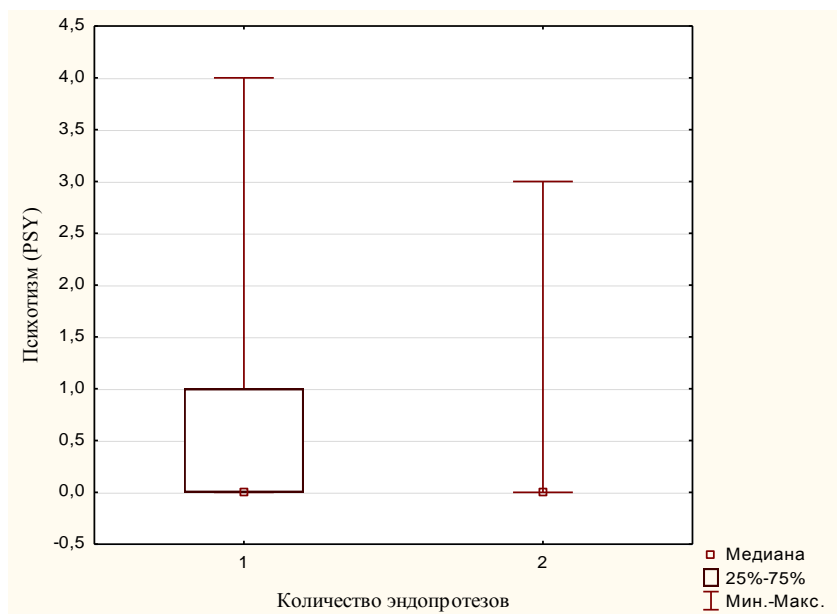


Рисунок 3 – Результаты сравнения переменной «Психотизм (PSY)» в группах с одним и двумя эндопротезами.

Выводы. По результатам проведенного тестирования в исследуемых группах отмечаются достаточно низкие значения психопатологических симптомов по опроснику SCL-90-R. Наибольшее количество выраженных и резко выраженных ответов определено по шкалам: соматизация (SOM), депрессия (DEP), психотизм (PSY).

Полученные результаты исследования не позволяют констатировать наличия достоверных различий в психопатологических составляющих теста SCL-90-R между группами пациентов с одним и двумя эндопротезами. Таким образом, можно заключить, что наличие у пациентов после имплантации суставов психологических особенностей не зависит от количества замененных суставов.

Полученные данные стоит учитывать при составлении индивидуальных программ реабилитации пациентов с имплантированными суставами нижних конечностей.

Список литературы:

1. Прохоренко В.М. Первичное и ревизионное эндопротезирование тазобедренного сустава. Нов Prohorenko V.M. Pervichnoe i revizionnoe endoprotezirovanie tazobedrennogo sustava. Novosibirsk: Klinika NIITO. 2007. 346 с. осибирск: Клиника НИИТО. 2007. 346 с.
2. Маслов А.П., Королько А.С., Соловей А.Н. Клинико-функциональные результаты бесцементного эндопротезирования у пациентов с различными заболеваниями тазобедренного сустава. Материалы 3 Евразийского конгресса ревматологов: г. Минск, 26-27 мая 2016 г. редкол.: М. М. Сачек [и др.]. Минск. 2016. С. 206-209.
Maslov A.P., Korolko A.S., Solovej A.N. Kliniko-funkcionalnye rezultaty bescementnogo endoprotezirovaniya u pacientov s razlichnymi zabolevaniami tazobedrennogo sustava Materialy 3 Evrazijskogo kongressa revmatologov: g. Minsk, 26-27 maya 2016 g. redkol.: M. M. Sachek [i dr.]. Minsk. 2016. S. 206-209.
3. Медведев Л.Ф. Медико-социальная экспертиза больных после тотального эндопротезирования тазобедренных суставов Л.Ф. Медведев Медико-социальная экспертиза и реабилитация: сб. науч. ст. междунар. науч.-практ. конф. «Актуальные проблемы медицинской экспертизы и реабилитации», Минск, 24 мая 2013 г. РНПЦ МЭ и Р; под ред. В.Б. Смычка. Минск. 2013. С. 83-86.
Medvedev L.F. Mediko-socialnaya ekspertiza bolnyh posle totalnogo endoprotezirovaniya tazobedrennyh sustavov L.F. Medvedev Mediko-socialnaya ekspertiza i rehabilitaciya: sb. nauch. st. mezhhdunar. nauch.-prakt. konf. «Aktualnye problemy medicinskoj ekspertizy i rehabilitacii», Minsk, 24 maya 2013 g. RNPC ME i R; pod red. V.B. Smychka. Minsk. 2013. S. 83-86.
4. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. М.: Медиасфера. 2002. 271 с.
Rebrova O.Yu. Statisticheskij analiz medicinskih dannyh. M.: Mediasfera. 2002. 271 s.

УДК 616-71

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ АПК «ШУФРИД» И ТРАДИЦИОННЫХ ПАТО/НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДИК В ФКУ «ГБ МСЭ ПО НОВГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ» МИНТРУДА РОССИИ

Терентьева С. М., Райкова Н.Ф.
ФКУ «ГБ МСЭ по Новгородской области» Минтруда России
Россия, Великий Новгород

A COMPARATIVE ANALYSIS OF THE APPLICATION OF THE APS «SCHUHFRIED» AND TRADITIONAL PATHO/NEUROPSYCHOLOGICAL METHODS IN FGI «CB MSE ON THE NOVGOROD AREA» OF MINTRUD OF RUSSIA

Terenteva S.M., Raykova N.F.
FGI «CB MSE on the Novgorod area» of Mintrud of Russia
Russia, Velikii Novgorod

Аннотация: В статье представлены сведения об анализах данных экспериментально-психологического обследования, полученных по традиционным пато/нейропсихологическим методикам и методикам аппаратно-программного диагностического комплекса «Шуффрид», применяемых в учреждениях медико-социальной экспертизы. Приведены результаты собственных исследований, свидетельствующие о высокой корреляции показателей обследований психической деятельности традиционных методик с методиками АПК «Шуффрид», доказывающие как жизнеспособность традиционных методик, так и возможность внедрения новых компьютерных методов.

Abstract. The article presents the information about the analysis of data of the experimental and psychological examination has been provided by traditional patho/neuropsychological methods and APS «SCHUHFRIED» methods being used in MSE. There have been given the results of personal investigations which have shown the high level correlation between data of traditional methods and APS «SCHUHFRIED» methods proving both the viability of the traditional methods and the opportunity of introduction of up-to-date computer methods.

Ключевые слова: инвалидность, экспериментально-психологическое обследование, АПК «Шуфрид», сравнительный анализ, результаты исследования.

Key words. disability; experimental and psychological examination; APS «SCHUHFRIED»; the comparative analysis; the results of investigation.

В медико-социальной экспертизе для целей оценки инвалидности и эффективной разработки ИПРА объектом изучения является ограничение жизнедеятельности человека, длительное время находящегося в ситуации «болезнь», «дефект», «инвалидность», имеющего нарушения здоровья. Выражается определением степени и стойкости нарушений на уровне функций и структур организма, активности индивида, его участия в социуме в сфере ориентации, общения, контроля за своим поведением, обучения, трудовой деятельности, самообслуживания, передвижения. В соответствии с приказом Министерства труда и социальной защиты РФ № 1024н от 17.12.2015 года «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» (далее - МСЭ), к одному из основных видов стойких расстройств функций организма человека относятся нарушения психических функций, включающие операциональные, нейродинамические, эмоционально-волевые, личностно-мотивационные компоненты. Оценка данного блока реализуется специалистами психологами МСЭ с использованием данных, имеющихся в предоставленной освидетельствуемой документации, данных, полученных в клинической беседе с ним, данных пато/нейропсихологического обследования и данных наблюдения на протяжении всего обследования. Психология в процесс экспертизы привнесла свою методологию и методы диагностики, чем повысила объективность экспертно-реабилитационно-абилитационной диагностики [5]. Патопсихологическая и нейропсихологическая диагностика осуществляется через применение традиционных методик, хорошо зарекомендовавших себя в пато/нейропсиходиагностике. В соответствии с «Концепцией совершенствования государственной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов», в последние годы пато-нейропсихологическая диагностика службы медико-социальной экспертизы обогатилась компьютерной диагностикой - аппаратно-программным диагностическим комплексом «Шуфрид» (далее - АПК «Шуфрид»), который как дополнительный метод рекомендован для пато/нейропсихологического обследования. Данный комплекс характеризуется наличием диагностических тестов, компьютерной обработкой и графическим изображением результата обследования. При определении типа нарушений психической деятельности, степени нарушений, выявлении сохранных компонентов психики, определении способности к обучению и трудовой деятельности, независимая от экспериментатора математико-статистическая компьютерная обработка и наличие графического изображения результата являются веским объективным доказательством определенного состояния психической деятельности. АПК «Шуфрид» состоит из трех блоков: «Vienna Test System» Версия 8.3.xx), (далее «VTS»), «Cogniplus», «Biofeedback 2000». Для пато-нейропсиходиагностики используется система «VTS», которая содержит тесты для исследования когнитивных психических процессов (восприятия, внимания, памяти, мышления, речи), высших корковых функций (счета, письма, праксиса, гнозиса), динамики психических процессов и сенсомоторных реакций (тугоподвижности, инертности, истощаемости, психомоторной деятельности), интеллекта. Система оснащена настройками со ссылкой на пол испытуемого, возраст, образовательный уровень, профессию, принадлежность к правшам, левшам или амбидекстрам. Для обследования эмоционально-волевой, личностно-мотивационной сфер «VTS» методов не содержит, поэтому используются традиционные проективные, шкальные, тестовые методики, психобиографический метод и метод наблюдения на протяжении экспериментально-психологического обследования (ЭПО).

За истекший год от общего количества граждан, направленных на ЭПО, на АПК «Шуфрид» обследовано 26,2% освидетельствуемых с различной нозологической принадлежностью, не имеющих противопоказаний к применению методов АПК «Шуфрид». Целью наших обследований являлось сравнение данных, полученных традиционными методами, с уточнением степени нарушений психических функций, типа нарушений. Для всех испытуемых, независимо от имеющегося заболевания, применялись следующие методы: для обследования рабочей памяти наряду с традиционной методикой «Десять слов» использовался тест «NBV». Для обследования функции внимания наряду с «Таблицей Шульте» использовался тест «LVT», для обследования мышления из традиционных методик использовались методики «Исключение предметов», «Сравнение понятий», «Простые аналогии», «Понимание пословиц и фраз», из АПК «Шуфрид» были взяты тесты «TOL», «INSSVR». Другие методы использовались выборочно. Например, при наличии тремора рук или

жалобах на тремор рук использовались методы «MLS», «2 HAND», при подозрении на ухудшение деятельности за счет эмоционального реагирования в стрессовой ситуации использовался метод «STROOP», для измерения реактивной устойчивости в стрессовой ситуации применялся тест «DT», интеллект исследовался методом «INSSVR». Сравнительный анализ результатов традиционных методик и тестов АПК «Шуфрид» выявил следующее. По результатам обследования рабочей памяти результаты по обеим методикам совпали у 81,6% испытуемых, у 18,3% результаты изменились: от умеренных по традиционной методике к легким по АПК «Шуфрид» у 4,9%; от легких по методике «10 слов» к нормативу по АПК «Шуфрид» у 6,6%; от норматива к легким у 4,9%; от норматива к умеренным у 1,9%. Сравнение с другими методиками выявило, что разница в сторону усиления у 6,8% испытуемых (по показателям «NBV») обнаруживалась у испытуемых с астеническими нарушениями. У остальных 11, 5% испытуемых показатель по АПК «Шуфрид» соответствовал показателю кратковременной фиксационной памяти, т.е. первой цифре в мнемограмме «10 слов» (при том, что показатель отсроченного воспроизведения по методике «10 слов» был ниже). Мы предполагаем, что на результат мнемограммы влияет гетерогенная интенференция: в ходе ЭПО после пятикратного запоминания и воспроизведения предъявленных слов испытуемые на протяжении 30-40 минут занимаются не мнестической деятельностью: выполняют задания, исследующие письмо, конструктивные навыки, логическое мышление и т.д. Таким образом, запоминание оказывается подверженным влиянию различных «помех», что затрудняет сохранение запомнившегося материала. Такие мнестические нарушения характерны для больных с дисэнцефальными поражениями мозга [4]. Из испытуемых, составляющих 11, 5% у 7,4% данные о дисэнцефальных нарушениях имелись в предоставленной документации; при сопоставлении с методиками, выявляющими истощаемость психической деятельности, у них была выявлена истощаемость функции внимания, что свидетельствовало об изменениях по астеническому типу. У оставшихся 4,1% данных о дисэнцефальных поражениях и изменений по астеническому типу не обнаруживалось. Но при обследовании личности у этих испытуемых был выявлен патопсихологический уровень реагирования в виде расстройств невротического круга, что могло повлиять на мнестическую деятельность, так как «на состояние мнестической деятельности оказывает эффективная захваченность больного, что приводит к недифференцированному восприятию и удержанию материала» [2].

Таким образом, обследуя объем рабочей памяти, обнаруживается достаточно высокая корреляция методики «10 слов» с тестом «NBV» АПК «Шуфрид». Можно сделать заключение, что при расхождении показателей необходимо анализировать данные, полученные по другим методикам и только после тщательного сопоставления полученных результатов сделать объективный вывод о наличии нарушений психической деятельности с определением типа нарушений или их отсутствии, или об обнаружении данных об установочном поведении освидетельствуемого лица.

Сравнительный анализ методики «таблицы Шульте» и теста «LVT» АПК «Шуфрид», направленных на обследование функции внимания выявил, что у 82,1% испытуемых степень нарушений функции внимания, одновременно восприятия или сохранности функций находилась в одинаковом диапазоне [3]. Но у 17,9% испытуемых показатели по «LVT» отличались от показателей по таблицам Шульте: у 7,7% от нормативных изменились до легких; у 5,1% при легких нарушениях по т. Шульте выявлено умеренное нарушение по «LVT»; еще у 5,1% при умеренных нарушениях по т. Шульте по «LVT» нарушения выраженной степени. Таким образом, можно сделать вывод, что методика «LVT» весьма пригодна для уточнения степени изменений по астеническому типу. Второй методикой, хорошо отражающей изменения по астеническому типу, является методика «STROOP». В условиях словесно-цветовой интерференции, требующей постоянного внимания, выявляется нарушение регуляции познавательной деятельности, что проявляется в затруднениях удержания инструкции, переключения с одного вида деятельности на другой.

Для обследования идеаторной сферы использовались традиционные методики «Исключение предметов», «Сравнение понятий», «Простые аналогии», «Понимание пословиц и фраз», из АПК «Шуфрид» были взяты тесты «TOL», «INSSVR». У 66,8% испытуемых показатели по традиционным методикам и методике «TOL» находились в одинаковом диапазоне. У 23,3% испытуемых нарушения легкой степени по традиционным методикам изменились на нормативные по «TOL»; у 6,6 % нарушения умеренной степени изменились на легкие; у 3,3% умеренные нарушения изменились на нормативные. Анализируя полученные данные, мы пришли к выводу, что при оценке мышления по традиционным методикам мы учитываем не только количественный показатель, но и качественный, который объясняет мыслительную деятельность в более широком диапазоне, чем методика «TOL». При выполнении заданий по традиционным методикам испытуемому задается вопрос «почему?» и только вербальное объяснение испытуемого раскрывает логику его суждений, обнаруживает

параметры мышления: категориальный, конкретно-ситуационный, дескриптивный, синкретический. Вторым параметром, не имеющим строгих количественных оценок, является обстоятельность, вязкость, торпидность, детализация, ригидность, аффективная насыщенность, резонерство, соскальзывания [1]. Через анализ этих параметров обнаруживается реабилитационно-абилитационно-прогностическая оценка мышления. Более точную количественную корреляцию с традиционными методиками дает методика «INSSV» (80%), но по сравнению со скрининговыми методиками данный метод занимает большее количество времени. Таким образом, мы пришли к выводу, что при необходимости уточнения степени нарушения мышления желательнее использовать методику «INSSVR». Однако, если по всем традиционным методикам обнаруживается использование латентных признаков, соскальзывания, то более пригодной является методика «TOL» (при интерпретации данных Протокола необходимо анализировать переменную «нестандартность логических решений» и «способность к планированию»).

Для исследования кинетического (динамического) праксиса применили методику «2HAND», «MLS». В отличие от «пробы Хеда», «графической пробы», «пробы кулак-ребро-ладонь» у компьютерных методов есть преимущества: в Протоколе обследования указывается степень темпа и точности сенсо-моторной координации. При интерпретации результатов по методике «2 HAND» обращается внимание на переменную «осложнение координации» - если показатель в диапазоне 0-1, при этом нарушений в идеаторной сфере не обнаружено (следовательно, понимание инструкций достаточное), то такой результат является неправдоподобным [3] и можно говорить о признаке установочного поведения. В целом при подозрении на установочное поведение обследование на АПК «Шуфрид» является необходимым т.к. фальсификация испытуемым своего результата невозможна. Обследование на АПК исключает какое-либо влияние экспериментатора на результат испытуемого. Кроме того, Протокол в печатном виде оформляется не только с количественными данными, но и с таблицами и графиками, отражающими качественный результат.

Подводя итог можно сказать, что высокая корреляция показателей обследований психической деятельности традиционных методик с методиками АПК «Шуфрид» доказывает как жизнеспособность традиционных методик, так и возможность внедрения новых компьютерных методов. С применением АПК «Шуфрид» в пато/нейропсиходиагностике получают данные, уточняющие степень нарушений, тип нарушений, стойкость (если пато/нейропсихологическое обследование повторное, то анализируется психическая деятельность в динамике), имеется возможность более точно исследовать сенсомоторные процессы, подтверждается или опровергается наличие установочного поведения. Компьютерная математико-статистическая обработка количественного и качественного результата исследования, отображенная в Протоколе исследования, является веским качественно-количественным доказательством психической деятельности освидетельствуемого. Обобщенный результат способствует объективизации клинико-экспертного решения, а при установлении группы инвалидности усовершенствует разработку ИПРА.

Список литературы:

1. Беломестнова Н. В. Клиническая диагностика интеллекта. Психометрическая и клинко-психологическая оценка уровня развития интеллекта в клинической и судебно-психологической экспертной практике. *Методическое пособие*. Санкт-Петербург: Речь. 2003. 128 с.
1. Belomestnova N. V. Klinicheskaya diagnostika intellekta. Psihometricheskaya i kliniko-psihologicheskaya ocenka urovnya razvitiya intellekta v klinicheskoy i sudebno-psihologicheskoy ekspertnoj praktike. *Metodicheskoe posobie*. Sankt-Peterburg: Rech. 2003. 128 s.
2. Левченко И.Ю. Патопсихология: Теория и практика. *Учебное пособие для студентов высших педагогических учебных заведений*. Москва: Издательский центр «Академия». 2000. 232 с.
2. Levchenko I.Yu. Patopsihologiya: Teoriya i praktika. *Uchebnoe posobie dlya studentov vysshih pedagogicheskikh uchebnyh zavedenij*. Moskva: Izdatelskij centr «Akademiya». 2000. 232 s.
3. SCHUHFRIED. Руководство по установке и эксплуатации. Переработанное издание. 2015.
3. SCHUHFRIED. Rukovodstvo po ustanovke i ekspluatacii. *Pererabotannoe izdanie*. 2015.
4. Современные технологии психологической экспертно-реабилитационной диагностики с учетом международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья. *Учебно-методическое пособие*. Москва: ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России. 2014.
4. Sovremennye tehnologii psihologicheskoy ekspertno-reabilitacionnoj diagnostiki s uchetom mezhdunarodnoj klassifikacii funkcionirovaniya, ogranicheniya zhiznedeyatel'nosti i zdorov'ya. *Uchebno-metodicheskoe posobie*. Moskva: FGBU FB MSE Mintruda Rossii. 2014.
5. Хомская Е.В. Нейропсихология. *Учебник для вузов. 4-е изд. (+CD)*. – Санкт-Петербург: Питер. 2017. 496с. (серия «Классический университетский учебник»).

Homskaya E.V. Nejropsihologiya. Uchebnik dlya vuzov. 4-e izd. (+SD). – Sankt-Peterburg: Piter. 2017. 496s. (seriya «Klassicheskij universitetskij uchebnik»).

6.Шабалина Н.Б., Морозова Е. В., Герсамия А.Г. Организационно-нормативная модель работы психолога в учреждении медико-социальной экспертизы. *Журнал «Медико-социальная экспертиза и реабилитация»*, №1, 2011.

Shabalina N.B., Morozova E. V., Gersamiya A.G. Organizacionno-normativnaya model raboty psihologa v uchrezhdenii mediko-socialnoj ekspertizy. *Zhurnal «Mediko-socialnaya ekspertiza i reabilitaciya»*, №1, 2011.

УДК 364.041.

СТРУКТУРА НАРУШЕНИЙ СПОСОБНОСТИ К САМООБСЛУЖИВАНИЮ У ПОЛУЧАТЕЛЕЙ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ В СТАЦИОНАРНОЙ ФОРМЕ

Р.А. Кондрахин, Н.В. Федоров, Д.Г. Дьячков, Н.Д. Вуичич, И.А. Орлова, А.Н. Федорович
Россия, Санкт-Петербург

STRUCTURE OF IMPAIRED ABILITY TO SELF-SERVICE OF THE RECIPIENTS OF SOCIAL SERVICES IN STATIONARY FORM IN THE NURSING HOME

R.A. Kondrakhin, N.V. Fedorov, D.G. Dyachkov, N.D. Vuichich, I.A. Orlova, A.N. Fedorovich
The nursing home № 2 of the ST. PetersburgSt.

Russia, St. Petersburg, Pushkin,

Аннотация: В статье представлен анализ данных способности к самообслуживанию получателей социальных услуг. Выявлено, что нарушения чаще выражены при выполнении сложных действий.

Abstract. The article presents data analysis of the ability to self-serve of recipients of social services. It has been revealed that impaired ability to self-service are more often encountered when performing complex actions.

Ключевые слова: социальные услуги, критерии оценки, способность к самообслуживанию
Key words. social services, evaluation criteria, ability to self-service.

Основной целью деятельности стационарных социальных учреждений является социальное обслуживание граждан, частично или полностью утративших способность к самообслуживанию, в том числе мероприятия по социальной реабилитации с целью восстановления или компенсации утраченных или нарушенных способностей к бытовой, социальной и профессиональной деятельности, повышению коммуникативного потенциала. В соответствии со статьей 15 Федерального закона от 28.12.2013 N 442-ФЗ "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации" одним из критериев оценки нуждаемости граждан в социальном обслуживании является «полная или частичная утрата способности либо возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обеспечивать основные жизненные потребности в силу заболевания, травмы, возраста или наличия инвалидности». Таким образом, объективная оценка неспособности к самообслуживанию и полноценного функционирования индивидуумов без посторонней помощи являются необходимым условием для признания человека нуждающимся в социальном обслуживании, в том числе и в стационарной форме. Кроме того, всесторонняя и максимально объективная оценка будет способствовать оптимизации мероприятий медицинской и социальной реабилитации, увеличению качества жизни нуждающихся в помощи и оптимизации использования кадровых и экономических ресурсов.

Целью работы явилось изучение способности к самообслуживанию и виды ее нарушений у получателей социальных услуг в стационарной форме в СПб ГБУ СО «ДИПИ № 2». Способность к самообслуживанию оценивалась при помощи шкалы оценки возможности выполнения элементарной деятельности (шкала Бартела) и шкалы оценки возможности выполнения сложных действий (шкала Лаутона). Нарушения способности к самообслуживанию определялись при снижении общего количества баллов менее 100 по шкале Бартела и/или менее 27 по шкале Лаутона.

Всего было обследовано 87 человек в возрасте от 48 до 99 лет, из них женщин – 63, мужчин – 24 (72,4 % и 27,6 % соответственно). Возраст (медиана и интерквартильный размах) получателей социальных услуг составил 82 (от 77 до 85) года.

Нарушения способности к самообслуживанию по шкале Бартела были выявлены у 56,3 % получателей социальных услуг. Значения индекса Бартела (медиана) составили 95

(интерквартильный размах от 60 до 100) баллов. Распределение получателей услуг по степени зависимости от посторонней помощи представлено в таблице 1.

Табл.1. Распределение по степени зависимости от посторонней помощи

	Индекс Бартела	Количество человек	%
Полная зависимость	0-21	6	6,90
Выраженная зависимость	22-60	17	19,54
Умеренная зависимость	61-90	15	17,24
Легкая зависимость	91-99	11	12,64
Отсутствие зависимости	100	38	43,68

Табл. 2 Нарушения элементарных действий

Критерий	Характеристика	Количество человек	
		Абс.	%
1. Прием пищи	Питаются самостоятельно, пользуются посудой, столовыми и бытовыми приборами	80	88,5
	Нуждаются в частичной посторонней помощи, например, при разрезании продуктов	6	6,9
	Полностью нуждаются в помощи	1	1,1
2. Личная гигиена (умывание, чистка зубов, бритье)	Не нуждаются в помощи	77	88,5
	Нуждаются в помощи	10	11,5
3. Одевание	Одеваются (и обувается) самостоятельно	68	78,2
	Одеваются не вполне самостоятельно	14	16,1
	Самостоятельно не одеваются	5	5,7
4. Купание	Принимают ванну или душ без посторонней помощи	51	58,6
	Могут принимать ванну или душ с посторонней помощью	36	41,4
5. Контроль тазовых функций	Не нуждаются в помощи	87	71,3
	Частично нуждаются в помощи (свечи, катетер, клизмы)	25	20,7
	Постоянно нуждаются в помощи	7	8,0
6. Посещение туалета	Не нуждаются в помощи	63	72,4
	Частично нуждаются в помощи	15	17,3
	Нуждаются в использовании судна, утки	9	10,3
7. Вставание с постели	Не нуждаются в помощи	52	59,8
	Нуждаются в наблюдении или минимальной поддержке	24	27,6
	Нужна существенная поддержка	8	9,2
	Не способны встать с постели с посторонней помощью	3	3,4
8. Передвижение	Может передвигаться на расстояния до 50 м	53	60,9
	Может передвигаться с посторонней помощью до 50 м	15	17,2
	Могут передвигаться с помощью инвалидной коляски	11	12,7
	Не способны к передвижению	8	9,2
9. Подъем по лестнице	Не нуждаются в помощи	48	55,2
	Нуждаются в наблюдении или поддержке	15	17,2
	Не способны пониматься по лестнице с поддержкой	24	27,6

Наиболее частые затруднения при выполнении элементарных действий вызывает подъем по лестнице (у 39 человек, 44 %), подъем с постели (35 человек, 40,2%).

По шкале Лаутона нарушения были выявлены у всех обследованных, мода составила 26 баллов, интерквартильный размах от 15 до 26, медиана 21 балл.

Табл. 3. – Затруднения получателей социальных услуг

	Способны		С частичной помощью		Не способны	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Пользование телефоном	73	84	13	15	1	1
Посещение незнакомых мест	29	33	31	36	27	31
Походы в магазин	39	45	16	18	32	37
Приготовление еды	33	38	17	20	37	43
Работа по дому	23	26	37	43	27	31
Мелкая «женская» / «мужская» работа	42	48	22	25	23	26
Стирка	25	29	34	39	28	32
Прием лекарств	48	55	16	18	23	26
Пользование деньгами	69	79	7	8	11	13

Наибольшие затруднения для получателей социальных услуг представляет необходимость в посещении мест вне привычных дистанций ходьбы (58 человек, 67 %), приготовление еды (54 человека, 63%), работа по дому (64 человека, 74%), стирка белья (62 человека, 71 %). Наименьшие – пользование телефоном (способны 73 человека или 84 %), способность распоряжаться своими деньгами (69 человек, 79 %).

Выводы:

1. Среди получателей социальных услуг в стационарной форме в СПб ГБУ СО «ДИПИ № 2» преобладают нарушения возможности выполнения сложных действий
2. Изолированное применение опросника Бартела для оценки нуждаемости в посторонней помощи не позволяет объективно оценить индивидуальную потребность в социальной помощи. Целесообразно комплексное использование опросников для определения нуждаемости.
3. Необходимо проведение дальнейших исследований, направленных на разработку методик оценки индивидуальной нуждаемости в социальном обслуживании.
4. Целесообразно дополнить комплексную оценку нуждаемости в социальной помощи методиками оценки когнитивной, эмоционально-волевой сферы, что позволит точнее оценивать реабилитационный потенциал, в том числе и трудовой деятельности, у получателей социальных услуг.

Список литературы:

1. Карта пациента «Комплексная гериатрическая оценка» // сайт РГНКЦ [Электронный ресурс]. Систем. требования: AcrobatReader. URL http://rgnkc.ru/images/metod_materials/Pacient_card.pdf.
Карта пациента «Комплексная гериатрическая оценка» // сайт РГНКЦ [Электронный ресурс]. Систем. требования: AcrobatReader. URL http://rgnkc.ru/images/metod_materials/Pacient_card.pdf.
2. Mahoney F. Barthel D (1965). «Functional evaluation: the Barthel Index». Md Med J. 14: 61–65.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПОСЛЕ ШУНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Полонская И. И., Сергеева В. В.

Кафедра терапии, медико-социальной экспертизы и реабилитации №2, ФГБУ ДПО СПбИУВЭК Минтруда России

Россия, Санкт-Петербург

THE QUALITY OF LIFE AS AN INDICATOR OF THE EFFICIENCY OF REHABILITATION WITH CORONARY HEART DISEASE AND CORONARY ARTERY BYPASS GRAFTING

Polonskaya I. I., Sergeeva V. V.

Department of therapy, medical and social expertise and rehabilitation №2, Saint-Petersburg Institute for Advanced Medical Experts of the Ministry of Labor of the Russian Federation

Russia, St.Petersburg

Аннотация: Ишемическая болезнь сердца занимает ведущее место среди болезней органов кровообращения. Одним из показателей эффективности лечения является оценка показателей качества жизни, а не только динамика клинических, лабораторных и инструментальных показателей. Параметры качества жизни могут служить дополнительными критериями при оценке реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза больных ишемической болезнью сердца после кардиохирургического лечения.

Abstract. Coronary heart disease (CHD) occupies a leading place among diseases of the circulatory system. One of the indicators of the effectiveness of treatment is the evaluation of quality of life indicators, and not only the dynamics of clinical, laboratory and instrumental indicators. Parameters of quality of life can serve as additional criteria for evaluating the rehabilitation potential and rehabilitation prognosis of patients with coronary heart disease after cardiac surgery.

Ключевые слова: Ишемическая болезнь сердца, реваскуляризация миокарда, реабилитация, реабилитационный потенциал, качество жизни.

Key words. ischemic heart disease, myocardial revascularization, rehabilitation, rehabilitation potential, quality of life.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) занимает ведущее место среди болезней органов кровообращения. Хирургическая реваскуляризация при ишемической болезни сердца представляет одно из самых значительных достижений современной медицины [1]. К наиболее распространённым методам реваскуляризации миокарда относятся: коронарное шунтирование (КШ) и эндоваскулярные методы [2]. Несмотря на то, что КШ и чрескожное коронарное вмешательство у большинства больных ИБС приводит к явному улучшению их психосоматического здоровья, социальная значимость операции, остаётся пока недостаточно высокой, поскольку сохраняется значительный процент лиц, имеющих инвалидность и низкую потребность в труде [3].

Правильная оценка трудовых возможностей у больных ИБС, подвергшихся хирургическому лечению, способствует сохранению эффекта операции, а также наиболее благоприятному проведению этапа социально-трудовой реабилитации, что, в свою очередь, позволяет вернуть к общественно-полезной деятельности большое число квалифицированных специалистов [4].

Оценку эффективности лечебных мероприятий у больных с ИБС не следует ограничивать традиционными биомедицинским показателями. Это оценка также должна включать характеристику социо-медицинского статуса, как дополнительную информацию о пациенте: активность в повседневной жизни, работоспособность, способность выполнять социальную роль, интеллектуальную способность, эмоциональную удовлетворённость, то есть качество жизни в целом.

В настоящее время существует множество данных свидетельствующих о том, что качество жизни (КЖ) может рассматриваться как важный показатель состояния больного, а его динамика в ходе лечения и реабилитации может иметь большое значение, наравне с обычно оцениваемыми клиническими параметрами и может дополнять объективную клиническую картину [5].

Понятие «качество жизни, связанное со здоровьем» было введено в реабилитологию для комплексной оценки состояния больного на разных этапах лечения и реализации реабилитационных и профилактических мероприятий. Во многих научных исследованиях показано, что в результате

заболевания возникают различного уровня нарушения жизнедеятельности. Такие как: непосредственно соматическое страдание, вызванное болезнью (соматический уровень), утрата способности осуществлять повседневную деятельность в привычном стиле (поведенческий уровень), а также развивающиеся вследствие заболевания социальные и ролевые ограничения (социальный уровень) и психологические нарушения (психологический уровень).

Качество жизни – это понятие, которое охватывает такие стороны жизни человека, как здоровье, условия жизни, профессиональную деятельность, учёбу, бытовую деятельность. На качество жизни оказывает влияние имеющееся заболевание, то есть его симптомы, имеющиеся функциональные ограничения, проводимое лечение, то есть то, как болезнь ограничивает жизнь человека [6, 7].

Ишемическая болезнь сердца приводит к изменению КЖ. Человек вынужден избегать психоэмоционального напряжения, ограничивать физические нагрузки, лечиться. Больному приходится изменить образ жизни, отказаться от курения, ограничивать себя в питании. Стрессом является сам факт операции на сердце и приводит к необходимости дополнительного медикаментозного лечения [8, 9].

В ряде исследований отмечается улучшение практически всех показателей КЖ больных ИБС после КШ по сравнению с до операционными. Для оценки КЖ можно использовать опросник SF-36 [8]. Предикторами улучшения данного показателя являются устранение стенокардии, уменьшение проявлений хронической сердечной недостаточности, молодой возраст пациента. В ряде исследований показано, что через год после хирургической реваскуляризации миокарда качество жизни у больных с ИБС практически приближается к «полному» здоровью, улучшается физический и психический компоненты качества жизни больных ИБС с множественным поражением коронарных артерий, а также ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием. Показатель интенсивности боли через год после АКШ значительно улучшается, также как общее социальное здоровье и жизненная активность.

Исследование качества жизни в течении всех этапов реабилитации позволяет осуществлять мониторинг течения болезни, проводить коррекцию восстановительных мероприятий и может использоваться как критерий эффективности реабилитационных мероприятий [9].

Таким образом, изучение качества жизни у больных ИБС после АКШ представляет большой научный и практический интерес для оценки эффективности проводимых диагностических, лечебных, профилактических и реабилитационных мероприятий, а также для определения реабилитационного прогноза и реабилитационного потенциала.

Цель исследования. Анализ показателя качества жизни больных ИБС после шунтирования коронарных артерий (КШ) по данным опросник SF-36.

Материалы и методы. При освидетельствовании в бюро МСЭ г. С-Петербурга было проведено исследование состояния здоровья 150 больных ИБС после КШ. Из них 89,0% мужчин и 11,0% женщины. В исследуемой группе, до проведения КШ, не имели в анамнезе инфаркта миокарда (ИМ) 19,3% обследованных, 69,3% перенесли ранее один ИМ, 11,3% -два и более ИМ. Пароксизмы фибрилляции предсердий (ФП), за период наблюдения, выявлялись у 15,7% пациентов, а 3,6% больных имели постоянную форму ФП.

Результаты. При анализе качества жизни на основе опросника MOS SF-36 выявлены наименьшие средние значения по шкале ролевого функционирования физический компонент, которое составило $18,17 \pm 2,56$. При этом минимальное значение данного показателя соответствует нулю, а максимальное 100,0. Среднее значение показателя по шкале ролевого функционирования эмоциональный компонент несколько выше и составило $32,45 \pm 3,20$. Значения по шкале общее состояние здоровья, социальное функционирование, интенсивность боли, жизненная активность составили от 40,31 до 45,51. Более высокие показатели качества жизни выявлены по шкале физическое функционирование и психическое здоровье, составляют соответственно $52,36 \pm 1,70$ и $53,28 \pm 1,50$.

Выводы. Параметры качества жизни могут служить дополнительными критериями при оценке реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза больных ишемической болезнью сердца после кардиохирургического лечения. Наилучшие показатели качества жизни больных ИБС после КШ на основе опросника SF-36 выявлены по шкале физическое функционирование и психическое здоровье.

Список литературы:

1. Раков, А.Л. Руководство по медицинской реабилитации больных ишемической болезнью сердца, перенесших операцию аортокоронарного шунтирования. /А.Л. Раков.- М.: МЗ-Пресс, 2001.- 88с.
Rakov, A.L. Rukovodstvo po medicinskoj reabilitacii bolnyh ishemicheskoj boleznyu serdca, perenessih operaciyu aortokoronarnogo shuntirovaniya. /A.L. Rakov.- M.: MZ-Press, 2001.- 88s.
2. Сергеева, В.В. Современные хирургические методы лечения больных ишемической болезнью сердца (учебно-методическое пособие)/ В.В. Сергеева, А.К. Нургазизова.-СПб,- СПбИУВЭК.- 2014.- 38с.
Sergeeva, V.V. Sovremennye hirurgicheskie metody lecheniya bolnyh ishemicheskoj boleznyu serdca (uchebno-metodicheskoe posobie)/ V.V. Sergeeva, A.K. Nurgazizova.-SPb,- SPbIUVEK.- 2014.-38s.
3. Замотаев, Ю.Н. Клинико-функциональные и психологические характеристики больных после аортокоронарного шунтирования на этапах реабилитации / Ю.Н.Замотаев [и др.]// Клини. мед.- 1998.- Т. 76, № 2.- С. 25-28.
Zamotaev, Yu.N. Kliniko-funkcionalnye i psihologicheskie harakteristiki bolnyh после aortokoronarnogo shuntirovaniya na etapah reabilitacii / Yu.N.Zamotaev [i dr.]// Klin. med.- 1998.-Т. 76, № 2.- С. 25-28.
4. Болдуева, С.А. Врачебно-трудовая экспертиза и показания рациональному трудовому устройству инвалидов, вследствие ишемической болезни сердца подвергшихся реваскуляризации миокарда: методические рекомендации для врачей ВТЭК /С.А. Болдуева, Л.П. Ермилов, Э.И. Танюхин.-Лен-д: ЛИЭТИН, 1982.- 23с.
Boldueva, S.A. Vrachebno-trudovaya ekspertiza i pokazaniya racionalnomu trudovomu ustrojstvu invalidov, vsledstvie ishemicheskoj bolezni serdca podvergshihsva revaskulyarizacii miokarda: metodicheskie rekomendacii dlya vrachej VTEK /S.A. Boldueva, L.P. Ermilov, E.I. Tanyuhin.-Len-d: LIETIN, 1982.- 23s.
5. Балева, Е. С. Оценка качества жизни в ракурсе оптимизации медико-социальной реабилитации больных ишемической болезнью сердца автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук специальность 14.02.05 <Социология медицины> / Балева Екатерина Сергеевна; [Волгоградский государственный медицинский университет]. - Волгоград, 2015. - 25 с. ил. ; 21 см. - Библиогр.: с. 23-25 (22 назв.)
Baleva, E. S. Ocenka kachestva zhizni v rakurse optimizacii mediko-socialnoj reabilitacii bolnyh ishemicheskoj boleznyu serdca avtoreferat dissertacii na soiskanie uchenoj stepeni kandidata medicinskih nauk specialnost 14.02.05 <Sociologiya mediciny> / Baleva Ekaterina Sergeevna; [Volgogradskij gosudarstvennyj medicinskij universitet]. - Volgograd, 2015. - 25 s. il. ; 21 sm. - Bibliogr.: s. 23-25 (22 nazv.)
6. Печорина Е. А. Оценка качества жизни у больных ишемической болезнью сердца со стабильной стенокардией напряжения Автореф. дис. на соиск. учен. степ. к.м.н. Спец. 14.00.06 / Печорина Е.А.; [Моск. Мед. Акад. им. И.М. Сеченова]. - М, 2001. - 24 с. ил. ; 21 см. - Библиогр.: с. 24 (4 назв.)
Pechorina E. A. Ocenka kachestva zhizni u bolnyh ishemicheskoj boleznyu serdca so stabilnoj stenokardiej napryazheniya Avtoref. dis. na soisk. uchen. step. k.m.n. Spec. 14.00.06 / Pechorina E.A.; [Mosk. Med. Akad. im. I.M. Sechenova]. - M, 2001. - 24 s. il. ; 21 sm. - Bibliogr.: s. 24 (4 nazv.)
7. Белов В. Н., Методология оценки, динамика и прогностическое значение качества жизни кардиохирургических больных автореф. дис. на соиск. учен. степ. д-ра мед. наук специальность 05.13.01 <Систем. анализ, упр. и обраб. информ.> / Белов Владислав Николаевич; [Воронеж. гос. мед. акад. им. Н. Н. Бурденко Росздрава]. - Воронеж, 2009. - 43 с. ил. ; 21 см. - Библиогр.: с. 39-43 (47 назв.)
Belov V. N., Metodologiya ocenki, dinamika i prognosticheskoe znachenie kachestva zhizni kardiohirurgicheskikh bolnyh avtoref. dis. na soisk. uchen. step. d-ra med. nauk specialnost 05.13.01 <Sistem. analiz, upr. i obrab. inform.> / Belov Vladislav Nikolaevich; [Voronezh. gos. med. akad. im. N. N. Burdenko Roszdrava]. - Voronezh, 2009. - 43 s. il. ; 21 sm. - Bibliogr.: s. 39-43 (47 nazv.)
8. Нерсесьянц Л. Г., Сравнительная оценка качества жизни у больных ИБС с множественным поражением коронарных артерий после стентирования и хирургической реваскуляризации автореф. дис. на соиск. учен. степ. к. м. н. специальность 14.01.05 <Кардиология> / Нерсесьянц Людмила Григорьевна; [НЦ сердеч.-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева РАМН]. - Москва, 2011. - 23 с. ил. ; 21 см. - Библиогр.: с. 22-23 (6 назв.)
Nersesyanc L. G., Sravnitel'naya ocenka kachestva zhizni u bolnyh IBS s mnozhestvennym porazheniem koronarnyh arterij после stentirovaniya i hirurgicheskoj revaskulyarizacii avtoref. dis. na soisk. uchen. step. k. m. n. specialnost 14.01.05 <Kardiologiya> / Nersesyanc Lyudmila Grigorevna; [NC serdech.-sosudistoj hirurgii im. A. N. Bakuleva RAMN]. - Moskva, 2011. - 23 s. il. ; 21 sm. - Bibliogr.: s. 22-23 (6 nazv.)

9. Осипов Д.А. Объективизация оценки качества жизни больных ишемической болезнью сердца // Саратовский научно-медицинский журнал.-2010.-№3.-С.23-34.
Osipov D.A. Obektivizaciya ocenki kachestva zhizni bolnyh ishemicheskoy boleznyu serdca // Saratovskij nauchno-medicinskij zhurnal.-2010.-№3.-S.23-34.

УДК - 159.99.

СОЦИАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА «СИНДРОМА ВЫГОРАНИЯ» У СОЦИАЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ

Катаева Е. А., Джуринская Л. Ф.

Санкт-Петербургский государственный экономический университет

Россия, Санкт-Петербург

SOCIAL PREVENTION OF "BURNOUT SYNDROME" IN SOCIAL WORKERS

Kataeva E. A., Dzhurinskaya L. F.

St. Petersburg state University of Economics

Russia, St. Petersburg

Аннотация: В статье раскрывается актуальная проблема современности – эмоциональное выгорание. Постоянный контакт с людьми, в особенности, с людьми с ограниченными возможностями является одним из факторов эмоционального выгорания у социальных работников. В статье раскрыта суть социальной профилактики и ее эффективность в борьбе с эмоциональным выгоранием.

Abstract. The article reveals the actual problem of modernity - emotional burnout. Constant contact with people, especially with people with disabilities, is one of the factors of emotional burnout among social workers. The article reveals the essence of social prevention and its effectiveness in the fight against emotional burnout.

Ключевые слова: эмоциональное выгорание, социальная работа, социальная профилактика, психологическое здоровье, стресс.

Key words. emotional burnout, social work, social prevention, mental health, stress.

Впервые термин «эмоциональное выгорание» был предложен в 1974 году американским психиатром Гербертом Фрейденбергом, в ходе его исследований, проводимых на базе психиатрических клиник [1].

Однако этот синдром был открыт еще в начале 1950-ых годов, и долгий период рассматривался как неисследованная форма вирусной инфекции. Но уже в семидесятые-восьмидесятые годы двадцатого века некоторые медики заметили, что большинство носителей данной «вирусной инфекции» относилось к так называемым «белым воротничкам», работа которых была связана с умственным трудом, с хранением, использованием и обработкой большого количества информации. Отсюда этот синдром также имеет наименование «синдром белого воротничка».

Актуальность этой темы заключена в том, что на сегодняшний день такая проблема как эмоциональное выгорание приобретает все большие размеры. Это не просто усталость, апатия или плохое настроение, от которых достаточно легко избавиться, получив заряд положительных эмоций. Синдром эмоционального выгорания – та проблема, от которой, по статистике, страдают более 30% населения экономически развитых стран. Эта цифра неуклонно растет, что вызывает тревогу, как у специалистов, занимающихся данным вопросом, так и работодателей, которые лишаются хороших работников [2].

Одна из основных опасностей «эмоционального выгорания» заключена в том, что оно начинается и протекает достаточно незаметно, а результат, в свою очередь, может навредить как работе, так и эмоционально-психологическому состоянию.

Когда дело касается работы с людьми с ограниченными возможностями, то тут все обстоит сложнее. Сфера социальной работы сама по себе непростая и трудоемкая, требующая от будущих специалистов сильно развитых качеств, связанных с человеколюбием, и готовности к содействию людям в решении их трудных жизненных ситуаций. Для работы в любой сфере должна быть определенная подготовка, для работы с людьми с ограниченными возможностями, это условие особенно важно. Кроме того, что социальный работник или специалист по социальной работе должен обладать компетенциями в различных сферах, таких как: психология, педагогика, геронтология,

юриспруденция и т.д., - при осуществлении реабилитации или адаптации людей с ограниченными возможностями большую роль играет морально-психологическая поддержка [3].

Социальным работникам приходится сталкиваться с сильным стрессом из-за ответственности, связанной с требованиями со стороны государства, общества, специфики их профессии, коллег и клиента. Все это неминуемо может привести к серьезным последствиям, если своевременно не оказать помощь в преодолении стресса [4].

Проводя данную работу, мы поставили перед собой цель выявить наиболее эффективные методы социальной профилактики эмоционального выгорания у социальных работников и специалистов по социальной работе. На наш взгляд, одним из наиболее эффективных методов по борьбе с развитием эмоционального выгорания является социальная профилактика. Социальная профилактика – это сознательная, целенаправленная, социально организованная деятельность по предотвращению возможных социальных, психолого-педагогических, правовых и других проблем и достижению желаемого результата. Профилактика подразумевает не борьбу непосредственно с уже существующей проблемой, а устранение причин, которые могут повлечь за собой те или иные негативные последствия [5].

Специалисты по деонтологии социальной работы оперируют таким понятием, как долг. Оно достаточно широкое и включает в себя долг перед государством, обществом, профессией, коллегами, клиентом и пред самим собой. В отличие от других государственных чиновников социальный работник призван решать проблемы, исходя из личностных особенностей клиентов. Следовательно, долг социального работника состоит в том, чтобы все свои профессиональные знания, душевные качества использовать для выполнения государственной социальной политики. Кроме того, престиж профессии и отношение к ней общества во многом зависит от тех профессиональных качеств, которые демонстрируют социальные работники при оказании помощи получателям социальных услуг [6].

Также, интересно отметить, что в отечественной психологии существует несколько дополняющих друг друга подходов относительно понимания механизмов возникновения и развития синдрома «эмоционального выгорания»:

- индивидуально-психологический. Одним из важных факторов появления эмоционального выгорания является несоответствие слишком высоких ожиданий от работы и действительности;
- социально-психологический. Основная причина – специфика самой работы в социальной сфере, предполагающая большое количество контактов с различными людьми;
- организационно-психологический. Причина кроется в несовершенстве организационной структуры: недостаток автономии и поддержки, ролевые конфликты, недостаточная обратная связь с руководством и т.д [7].

В данной работе для нас наибольший интерес составляет именно организационно-психологический подход к изучению синдрома «профессионального выгорания», так как это то что в той или иной степени возможно регулировать и контролировать и проводить регулярную социальную профилактику.

Синдром «эмоционального выгорания» появляется не мгновенно, для него, как и для любого процесса, характерно постепенное развитие. Количество и особенности фаз синдрома «эмоционального выгорания» рассматриваются разными исследователями и на сегодняшний день единого подхода нет. Одним из исследователей, занимающихся данным вопросом является М. Буриш. По его мнению, можно выделить шесть фаз развития синдрома «эмоционального выгорания»: предупреждающая фаза, фаза снижения уровня собственного участия, фаза эмоциональных реакций, фаза деструктивного поведения, фаза психосоматических реакций и снижения иммунитета и фаза разочарования и формирования отрицательной жизненной установки. Человек незамотивированный, разочарованный в своей жизни, в своей работе мало чем сможет помочь другим. Людям с ограниченными возможностями нужна усиленная поддержка со стороны, которую они могут получать от родственников, друзей, от социального работника [8].

На базе учреждения «Комплексный центр социального обслуживания населения Московского района» нами было проведено два опроса в форме структурированного интервью. Целью данного опроса было выяснить взгляд социальных работников на синдром эмоционального выгорания. В опросе приняли участие социальные работники (пять человек) и специалисты по социальной работе (пять человек).

На основе данного исследования мы можем обратить внимание на некоторые проблемы, которые существуют на сегодняшний день и предложить пути улучшения социально-психологического климата в сфере деятельности социальной работы.

На наш взгляд, рационально проводить работу не только с сотрудниками социальных учреждений, в частности, комплексных центров социального обслуживания, но также и со студентами, которым предстоит работать в данной сфере и, возможно, школьниками. Это связано с выбором профессии и возможностью определения той стези, по которой пойдет человек. Мы считаем, что о различных профессиях, в том числе, профессии социального работника и специалиста по социальной работе, больше должны говорить в учебных заведениях. Для школьников это должно проходить больше в теоретическом плане, когда бы работники различных сфер рассказывали о том, в чем цель их работы, каковы трудности, какие есть плюсы и минусы. Возможно, это бы могло помочь абитуриентам лучше понять, для какой профессии они подходят.

Студентам, уже обучающимся в средних профессиональных учреждениях и в высших учебных заведениях на социальных работников и специалистов по социальной работе, на наш взгляд, было бы полезно иметь больше практического опыта и общения с практикующими специалистами, работающими с различными категориями населения, в том числе, с людьми с ограниченными возможностями. Это может дать возможность избежать тех стрессов, которые могут появиться у молодого сотрудника, недавно вышедшего на работу. Это может казаться достаточно далеким от непосредственной социальной профилактики эмоционального выгорания. Но мы считаем, что те знания, которые студенты получают еще до начала работы, могут помочь предотвратить последствия неподготовленности к сложностям и стрессам.

Подготовить человека к тем трудностям и стрессам, с которыми он может столкнуться на рабочем месте, несомненно, мало. Эмоциональное и психологическое состояние работников следует поддерживать, чтобы не допустить превышение стресса и как следствие, эмоциональное выгорание. Для реализации этой цели важно проводить регулярную социальную профилактику. Для социальной профилактики характерны организованность, целенаправленность и охват всего общества или той категории населения, на которую социальная профилактика направлена. И стоит учитывать, что профилактика подразумевает скорее не борьбу непосредственно с уже существующей проблемой, а устранение или смягчение причин, которые могут повлечь за собой те или иные негативные последствия. Также, на наш взгляд, это будет иметь смысл в том случае, если меры социальной профилактики будут распространяться не в рамках одного социального учреждения, а по всей сети учреждений.

Существует большое количество факторов, которые влияют на эмоциональное и физическое состояние специалистов. На наш взгляд, в первую очередь нужно обращать на такие вещи, как состояние рабочего места, организация работы и формирование трудового коллектива. Эти факторы можно отнести к внешним и организационным, однако именно они влияют на отношение сотрудника к коллегам, клиентам, профессии и к самому себе.

Для руководителя очень важно собрать команду людей, которые не только будут ответственно и качественно выполнять свою работу, но также будут сходиться характерами, как с самим руководителем, так и между собой. Конфликты на рабочем месте могут быть организационного характера, когда пытаются найти решение рабочих вопросов и проблем, и личного характера, когда два или более сотрудников сталкиваются в сфере своих личных интересов. Организационные или трудовые конфликты неизбежны, более того, они полезны, так как позволяют найти наиболее верное решение в каких-либо вопросах. Конфликты же личного характера должны быть сведены к минимуму, так как нарушают целостность коллектива, портят общий фон работы и дестабилизируют эмоциональное состояние работников.

Поэтому, один из наиболее важных пунктов – это подбор команды не только по профессиональным признакам, но и по психологическим и эмоциональным. Подобного рода подход поможет избежать нежелательных конфликтов и моббинга, который может появиться вследствие их развития.

Не менее важным фактором является рабочее место. Помещения должны быть светлыми, и палитра не должна доставлять дискомфорт. Кроме того, должна соблюдаться чистота и порядок. В таких местах будет уютно работать самим специалистам, и приходиться получателям социальных услуг.

Некоторые респонденты высказали свое отношение, что для них самым главным профилактическим средством является отдача и благодарность клиентов. Но это не исключает того факта, что организация должна заботиться о психологическом и эмоциональном здоровье своих работников. Социальные работники и специалисты по социальной работе в силу специфики профессии постоянно находятся в контакте с разными людьми. Несомненно, это выматывает как эмоционально, так и физически. На наш взгляд, в социальных центрах должны существовать условия,

благодаря которым специалист сможет расслабиться и отдохнуть. Это могут быть регулярные выезды на природу, возможность бесплатного посещения психолога, абонемент на посещение бассейна или спортивного клуба. Мы считаем, что это является одним из основных пунктов социальной профилактики, это не просто предупреждение различных проблем, которые могут возникнуть на рабочем месте, а непосредственное на них воздействие.

Кроме того, подобного рода мероприятия не просто несут социально-профилактический характер, но также выполняет коммуникационную функцию, особенно, если данные мероприятия будут проводиться не в рамках одного учреждения, а по всей сети. Это позволит не только проводить рекреацию среди социальных работников и специалистов по социальной работе, но также делиться опытом.

Непрерывное обучение также является залогом эмоционального и психического здоровья. Один из респондентов предложил возможность существования медицинских курсов при организации. На наш взгляд, это интересная и полезная идея, которая может найти применение как в комплексном центре социального обслуживания населения Московского района, так и в других социальных учреждениях. Но, мы считаем, что можно расширить данное мероприятие и вводить не только медицинский курс обучения, но и другие курсы, которые могут помочь повысить навыки и знания социальных работников и специалистов по социальной работе для более плодотворной деятельности. Постоянное обучение чему-то новому, на наш взгляд, также является одним из важных компонентов социальной профилактики синдрома «эмоционального выгорания», потому что это позволяет не только тренировать мозг, расширять кругозор, но также вводить новые методы работы, благодаря чему можно предотвратить рутинность профессиональной деятельности и постоянно добавлять в нее что-то новое.

На наш взгляд, возможные пути социальной профилактики синдрома «эмоционального выгорания» неограниченны. Социальная профилактика происходит целенаправленно и организовано, она включает в себя государственные, общественные, социально-медицинские и другие мероприятия. Но, в первую очередь, социальная профилактика синдрома «эмоционального выгорания» связана с деятельностью человека. И на наш взгляд, на основе деятельности можно организовать большое количество социально-профилактических мероприятий.

Список литературы:

1. Муфтахова Ф.С. Изучение проблемы синдрома эмоционального выгорания и поведение преодоления в стрессовых ситуациях // Вестник Башкирского университета. – 2009. – Т. 14. №1. – С. 290-293.
Muftahova F.S. Izuchenie problemy sindroma emocionalnogo vygoraniya i povedenie preodoleniya v stressovyh situatsiyah // Vestnik Bashkirskogo universiteta. – 2009. – Т. 14. №1. – С. 290-293.
2. Феоктисова С.В. Влияние особенностей личности менеджеров на «эмоциональное выгорание» / Феоктисова С.В., Аксенов А.А. // Вестник Российского нового университета. – 2012. – №1. – С. 58-63.
Feoktissova S.V. Vliyanie osobennostej lichnosti menedzherov na «emocionalnoe vygoranie» / Feoktissova S.V., Aksekov A.A. // Vestnik Rossijskogo novogo universiteta. – 2012. – №1. – С. 58-63.
3. Хасанова Г.Б., Шарифулина Д.Р. Формирование профессиональной компетентности будущего специалиста социальной работы в области социальной реабилитации инвалидов // Вестник Казанского технологического университета. – 2006. – С. 364-369.
Hasanova G.B., Sharifulina D.R. Formirovanie professionalnoj kompetentnosti budushego specialista socialnoj raboty v oblasti socialnoj rehabilitacii invalidov // Vestnik Kazanskogo tehnologicheskogo universiteta. – 2006. – С. 364-369.
4. Водопьянова Н. Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. 2-е изд. / Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С. СПб.: Питер, 2008. 258 с.
Vodopyanova N. E. Sindrom vygoraniya: diagnostika i profilaktika. 2-e izd. / Vodopyanova N. E., Starchenkova E. S. SPb.: Piter, 2008. 258 s.
5. Кузнецова Л.П. Основные технологии социальной работы: Учебное пособие. – Владивосток: Изд-во ДВГТУ, 2002. – 92 с.
Kuznecova L.P. Osnovnyye tehnologii socialnoj raboty: Uchebnoe posobie. – Vladivostok: Izd-vo DVG TU, 2002. – 92 s.
6. Бойко Ж. В. Этические основы социальной работы: учеб. пособие. –Хабаровск: Изд-во ДВГУПС, 2012. – 94 с.
Vojko Zh. V. Eticheskie osnovy socialnoj raboty: ucheb. posobie. –Nabarovsk: Izd-vo DVGUPS, 2012.–94 s.
7. Меркулова Н.Н. Синдром эмоционального выгорания и программа его преодоления в сфере «помогающих» профессий // Вестник ТГУ. – 2011. - № 12 (104). – С. 199-205.

Merkulova N.N. Sindrom emocionalnogo vygoraniya i programma ego preodoleniya v sfere «pomogayushih» professij // Vestnik TGU. – 2011. - № 12 (104). – S. 199-205.

8. Кузнецова А. А. Историко-генетический анализ феноменологического пространства «выгорания» // Коллекция гуманитарных исследований. – 2017. – № 3(6). – С.45-55.

Kuznecova A. A. Istoriko-geneticheskij analiz fenomenologicheskogo prostranstva «vygoraniya» // Kolleksiya gumanitarnyh issledovanij. – 2017. – № 3(6). – S.45-55.

УДК 376

ФОРМИРОВАНИЕ ГОТОВНОСТИ К ТРУДОУСТРОЙСТВУ У ОБУЧАЮЩИХСЯ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Романенкова Д.Ф.

ФГБОУ ВО «Челябинский государственный университет»

Россия, Челябинск

FORMATION OF READINESS FOR EMPLOYMENT OF STUDENTS WITH DISABILITIES WHO OBTAIN PROFESSIONAL EDUCATION

Romanenkova D.F.

Chelyabinsk State University

Russia, Chelyabinsk

Аннотация: Статья посвящена вопросам готовности к трудоустройству лиц с инвалидностью, обучающихся по программам профессионального образования. Исследуются причины низкого уровня готовности к трудоустройству выпускников. В качестве механизма, позволяющего решить данную проблему, предлагается адаптационная дисциплина (модуль) «Эффективное трудоустройство и построение карьеры».

Abstract. The article is devoted to the issues of readiness for employment of students with disabilities who are enrolled in professional education programs. The reasons for the low level of readiness for employment of graduates are investigated. As a mechanism to solve this problem, an adaptation discipline (module) "Effective employment and career building" is proposed.

Ключевые слова: инвалиды, лица с ограниченными возможностями здоровья, инклюзивное образование, готовность к трудоустройству, адаптационная дисциплина.

Key words. people with disabilities, people with limited possible health, inclusive education, readiness for employment, adaptive discipline.

Трудоустройство выпускников, получивших профессиональное образование, является важным этапом профессионального образования и профессионального становления. За последние годы благодаря различным государственным программам, развитию нормативной правовой и методической базы значительно возросла доступность образования для лиц с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья (далее – лица с ОВЗ). Однако по-прежнему существует противоречие между увеличением количества инвалидов и лиц с ОВЗ, получивших профессиональное образование, и низким уровнем их трудоустройства, в том числе по полученной профессии или специальности и закреплению на рабочих местах.

Безусловно, выпускнику и инвалидностью или ОВЗ по объективным и субъективным причинам сложнее найти подходящую работу, чем обычному выпускнику [3]. Это связано с ограничениями по состоянию здоровья, что снижает конкуренцию с здоровыми соискателями, недостаточным уровнем профессиональных знаний и личностной зрелости, неготовностью перейти к новому социальному статусу работающего. Важным фактором при этом является адекватный выбор профессии или специальности, соотношенный с региональным рынком труда и возможностями здоровья. Показательно, что лица с инвалидностью и специалисты, которые с ними работают, по-разному оценивают причины низкой занятости инвалидов на рынке труда [4]. Например, на первое место среди субъективных причин специалисты ставят «отсутствует желание работать», а по данным инвалидов эта причина занимает последнее ранговое место.

Вместе с тем в регионах реализуется большое количество мероприятий, направленных на вовлечение лиц с инвалидностью в трудовую деятельность: это квотирование рабочих мест, создание специально оборудованных рабочих мест, компенсации работодателям заработной платы трудоустроившемуся инвалиду и его наставнику, субсидии на открытие собственного дела, субсидии социально ориентированным некоммерческим организациям на сопровождение при трудоустройстве

инвалидов и т.п. Однако зачастую эти мероприятия реализуются не полностью, что связано, в том числе, с недостаточной сформированностью мотивации к трудовой деятельности и ценностей независимой жизни у молодых людей с инвалидностью.

Процесс профессионального становления молодых инвалидов для отечественной науки – сравнительно новая тема. Ее востребованность обществом актуализировалась в условиях экономического и замедления темпов социального развития, когда проблемы социальной защищенности, трудовой занятости инвалидов максимально обострились. Профессиональное становление – важнейшая задача социализации молодого человека с инвалидностью. Оно заключается в профессиональной ориентации, профессиональном образовании, трудоустройстве, профессионально-трудовой адаптации. В процессе профессиональной реализации молодому инвалиду с учетом его особенностей и возможностей здоровья необходима специализированная помощь [1]. Оказать эту помощь должна образовательная организация профессионального образования, подготовив своего выпускника к будущему трудоустройству.

Практика осуществления инклюзивного образования и мониторинг трудоустройства выпускников показывают, что обучающиеся с инвалидностью зачастую психологически не готовы к трудоустройству. Это связано не только с объективными трудностями поиска работы, но и с тем, что новый этап жизни – профессиональная социализация значительно отличается от учебы в колледже или вузе: необходимо проявлять инициативу, показать работодателю свои профессиональные и личные способности и возможности, включиться в новый коллектив, изменить сложившийся уклад и темп жизни и пр.

В связи с этим актуальной является задача формирования у обучающихся с инвалидностью, получающих профессиональное образование, готовности к трудоустройству. Эта подготовка должна стать составной частью адаптированной образовательной программы профессионального образования.

Основная профессиональная образовательная программа, адаптированная для обучения лиц с инвалидностью и ОВЗ, должна обеспечить формирование у обучающихся всех компетенций, установленных соответствующими федеральными государственными образовательными стандартами. Одним из существенных компонентов процесса инклюзивного профессионального образования лиц с инвалидностью и ОВЗ по адаптированным программам является наличие в этих программах адаптационных дисциплин (модулей), способствующих профессиональной и социальной адаптации обучающихся, самоорганизации учебной деятельности и позволяющих корректировать индивидуальные нарушения учебных и коммуникативных умений [2]. Сегодня профессиональными образовательными организациями уже разработан и реализуется ряд таких специальных адаптационных дисциплин различной направленности. Среди учебных дисциплин, направленных на содействие трудоустройству выпускников, в том числе выпускников с инвалидностью и ОВЗ, можно отметить следующие: «Техника трудоустройства», «Эффективное поведение на рынке труда», «Искусство трудоустройства», «Основы трудового законодательства», «Эффективное поведение на рынке труда», «Формирование социальной компетенции в сфере труда», «Управление карьерой», «Адаптация на рынке труда», «Техника трудоустройства и имидж делового человека», «Тренинг личностного роста и проектирование профессиональной карьеры», «Экономические и правовые основы трудовой деятельности» и т.п.

В целях обеспечения успешности профессионального образования лиц с инвалидностью и ОВЗ, их последующей профессиональной социализации в содержание образовательной программы вводится адаптационная учебная дисциплина (модуль) «Эффективное трудоустройство и построение карьеры».

Цель учебной дисциплины (модуля) «Эффективное трудоустройство и построение карьеры» состоит в формировании у обучающихся с инвалидностью и ОВЗ готовности к профессиональной социализации и построению карьеры с учетом ограничений здоровья.

Задачи изучения дисциплины (модуля):

- ознакомление обучающихся с нормативными правовыми актами и основными направлениями государственной политики в отношении трудоустройства лиц с инвалидностью, реализуемых в Российской Федерации;
- изучение стратегий планирования профессиональной карьеры.
- развитие адекватного представления о себе, своих личных и профессиональных возможностях и ограничениях;
- развитие мотивации к трудоустройству, ответственности за свое будущее формирование ценностей независимой жизни;

- формирование у обучающихся психологической готовности к трудоустройству как необходимому этапу социализации;
- приобретение практических навыков самопрезентации, необходимых для успешного трудоустройства;
- освоение приемов эффективного представления своих возможностей будущему работодателю.

Адаптационная дисциплина (модуль) «Эффективное трудоустройство и построение карьеры» способствует формированию следующих универсальных компетенций программ бакалавриата с учетом федеральных государственных образовательных стандартов высшего образования (ФГОС ВО 3++): УК-1. Способен осуществлять поиск, критический анализ и синтез информации, применять системный подход для решения поставленных задач, УК-6. Способен управлять своим временем, выстраивать и реализовывать траекторию саморазвития на основе принципов образования в течение всей жизни.

В результате освоения дисциплины (модуля) «Эффективное трудоустройство и построение карьеры» обучающийся с инвалидностью или ОВЗ должен знать:

- законодательство Российской Федерации в отношении трудоустройства лиц с инвалидностью, федеральные и региональные программы содействия трудоустройству инвалидов;
- состояние и тенденции рынка труда своего региона;
- формы и виды занятости;
- основные этапы и правила поиска работы;
- виды и порядок предоставления государственных услуг по поиску работы службами занятости населения;
- виды собеседования и правила ведения диалога в деловой коммуникации;
- способы и методы планирования и развития профессиональной карьеры.

Уметь:

- определять личностные и профессиональные достоинства и ограничения для избранной профессии;
- составлять и реализовывать план поиска работы, используя различные способы поиска работы;
- составлять резюме, размещать его в общероссийских базах вакансий;
- составлять план развития своей профессиональной карьеры.

Владеть:

- методами анализа и поиска информации о региональном рынке труда;
- технологиями поиска и оценки вакансий, в том числе в общероссийских электронных базах вакансий;
- навыками и приемами самопрезентации своих профессиональных и личных возможностей и преимуществ;
- навыками подготовки к собеседованию;
- методами применения правовых механизмов защиты своих прав на труд.

В содержании дисциплины (модуля) предусмотрено изучение следующих разделов:

1. Технологии и виды поиска работы и трудоустройства.
2. Основы планирования профессиональной карьеры.
3. Правовые основы и государственная поддержка занятости и трудоустройства лиц с инвалидностью.

Трудоемкость данной учебной дисциплины (модуля) составляет две-три зачетные единицы, ее изучение необходимо планировать на последнем курсе обучения. Данная дисциплина (модуль) изучается по выбору студента в рамках вариативных или факультативных дисциплин, в том числе, путем ее включения в индивидуальный учебный план.

В качестве способов и средств формирования и оценки компетенций, в формировании которых участвует данная учебная дисциплина (модуль), эффективно использование творческих заданий, метода проектов, игровых методов обучения, метода групповой дискуссии, метода анализа конкретных ситуаций, творческих работ, тестирования, эссе, презентаций, балльно-рейтинговой системы и др. Лекции проводятся в форме проблемной лекции, лекции-дискуссии, лекции-презентации, интерактивной лекции, лекции с применением дистанционных технологий. Практические занятия проводятся с использованием социально-психологических активных методов обучения (тренинг, дискуссия, мозговой штурм, деловая, ролевая игра). Все методические материалы должны предусматривать предоставление информации обучающимся с ОВЗ в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья и восприятия информации.

Изучение дисциплины (модуля) «Эффективное трудоустройство и построение карьеры» будет способствовать формированию общекультурных (универсальных) и профессиональных компетенций, определенных федеральными государственными образовательными стандартами профессионального образования.

Данная адаптационная дисциплина (модуль) может быть реализована с использованием дистанционных образовательных технологий путем размещения на Национальной платформе открытого образования или с использованием сетевой формы на базе образовательных организаций, являющихся ресурсными учебно-методическими центрами по обучению инвалидов и лиц с ОВЗ, обладающих необходимым материально-техническим и кадровым обеспечением, а также имеющих опыт обучения лиц с инвалидностью и ОВЗ, что будет способствовать повышению эффективности инклюзивного профессионального образования.

Список литературы:

1. Куваева Н.В. Профессиональное становление в процессе социализации молодого инвалида // автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата социологических наук / Московский государственный университет сервиса. Москва, 2006. 25 с.
Kuvaeva N.V. Professionalnoe stanovlenie v processe socializacii molodogo invalida // avtoreferat dissertacii na soiskanie uchenoj stepeni kandidata sociologicheskikh nauk / Moskovskij gosudarstvennyj universitet servisa. Moskva, 2006. 25 s.
2. Мартынова Е.А., Романенкова Д.Ф., Романович Н.А. Адаптационные модули (дисциплины) как педагогические компоненты инклюзивного профессионального образования лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 2; URL: www.science-education.ru/129-21709 (дата обращения: 06.04.2018).
Martynova E.A., Romanenkova D.F., Romanovich N.A. Adaptacionnyye moduli (discipliny) kak pedagogicheskie komponenty inklyuzivnogo professionalnogo obrazovaniya lic s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorovya i invalidov // Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya. – 2015. – № 2; URL: www.science-education.ru/129-21709 (data obrasheniya: 06.04.2018).
3. Романенкова Д.Ф. Особенности содействия трудоустройству выпускников с инвалидностью, получивших профессиональное образование // Вестник факультета управления СПбГЭУ. 2018. № 3. С. 506-510.
Romanenkova D.F. Osobennosti sodejstviya trudoustrojstvu vypusknikov s invalidnostyu, poluchivshih professionalnoe obrazovanie // Vestnik fakulteta upravleniya SPbGEU. 2018. № 3. S. 506-510.
4. Старобина Е.М., Кузьмина И.Е., Гордиевская Е.О., Климон Н.Л. Причины низкой занятости инвалидов на рынке труда в оценках инвалидов и специалистов // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2015. № 2. С. 40-47.
Starobina E.M., Kuzmina I.E., Gordievskaya E.O., Klimon N.L. Prichiny nizkoj zanyatosti invalidov na rynke truda v ocenках invalidov i specialistov // Vestnik Vserossijskogo obshestva specialistov po mediko-socialnoj ekspertize, reabilitacii i reabilitacionnoj industrii. 2015. № 2. S. 40-47.

УДК – 331.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕХАНИЗМА СОЦИАЛЬНОГО ПАРТНЕРСТВА В РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВА НА ТРУД ЛИЦ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ

Лабейко О.А.

Барановичский государственный университет

Республика Беларусь, Барановичи

POSSIBILITIES OF USING THE MECHANISM OF SOCIAL PARTNERSHIP IN THE REALIZATION OF THE RIGHT TO WORK OF PERSONS WITH DISABILITY

Labeiko O. A.

Baranovichi State University

Republic of Belarus, Baranovichi

Аннотация: В целях совершенствования действующей в Республике Беларусь системы профессиональной и трудовой реабилитации населения с инвалидностью обоснована необходимость качественно нового взаимодействия между учреждениями образования, нанимателями и органами

государственной службы занятости с использованием механизма социального партнерства. Конструктивное сотрудничество между социальными партнерами призвано обеспечить скоординированную помощь и поддержку на всех этапах формирования и реализации профессиональной карьеры лиц с инвалидностью, выступать определенной формой социальной гарантии в сфере трудовых отношений.

Abstract. In order to improve the system of professional and labor rehabilitation of the people with disabilities in the Republic of Belarus, the necessity of a qualitatively new interaction between educational institutions, employers and state employment service with the use of the social partnership mechanism is substantiated. Constructive cooperation between social partners is designed to provide coordinated assistance and support at all stages of the formation and realization of the professional career of persons with disabilities, to be a certain form of social security in the sphere of labor relations.

Ключевые слова: профессиональная и трудовая реабилитация, обучающиеся с инвалидностью, трудоустройство.

Key words. vocational and labor rehabilitation, students with disabilities, employment.

В последние годы в Республике Беларусь сложилась устойчивая тенденция включения лиц с инвалидностью в сферу общественного производства. В стране разработана достаточно совершенная нормативная база по обеспечению и защите социально-экономических прав и свобод граждан с инвалидностью. С целью объединения и координации усилий государственных органов и организаций, а также институтов гражданского общества по реализации права на труд указанной группы населения приняты и реализуются: Государственная программа о социальной защите и содействии занятости населения на 2016 – 2020 годы, Национальный план действий по реализации в Республике Беларусь положений Конвенции о правах инвалидов, определяющие комплекс мероприятий по повышению конкурентоспособности лиц с инвалидностью на рынке труда, содействию занятости и оказанию помощи в реализации их трудового потенциала.

Прогрессивная направленность положений существующего законодательства неоспорима, вместе с тем необходимо признать, что на сегодняшний день проблема полноценной интеграции населения с инвалидностью в экономическую жизнь общества через реабилитацию еще не решена.

Проведенный анализ направлений содействия занятости населения в Республике Беларусь показал, что реализация мер профессиональной и трудовой реабилитации осуществляется государственными службами занятости. Определен порядок взаимодействия управлений (отделов) по труду, занятости и социальной защите городских, районных исполнительных комитетов и учреждений образования, осуществляющих профессиональную реабилитацию. Следует отметить тот факт, что в современных социально-экономических условиях учреждения образования не ограничиваются функцией по возобновлению у граждан сниженной или потерянной профессиональной трудоспособности. Они стремятся к расширению образовательного пространства, обеспечению формирования профессиональных знаний, умений и навыков у всех обучающихся, в том числе с инвалидностью. Это возможно благодаря интенсивному развитию и внедрению в стране системы инклюзивного образования.

Тенденция развития инклюзивного образования имеет ряд важных следствий в трудовой сфере. Прежде всего, это формирование нового сегмента трудового потенциала страны, имеющего функциональные нарушения, но обладающего желанием трудиться и быть включенными в сферу общественного производства. Вполне естественно, что исследуемая группа населения сделает следующий шаг и спросит себя и общество: почему мы интегрированы в сферу образования и сегрегированы в трудовой жизни?

Несмотря на расширение возможностей для лиц с инвалидностью в получении профессионального образования вопрос их дальнейшего трудоустройства стоит крайне остро как для самих выпускников, так и для учреждений образования. На основе действующего порядка и условия трудоустройства молодых специалистов учреждения образования обязаны предоставить первое рабочее место выпускникам с инвалидностью получившим высшее, среднее специальное, профессионально-техническое образование в дневной форме получения образования за счет средств республиканского и (или) местных бюджетов [1]. В виду этого, значительная часть молодых специалистов, а именно выпускники, получившие профессиональное образование в заочной форме получения образования, в том числе дистанционной, а также за счет собственных средств остаются без поддержки в трудоустройстве со стороны учреждений образования и государства. В результате сложившихся обстоятельств:

1) с одной стороны, не удовлетворяются потребности выпускников, имеющих ограничения жизнедеятельности, в реализации их трудового потенциала, снижается конкурентоспособность молодых специалистов на рынке труда;

2) с другой стороны, часть трудового потенциал не используется в национальной экономике, увеличивается численность незанятого населения, нарастает социальная напряженность в обществе.

Очевидно, что уже сегодня необходим действенный и эффективный механизм решения указанной проблемы, поскольку в ближайшей перспективе она будет только нарастать. Считаем, что приведение структуры, объемов профессиональной подготовки лиц с инвалидностью потребностям и возможностям экономики, их дальнейшее трудоустройство, возможно исключительно путем обеспечения качественно нового взаимодействия между учреждениями образования, нанимателями и органами государственной службы занятости с использованием механизма социального партнерства.

С учетом сложившейся практики организации профессиональной и трудовой реабилитации лиц с инвалидностью предлагается использовать идею социального сотрудничества между органами государственной службы занятости, нанимателями и учреждениями высшего, среднего специального и профессионально-технического образования в решении проблем адресной подготовки специалистов, имеющих инвалидность, в соответствии с их возможностями и потребностями экономики [2, с. 64; 3, с. 194].

Механизм реализации социального партнерства между указанными субъектами рекомендуется осуществлять по следующим направлениям. Взаимодействие учреждений образования и нанимателей необходимо проводить в таких аспектах как:

- определение круга нанимателей, не исключающих возможность трудоустройства выпускников, имеющих инвалидность, в соответствии с полученной специальностью (направлением специальности, специализации), их индивидуальными потребностями и возможностями;

- получение учреждениями образования от потенциальных нанимателей полной и достоверной информации о вакансиях, в том числе профессии (должности), требуемом уровне образования, должностных обязанностях, оплате труда, режиме рабочего времени и времени отдыха, производственной среде, в том числе условиях труда на рабочем месте;

- организация, при необходимости, дополнительного профессионального обучения выпускников в соответствии с требованиями нанимателя, предъявляемыми к будущей должности (профессии), способствующего успешному их трудоустройству;

- совместно с органами государственной службы занятости, медико-реабилитационными экспертными комиссиями организация адаптации к трудовой деятельности выпускников с инвалидностью, создание дополнительных условий труда на рабочих местах;

- содействие и организация трудоустройства выпускников с инвалидностью в государственном секторе.

Требуется установить особый порядок взаимодействия учреждений образования и органов государственной службы занятости по следующим направлениям:

- организация мониторинга состояния рынка труда, прогнозирования его развития, создание информационной базы о наиболее востребованных и перспективных профессиях для лиц с инвалидностью, возможностях их дальнейшего трудоустройства;

- предоставление информации о численности и получаемой специальности (направлением специальности, специализации) обучающихся с инвалидностью в органы государственной службы занятости с целью определения возможности установления для них брони для приема на работу, создания дополнительных рабочих мест, в том числе специализированных;

- оказание консультативной и методической помощи молодым специалистам с инвалидностью в организации предпринимательской деятельности, деятельности по оказанию услуг в сфере агротуризма, ремесленной деятельности, оказания помощи в подготовке необходимых документов для получения финансовой поддержки;

- определение и развитие конкретной системы подготовки кадров, имеющих инвалидность с учетом спроса и предложения на рынке труда в административно-территориальных единицах республики.

Таким образом, осуществление социального партнерства между органами государственной службы занятости, нанимателями и учреждениями образования позволит обеспечить адресную подготовку специалистов в соответствии с их возможностями и потребностями экономики. Создание в учреждениях образования структурных подразделений по оказанию помощи и поддержки выпускникам с инвалидностью в поиске и получении работы улучшит ситуацию с трудоустройством

молодых специалистов, снизит уровень безработицы среди населения с инвалидностью, будет препятствовать нарастанию социальной напряженности в обществе.

Список литературы:

1. Кодекс Республики Беларусь об образовании: 13 января 2011 г., № 243-З: в ред. Закона Респ. Беларусь от 04.01.2014 г. № 126-З // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 15.01.2014, 2/2124.

Kodeks Respubliki Belarus ob obrazovanii: 13 yanvarya 2011 g., № 243-Z: v red. Zakona Resp. Belarus ot 04.01.2014 g. № 126-Z // Nacionalnyj pravovoj Internet-portal Respubliki Belarus, 15.01.2014, 2/2124.

2. Яковчук В.Н. Социальное партнерство в сфере труда. Минск: МИТСО, 2010. 127 с.

Yakovchuk V.N. Socialnoe partnerstvo v sfere truda. Minsk: MITSO, 2010. 127 s.

3. Социальное партнерство / под ред. В.В. Андрейченко. СПб.: Алетейя, 2010. 396 с.

Socialnoe partnerstvo / pod red. V.V. Andrejchenko. SPb.: Aletejya, 2010. 396 s.

УДК 159.99+376.42/43/63/64.

**К ВОПРОСУ О СОЗДАНИИ УСЛОВИЙ ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
ИНВАЛИДОВ И ОБЕСПЕЧЕНИЯ ИХ ТРУДОВОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАНЯТОСТИ**

Симакова В. И., Макарова Л. В.

Автономная некоммерческая организация Научно-практическое социально-педагогическое
объединение «Благое дело»

Россия, Невьянск

**ON CREATING THE ENVIRONMENT FOR REINTRODUCTION OF PERSONS WITH
DISABILITIES TO PROFESSIONAL PRACTICE AND EXPANDING OPPORTUNITIES FOR
THEIR EMPLOYMENT AND SUPPORTED OCCUPATION**

Simakova V.I., Makarova L.V.

Scientific and Practical Socio-Pedagogical Association "Blagoe Delo" Autonomous Non-Profit Organization

Russia, Nevyansk

Аннотация: В статье рассматриваются вопросы создания особых условий труда для людей с инвалидностью и необходимости подготовки специалистов для обеспечения сопровождения инвалидов при решении вопросов их трудоустройства в условиях наличия на рынке труда дискриминирующих физических и «отношенческих» барьеров. Представлен положительный опыт работы НКО – АНО НПСПО «Благое дело» по вопросам профессиональной ориентации и реабилитации, созданию рабочих мест, содействию трудоустройства и адаптации на рабочем месте людей с инвалидностью.

Abstract. The article looks at the following matters: Creation of special working conditions for people with disabilities and the need to train specialists to ensure support of persons with disabilities in order to address issues related to their employment in the presence of discriminating physical and "relations-based" barriers in the labor market. The article presents the successful experience of NGO "Blagoe Delo" in the fields of vocational guidance and rehabilitation, creation of jobs, supporting employment and workplace adaptation of people with disabilities.

Ключевые слова: трудоустройство и особые условия труда инвалидов, физические и «отношенческие» барьеры рынка труда, здоровье сберегающие условия труда и отдыха, обогащение личностного, социального и культурного опыта, осмысление и выстраивание жизненной перспективы, социально-психологическое сопровождение при решении вопросов трудовой и социальной занятости.

Key words. occupational activities and special working conditions for disabled people, physical and "relations-based" barriers in the labor market, health-saving work and recreation conditions, enriching personal, social and cultural experience, comprehending and building a life trajectory, social and psychological support focused on addressing employment and supported occupation issues.

Возможность для человека с инвалидностью реализовать свой личностный потенциал и в полной мере быть включенным в общественную жизнь основана на признании обществом его достоинства, равных и неотъемлемых прав, в том числе и права на труд. В своем стремлении

обеспечить необходимые условия для профессиональной интеграции инвалидов Российское государство, ратифицировавшее в 2012 году Конвенцию о правах инвалидов, пошло по пути поиска межведомственных механизмов стимулирования трудоузанности данной категории населения. Одной из ключевых задач Государственной программы РФ «Доступная среда» на 2011-2020 гг. является задача обеспечения инвалидам равного доступа к профессиональному развитию и трудоустройству [1]. При этом к решению поставленных задач привлечены различные государственные структуры, министерства и ведомства. Закон РФ «О занятости населения в Российской Федерации» от 19.04.1991 N 1032-1 относит инвалидов к субъектам, испытывающим трудности в поиске работы, которым предоставляются дополнительные гарантии занятости путем разработки и реализации программ содействия занятости, создания дополнительных рабочих мест и специализированных организаций, установления квоты для приема на работу инвалидов, а также путем организации обучения по специальным программам и другими мерами [2]. Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 N 181-ФЗ предоставляет инвалидам гарантии трудовой занятости путем проведения специальных мероприятий, способствующих повышению их конкурентоспособности на рынке труда: установления в организациях независимо от организационно-правовых форм и форм собственности квоты для приема на работу инвалидов и минимального количества специальных рабочих мест для инвалидов; резервирования рабочих мест по профессиям, наиболее подходящим для трудоустройства инвалидов; стимулирования создания предприятиями, учреждениями, организациями дополнительных рабочих мест (в том числе специальных) для трудоустройства инвалидов; создания инвалидам условий труда в соответствии с индивидуальными программами реабилитации, абилитации инвалидов; создания условий для предпринимательской деятельности инвалидов; организации обучения инвалидов новым профессиям [6].

Тем не менее, задачи профессиональной интеграции и полноценного включения людей с инвалидностью в профессиональную жизнь, а тем более достижения ими конкурентоспособности на рынке труда, материальной независимости и самообеспечения решить так и не удается. По многочисленным экспертным оценкам в Российской Федерации только около десяти процентов людей с инвалидностью имеют постоянную работу, остальные девяносто процентов не работают совсем или подрабатывают время от времени.

Одной из наиболее очевидных причин такого неблагополучия в области трудоузанности инвалидов является присутствие на рынке труда целого комплекса препятствий и «барьеров». При этом люди, имеющие физические особенности и нарушения, прежде всего, сталкиваются с неприспособленностью социальной и производственной инфраструктуры: общественного транспорта, административных и производственных зданий и помещений, рабочих мест, способов обмена информацией и профессиональной коммуникации и пр., а люди с инвалидностью, не имеющие физических ограничений, неизбежно упираются в «отношенческие барьеры», обусловленные экономической непривлекательностью инвалидов как работников и незнанием их возможностей, зависимостью таких работников с инвалидностью от окружающих и отсутствием у окружающих опыта взаимодействия с ними, низкой социальной и образовательной мобильностью самих инвалидов и постоянной потребностью в сопровождении (патронаже) специалистами и пр.

Другой очевидной, но, к сожалению, не устранимой до сих пор причиной нестабильного положения инвалидов на рынке труда, является тотальная неготовность работодателей к созданию специальных условий для трудовой деятельности людей с инвалидностью. Причины понятны: стандартные условия трудоузанности, которые реально может предложить обычный работодатель, принципиально не соответствуют возможностям физического и психического здоровья, личностным особенностям, имеющемуся социальному и трудовому опыту людей с инвалидностью. Их трудоустройство требует от работодателя не только создания специально оснащенного рабочего места, но и готовности обеспечить людям с инвалидностью целый комплекс особых условий работы, включающий гибкий режим труда и отдыха, особую продолжительность рабочего времени, индивидуальные нормы выработки, возможность регулярного (возможно, диетического) питания, медицинского мониторинга состояния здоровья на рабочем месте, а, главное, необходимость обеспечения социально-психологической поддержки. Все это возможно лишь при наличии постоянного сопровождающего – помощника, ассистента, наставника, куратора. Подавляющее большинство работодателей сегодня не просто экономически не готово пойти на такие условия, но даже психологически не готово понять и принять саму их необходимость. И именно в этом вопросе можно со всей очевидностью наблюдать отсутствие эффективно работающих механизмов межведомственного взаимодействия и координации усилий органов здравоохранения, образования,

социальной защиты, труда и занятости населения, отсутствие преемственности в вопросе комплексного сопровождения человека, имеющего ограничения жизнедеятельности, на протяжении разных этапов его жизни.

Остановимся в качестве примера на проблемах трудозанятости, с которыми сталкиваются выпускники специальных (коррекционных) образовательных учреждений, реализующих адаптированные основные общеобразовательные программы и обеспечивающие детям, имеющим ограниченные возможности здоровья, медико – социальное сопровождение и *специальные условия для обучения*. В соответствии с п. 5 ст. 79 Федерального закона № 273-ФЗ «Об образовании в РФ» отдельные организации, осуществляющие образовательную деятельность по адаптированным основным общеобразовательным программам, создаются органами государственной власти субъектов Российской Федерации для: глухих, слабослышащих, позднооглохших, слепых, слабовидящих, с тяжелыми нарушениями речи, с нарушениями опорно-двигательного аппарата, с задержкой психического развития, с умственной отсталостью, с расстройствами аутистического спектра, со сложными дефектами и других обучающихся с ограниченными возможностями здоровья [5].

То есть на этапе взросления получение образования обучающимися с перечисленными ограниченными возможностями здоровья организовано в специальных условиях, включающих в себя помимо использования специальных образовательных программ, методов обучения и воспитания, специальных учебников, учебных пособий и дидактических материалов, специальных технических средств обучения, *предоставление услуг ассистента (помощника), оказывающего обучающимся необходимую техническую помощь*. Именно такой специалист (тьютор, ассистент) помогает ребенку с инвалидностью и его семье эффективно взаимодействовать с социумом, преодолевая «барьерную» среду в ходе образовательной деятельности. А после окончания школы, какое-либо сопровождение ассистентом (помощником) процесса профессионального выбора, трудоустройства, профессиональной адаптации такого выпускника, если он не оказался на специализированном предприятии для инвалидов, не предусмотрено, поэтому и сам повзрослевший человек, и его семья оказываются не только один на один с работодателем в решении сложных вопросов трудозанятости, но и один на один с социумом, в котором господствуют социокультурные стереотипы, дискриминирующие и самого человека с инвалидностью, и его семью и способствующие нарастанию у них социальной и психологической беспомощности.

При этом зарубежный опыт свидетельствует о том, что на протяжении всей жизни человека с инвалидностью рядом с ним и его семьей должен и может находиться подготовленный специалист: в детском возрасте – социальный педагог, во взрослом возрасте – социальный терапевт, который осуществляет сопровождение инвалида в процессе получения им общего и профессионального образования, повседневного решения им социально-бытовых задач, в процессе поиска работы, трудоустройства и адаптации на рабочем месте, помогая развивать умения утверждать себя в социуме, участвовать в трудовой деятельности и выполнять порученную работу качественно и в срок, ориентироваться в социально-трудовых отношениях в целом, формировать навыки социального поведения, потребности позаботиться о себе и содействовать обеспечению своего существования. Такой специалист призван оказать помощь и человеку с приобретенной инвалидностью в вопросах его социально-бытовой и профессиональной ориентации, профессионального образования, обучения и переобучения, содействия трудоустройству, производственной адаптации на рабочем месте в условиях специального или общего рынка труда. И что очень важно, работа такого специалиста направлена в не меньшей степени на социум, на социальное окружение и призвана устранять «отношенческие барьеры» через формирование позитивного общественного мнения относительно людей с инвалидностью, как людей, имеющих равные со всеми права и большие потенциальные возможности, но нуждающихся в особой индивидуальной помощи и поддержке.

В последнее десятилетие создать людям с инвалидностью условия для необходимой им социально-трудовой адаптации и содействовать их последующей трудозанятости, используя опыт зарубежных социальных учреждений, пытались некоммерческие организации, в частности АНО НПСПО «Благое дело». Центр дневного пребывания для людей с особыми потребностями «Благое дело» был создан 30 июня 2005 года в посёлке Верх-Нейвинский Свердловской области группой выпускников международного семинара по лечебной педагогике и социальной терапии. Поводом для создания социально-реабилитационного центра послужило отсутствие в регионе учреждений, которые могли бы предложить людям с особенностями развития условия для их дальнейшей самореализации после окончания ими специальной (коррекционной) школы. Первыми в «Благое дело» пришли воспитанники «особой» группы «Центра воспитания и развития» г. Новоуральска –

дети, имеющие ментальные нарушения. Их педагоги и родители поняли, что дети выросли и должны сделать следующий шаг в новую взрослую жизнь. Позднее к клиентам центра - молодым людям с нарушениями развития присоединились взрослые с физической инвалидностью, приобретенной в результате болезни, травм, участия в военных действиях, а организация АНО НПСПО «Благое дело» объединила таким образом людей с самыми разными ограничениями в жизнедеятельности, с различными судьбами.

Сегодня в художественно-ремесленных мастерских и студиях на постоянной основе проходят профессиональную реабилитацию 68 человек (39 мужчин и 29 женщин). Возраст клиентов от 18 до 65 лет. Из них трудоустроено 40 человек, остальные приобретают первый опыт трудовой деятельности в процессе социальной адаптации и профориентации. Среди наших клиентов:

- 60 взрослых людей с инвалидностью, из них 37 человек с ментальными расстройствами (нарушением умственного и/или психического развития), в том числе с глубокой умственной отсталостью, синдромом Дауна, аутизмом, эпилепсией; 19 человек с инвалидностью, связанной с общим заболеванием, в том числе с проблемами опорно-двигательного аппарата, ДЦП, тяжелыми травмами и увечьями;

- 8 человек, находящихся в трудной жизненной ситуации (ограниченные возможности здоровья без статуса «инвалид»; неблагоприятные жизненные обстоятельства, обусловившие социальную дезадаптацию и пр.).

Дополнительной категорией наших клиентов являются семьи инвалидов (41 семья), нуждающаяся в социальной и психологической помощи, информационной поддержке и консультировании.

С самого начала деятельности организации специалисты очень хорошо понимали, что театральная студия, досуговая деятельность и прикладное творчество значительно обогатят и расширят социальный и культурный опыт каждого человека с ограничениями жизнедеятельности, но только в труде взрослый человек сможет реализовать себя как личность, почувствовать себя полноценным членом общества, поэтому одна за другой стали создаваться художественно-ремесленные мастерские: деревообрабатывающая, швейная, мастерская изделий из шерсти и фетра, позже – свечная, мастерская изделий из бумаги и глины. А уже в декабре 2010 г. в ходе реализации программы «Содействие трудоустройству инвалидов в Свердловской области» в сотрудничестве с Департаментом занятости населения и Министерством социальной защиты Свердловской области в учреждении было создано 40 новых специальных рабочих мест для людей с инвалидностью из Горно-Заводского округа. Предварительно были разработаны программы по оснащению рабочих мест для людей, имеющих инвалидность. Каждая программа содержала описание рабочего места, требования к необходимым знаниям и умениям работника, перечень его трудовых функций и должностных обязанностей, включала в себя и экономические расчеты, была проведена аттестация рабочих мест.

Сегодня «Благое дело» - это динамично развивающееся учреждение, решающее задачи, связанные с социальной реабилитацией и содействием трудоустройству людей с особыми потребностями через реализацию гуманистического подхода, признание ценности каждого человека, независимо от уровня его психофизического развития и состояния здоровья, создание комплекса особых условий для социальной и трудовой занятости. Целевая группа – люди со стойкими нарушениями здоровья, особенностями психофизического развития в возрасте от 17 до 60 лет. Основная цель организации - повышение качества жизни людей с ограниченными возможностями здоровья через реализацию права на труд, как основного права взрослого человека, обеспечивающего ему независимость, возможность жить полной и интересной жизнью, заниматься нужным и интересным делом и творчеством, чувствовать себя равноправным членом общества. Наша миссия «Братство в труде, равенство в правах, свобода в творчестве» [3].

Сегодняшние результаты позволяют нам обобщить и представить положительный опыт нашей работы, свидетельствующий о главном: *люди с инвалидностью являются особой категорией работников на рынке труда*. Они нуждаются в специальных условиях работы, под которыми нужно понимать не только специально оборудованное рабочее место, но и постоянную потребность их в эмоциональной, психологической, информационной, социальной поддержке, постоянную потребность в сопровождении и оказании им помощи в установлении и поддержании контактов с окружающим миром. Именно поэтому сопровождение человека с ограниченными возможностями должно осуществляться на четырех уровнях:

1) на уровне физического тела – это создание доступной здоровьесберегающей производственной среды и оптимальных условий функционирования человека с инвалидностью в трудовых отношениях;

2) на уровне поддержания и сохранения жизненных сил – это обеспечение здоровьесберегающих условий жизнедеятельности и отдыха;

3) на уровне психоэмоциональном – это развитие творческих возможностей и организация активной социальной жизни, наполненной реальными межличностными контактами, переживаниями и впечатлениями;

4) на уровне духовном – это совместное осмысление жизненной истории и выстраивание жизненных перспектив, постановка персональных жизненных целей и согласование их с целями сообщества, то есть придание собственной жизни реального смысла.

Понимание этого определило для нас три условия, которые должны обязательно сопровождать процесс профессиональной реабилитации человека с инвалидностью: *социокультурная реабилитация* как возможность создания мотивирующей и вдохновляющей окружающей социальной и культурной среды; *непрерывное образование* (обучение в течение жизни - long-life-learning) как средство постоянного познания себя, своих собственных интересов, возможностей, способностей, ресурсов развития; *участие в производительном труде* (в виде трудовой и социальной занятости) как возможность профессиональной самореализации взрослого человека, его социальной интеграции и решения задач социальной и экономической самостоятельности и независимости.

Наш положительный опыт работы как НКО в сфере профессиональной реабилитации людей с инвалидностью позволяет нам сделать следующие выводы:

1. Современный рынок труда не готов интегрировать людей с инвалидностью, потому что помимо создания специального рабочего места такие люди будут постоянно нуждаться в социально-психологической поддержке, информационном, социальном, медицинском сопровождении, а значит действительно, *в особых условиях труда*.

2. Такое комплексное сопровождение взрослого человека с инвалидностью может обеспечить только специально подготовленный специалист – наставник, ассистент, помощник, координатор, призванный оказать помощь в установлении конструктивного взаимодействия человека с инвалидностью с социумом с учетом наличия в нем устойчивых физических и «отношенческих» барьеров.

3. Государству необходимо активнее включать специалистов по сопровождению взрослых людей с инвалидностью в штат имеющихся социальных учреждений. Такие специалисты могли бы работать с инвалидами и их семьями по принципу «участкового» специалиста, при этом они могли бы обеспечить индивидуальное сопровождение инвалида в основных сферах его жизнедеятельности, в том числе и на рынке труда. Тем более, что Приказом Минтруда России от 18.11.2013 № 681н утвержден профессиональный стандарт «Специалист по реабилитационной работе в социальной сфере», в чьи функции как раз и входит социально-психологическая и трудовая реабилитация трудоспособных клиентов [4].

4. Правильно выстроенный процесс сопровождения взрослых людей с инвалидностью, предусматривающий оказание им повседневной помощи в профессиональной ориентации, обучении, психологической поддержке и адаптации на рабочем месте, позволяет успешно включать людей с особенностями развития в процесс труда, социум и обеспечить им профессиональную и личностную самореализацию.

5. Моделью такого профессионального сопровождения инвалидов на рынке труда могут стать НКО, которые успешно реализуют задачи трудовой и социальной занятости людей с различными ограничениями жизнедеятельности, в том числе с тяжелыми ментальными нарушениями. При этом государству необходимо продумать схему их системного финансирования не только через механизм возмещения оказанных услуг, но и через целенаправленное субсидирование их деятельности.

Список литературы:

1. Государственная программа Российской Федерации «Доступная среда» на 2011 - 2020 годы: постановление Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2015 г. N 1297. [Электронный ресурс]. – режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/420319730/> (дата обращения 19.08.2018). Gosudarstvennaya programma Rossijskoj Federacii «Dostupnaya sreda» na 2011 - 2020 gody: postanovlenie Pravitelstva Rossijskoj Federacii ot 1 dekabrya 2015 g. N 1297. [Elektronnyj resurs]. – rezhim dostupa: <http://docs.cntd.ru/document/420319730/> (data obrasheniya 19.08.2018).

2. Закон РФ от 19.04.1991 N 1032-1 (ред. от 03.07.2018) «О занятости населения в Российской Федерации». [Электронный ресурс]. – режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_60/ (дата обращения 19.08.2018).
Zakon RF ot 19.04.1991 N 1032-1 (red. ot 03.07.2018) «O zanyatosti naseleniya v Rossijskoj Federacii». [Elektronnyj resurs]. – rezhim dostupa: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_60/ (data obrasheniya 19.08.2018).
3. Официальный сайт АНО НПСПО «Благое дело». [Электронный ресурс]. – режим доступа: delonablago.ru/
Oficialnyj sajt ANO NPSPO «Blagoe delo». [Elektronnyj resurs]. – rezhim dostupa: delonablago.ru/
4. Приказ Минтруда России от 18.11.2013 N 681н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист по реабилитационной работе в социальной сфере». [Электронный ресурс]. – режим доступа: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения 19.08.2018).
Prikaz Mintruda Rossii ot 18.11.2013 N 681n «Ob utverzhdenii professionalnogo standarta «Specialist po reabilitacionnoj rabote v socialnoj sfere». [Elektronnyj resurs]. – rezhim dostupa: <http://www.consultant.ru/> (data obrasheniya 19.08.2018).
5. Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 N 273-ФЗ. [Электронный ресурс]. – режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_140174/ (дата обращения 19.08.2018).
Federalnyj zakon «Ob obrazovanii v Rossijskoj Federacii» ot 29.12.2012 N 273-FZ. [Elektronnyj resurs]. – rezhim dostupa: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_140174/ (data obrasheniya 19.08.2018).
6. Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 N 181-ФЗ. [Электронный ресурс]. – режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LaW_8559/ (дата обращения 19.08.2018).
Federalnyj zakon «O socialnoj zashite invalidov v Rossijskoj Federacii» ot 24.11.1995 N 181-FZ. [Elektronnyj resurs]. – rezhim dostupa: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LaW_8559/ (data obrasheniya 19.08.2018).

СТИМУЛЫ ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ СТАТЬИ 27 КПИ – НЕКОТОРЫЕ ИДЕИ О МЕЖДУНАРОДНОМ АСПЕКТЕ ПРИМЕНЕНИЯ

Фридрих Мехрхофф^{1,2}

¹«Социальное страхование от несчастных случаев в Германии»

Берлин, Германия

²Комиссии по труду и занятости в Исполнительном совете Международной организации
реабилитации (RI)

Нью-Йорк, США

INCENTIVES FOR THE IMPLEMENTATION OF ART. 27 UN-CRPD – SOME IDEAS FOR RUSSIA FROM THE INTERNATIONAL PERSPECTIVE

Friedrich Mehrhoff^{1,2}

¹German Social Accident Insurance (DGUV),

Berlin, Germany

²Work and Employment Commission in the Executive Board of Rehabilitation International (RI)

New York, USA

Аннотация: Конвенция о правах инвалидов (КПИ) Организации Объединенных Наций (ООН) предусматривает право человека в отношении «Работа и занятость» (статья 27). Реализация государством и гражданским обществом в России также идет рука об руку с уместностью права человека на реабилитацию (статья 26 КПИ). Работодатели должны играть более важную роль, чтобы сохранить и восстановить возможности трудоустройства для людей с ограниченными возможностями.

Abstract. The Convention of the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) of the United Nations (UN) provides a human right concerning “Work and Employment” (Art. 27). The implementation by the state and the civil society in Russia also goes hand in hand with the relevance of the human right of rehabilitation (Art. 26 CRPD). The employers must play a more important role to retain and regain employability for persons with disabilities.

Ключевые слова: Индивидуальная реабилитация, работа и занятость, возвращение на работу, управление инвалидностью, участие

Key words. Individualized Rehabilitation, Work and Employment, Return-to-Work, Disability Management, Participation

Введение и цели:

Реабилитация без повышения уровня информированности на предприятиях играет пассивную и второстепенную роль в обществе. Процесс внедрения должен следовать цели повышения привлекательности реабилитации среди ведущих заинтересованных сторон на предприятиях. Способность к трудоустройству – бизнес и беспроигрышная ситуация для всех. Плательщикам, профессионалам и поставщикам услуг в области реабилитации следует сосредоточить внимание на участии инвалидов на первом (оплачиваемом) и инклюзивном рынке труда.

Методы:

Выделение трех глобальных, центральных и важных сдвига парадигмы, связанных с конкретными примерами, облегчает процесс реализации.

- Традиционная профессиональная реабилитация после медицинского лечения переходит на раннее и комплексное обслуживание для поиска пути на платный рынок труда («возврат к работе»).

- Второй сдвиг касается проблемы использования медицинских реабилитационных учреждений и экспертов для услуг, предлагаемых вблизи рабочих мест, а также для потребностей работодателей и сотрудников.

- Третий тренд во всем мире показывает переход от ориентированного на компенсацию социального обеспечения к активному управлению случаями в единых сложных случаях на основе программ управления инвалидностью.

Больше тенденций: к центрам, ориентированным на местность, к персонально-ориентированному сервису, к подходу, основанному на гражданском обществе, к экспертам, ориентированным на участие, к целому мнению и к безбарьерным частным предприятиям.

Результаты:

Занятость и трудоустройство являются движущей силой инвестиций в реабилитацию. Реабилитационные учреждения должны предоставлять своим пациентам ориентированные на работу услуги и должны предлагать свои знания, близкие к потребностям предприятий.

Юрисдикции должны внедрять надлежащие обязанности для работодателей по реабилитации своих работников с использованием экспертов в области управления реабилитацией / инвалидностью, включая профилактические подходы к охране здоровья и безопасности на работе и укреплению здоровья.

Личностно-ориентированная поддержка лиц с тяжелой формой инвалидности использует тот факт, что всего 5% всех случаев реабилитации расходуют общество на 80% затрат, связанных с компенсацией инвалидности. Основная задача состоит в том, чтобы своевременно идентифицировать эти сложные случаи.

Выводы:

Россия могла бы создать или принять код реабилитации, основанный на реализации ст. 27 CRPD, связанный с статьей 26. Законодательство должно быть сосредоточено на программах раннего вмешательства и управления случаями, близких к рабочим местам. В коде реабилитации должны быть предусмотрены финансовые стимулы для программ возвращения к работе.

Федеральная зонтичная организация реабилитации в России могла бы подчеркнуть важность и сотрудничество заинтересованных сторон в реабилитации. Членами этого многостороннего субъекта должны быть плательщики, пользователи, специалисты и поставщики услуг в процессе реабилитации. Эта организация - своего рода родившийся национальный член России в Rehabilitation International.

Планы реализации проекта 27 должны быть инициированы государственными органами на федеральном, региональном и местном уровнях в России. Но и другие организации гражданского общества, такие как реабилитационные учреждения (больницы) или общества медицинских работников, инвалиды и социальное обеспечение, могли бы внести свой вклад в их планы действий.

Background and Aims:

Rehabilitation without awareness raising in enterprises will leave in a passive and minor role of a society. An implementation process must follow the goal of rising more attractiveness of rehabilitation among the leading stakeholders in enterprises. Employability is a business case and a win-win-situation for all. Payers, professionals and service providers in rehabilitation should focus on the participation of persons with disabilities in the first (paid) and inclusive labour market.

Methods:

Pointing out three global core paradigm-shifts connected with concrete examples make an implementation process easier.

- The traditional vocational rehabilitation following medical treatment shifts to an early and comprehensive service for finding the way to the paid labour market (“return-to-work”).
- The second shift concerns the challenge to use the medical rehabilitation facilities and experts for services offered close to the worksites and to the need of employers and employees.
- The third trend worldwide shows the shift from compensation oriented social security to a pro-active case management in single complex cases based on disability management programs.

More trends: To local-centred facilities, to personal-centred service, to civil-society based approach, to participation-oriented experts, to holistic-view focus and to barrier-free private enterprises.

Results.

Employment and employability are the drivers for investing in rehabilitation. Rehabilitation facilities should provide work-place oriented services to their patients and should offer their expertise close to needs of enterprises.

Jurisdictions should implement suitable duties to employers in rehabilitating their workers by using experts in rehabilitation/disability management including preventive approaches in health and safety at work and health promotion.

A personal-centred support for persons with severe disabilities uses the fact, that merely 5 % of all rehabilitation cases costs the society about 80% of the costs invested in compensating disabilities. The key challenge is to identify these complex cases right in time.

Conclusions:

Russia could create or adopt a rehabilitation code based on the implementation of Art. 27 CRPD linked with Art 26. The legislation should focus on early intervention and case management programs close to the work-sites. Financial incentives for return-to-work programs should be provided in the code of rehabilitation.

A federal umbrella organization of rehabilitation in Russia could highlight the importance and cooperation of stakeholders in rehabilitation. Members of this multi-stakeholder entity should be payers, users, professionals and service providers in rehabilitation. This organization is a kind of a born National member of Russia in Rehabilitation International.

Action Plans of implementing Art 27 should be initiated by state authorities on a federal, regional and local level in Russia. But also other organisations of civil society like rehabilitation facilities (hospitals) or societies of health care professionals, persons with disability and in social security could contribute with their action plans.

References:

1. ISSA Guidelines in Return to Work (www.issa.int)
2. RI Guidelines on “The way to paid work” (www.riglobal.org)
3. Disability Management qualification program (www.nidmar.ca)

**ПРОЕКТ БАЗОВОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
«ЭФФЕКТИВНЫЕ КАДРЫ РЕГИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ИНКЛЮЗИВНОГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»**

Куклина В. Ю., Красновская Г. Н.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение
«Охтинский колледж» (СПб ГБ ПОУ «Охтинский колледж»)

Россия, Санкт-Петербург

**THE PROJECT OF THE BASIC PROFESSIONAL EDUCATIONAL ORGANIZATION
"EFFECTIVE STAFF OF THE REGIONAL SYSTEM OF THE INCLUSIVE PROFESSIONAL
EDUCATION»**

Kuklina V. Y., Krasnovskaya G. N.

Saint-Petersburg State Budget Professional Educational Institution "Okhtinskiy College"
Russia, St. Petersburg

Аннотация: Статья представляет проектный подход к созданию модели развития кадрового потенциала инклюзивного образования в системе среднего профессионального образования Санкт-Петербурга (Эффективные кадры РСИПО).

Abstract. The article is the project approach to the creation of a personnel development model for the inclusive education in the professional education system of St. Petersburg (Effective staff, RSIVE Regional system of inclusive vocational education).

Ключевые слова: Инклюзивное образование, региональная система инклюзивного профессионального образования, повышение квалификации, особые образовательные потребности, ограниченные возможности здоровья, профессиональное образование инвалидов, кадры для инклюзии, Охтинский колледж, базовая профессиональная образовательная организация.

Key words. Inclusive education, regional system of inclusive vocational education, professional development, special educational needs, limited health opportunities, vocational education of disabled people, staff for inclusion, basic professional educational organization, Okhtinskiy College.

Актуальность

Развитие инклюзивного образования является одной из приоритетных задач в сфере профессионального образования, к 2020 году доля образовательных учреждений среднего профессионального образования, здания которых приспособлены для обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья должна возрасти до 25% [1]. Реальная доступность образования для инвалидов только начинается с доступности зданий, необходимо, чтобы и процесс обучения стал доступным, а это во многом определяют педагогические кадры учреждений среднего профессионального образования. С января 2018 года Санкт-Петербургское государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение «Охтинский колледж», пройдя конкурсный отбор Министерства образования и науки, получил статус базовой профессиональной образовательной организации (далее БПОО), федеральную и региональные субсидии на развитие материальной базы в рамках государственной программы «Доступная среда». Выстраивая деятельность БПОО, Базовый центр – структурное подразделение колледжа, обеспечивающее поддержку функционирования системы инклюзивного среднего профессионального образования лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов в Санкт-Петербурге, приступил к реализации нескольких проектов в рамках региональной системы инклюзивного профессионального образования (далее РСИПО): «Инклюзивные конкурсы профессионального мастерства обучающихся», «Абилимпикс», «Профориентация», «Волонтер», «Эффективные кадры РСИПО». Первоочередным, задающим общий вектор развития считаем проект «Эффективные кадры РСИПО», который направлен на создание модели развития кадрового потенциала инклюзивного образования в системе среднего профессионального образования Санкт-Петербурга.

Профессиональное обучение и профессиональное становление лиц с особыми образовательными потребностями, имеющими инвалидность, возможно при готовности общества к инклюзии во всех сферах деятельности, самих инвалидов к социальной и профессиональной активности и, прежде всего, при наличии компетентных педагогических кадров, призванных не только научить профессии, но и способствовать развитию в обществе толерантности, формированию у инвалидов потребности в трудоустройстве или самозанятости.

Цель проекта – обеспечить развитие профессионально-педагогических компетенций педагогических работников в области инклюзивного образования и обучения не менее чем у 80 педагогов базовой профессиональной образовательной организации и у 250 специалистов в учреждениях сети среднего профессионального образования Санкт-Петербурга к декабрю 2019 года, посредством организационного, информационно-коммуникационного и научно-методического сопровождения в рамках реализации модели развития кадрового потенциала в системе СПО Санкт-Петербурга.

Методы

При разработке проекта использовались SWOT-анализ, PEST-анализ, что позволило получить матрицу, отражающую сильные и слабые стороны учреждения, возможности и угрозы, исходящие из внешней среды проекта. Приступая к реализации проекта Базовый центр Охтинского колледжа разработал и провел входную диагностику с целью изучения уровня профессиональных компетенций педагогов, работающих в условиях инклюзивного образования и выявления затруднений в практике организации инклюзивного образовательного процесса, что позволило определить проблемы и индивидуальные запросы на повышение квалификации. Диагностирование состоялось в виде онлайн опроса, организованного в Google Формах в период с февраля по март 2018 года. В опросе приняли участие 86 респондентов из 38 образовательных учреждений Санкт-Петербурга. Должностной состав опрошенных распределился следующим образом: мастеров производственного обучения 22% (19 человек), преподавателей 15% (13 человек), руководителей 23% (20 человек), учителей 13% (11 человек), педагогов-психологов 10,5% (9 человек), социальных педагогов 8% (7 человек), а также единичные представители других педагогических профессий – педагог-организатор, педагог дополнительного образования, методист, библиотекарь, сурдопереводчик, тьютор. Бланк опроса включает 43 вопроса объединенных в два блока: когнитивный (знаниевый) и практический. Респонденту предлагалось оценить свой уровень знания или умения в предлагаемой шкале баллов. В целом, диагностирование показало средний уровень владения компетенциями (таблица 1). Уровень профессиональных компетенций в групповой выборке определялся процентным соотношением респондентов, выбравших ответ: 1 (высокий уровень) – хорошо знаю и умею применять, могу поделиться опытом с другими; 2 (средний уровень) – знаю, но недостаточно; 3 (низкий уровень) – испытываю затруднения, хотелось бы изучить данный вопрос.

Таблица 1. Процентное соотношение уровня профессиональных компетенции педагога, работающего в условиях инклюзии в группе респондентов

№	Вопросы / оценка в баллах	1	2	3
Когнитивный блок (знаниевый, теоретический)		Количество ответивших в %		
1.	Основные понятия инклюзивного и интегрированного образования	35	57	8
2.	Нормативно-правовая база, регулирующая обучение инвалидов и лиц с ОВЗ	25	55	20
3.	Ассистивные устройства и технологии	11	45	43
4.	Индивидуальный образовательный маршрут, его структура	32	45	23
5.	Адаптированные образовательные программы для профессионального обучения инвалидов	22	55	23
6.	Адаптационные дисциплины	15	60	25
7.	Технологии личностно-ориентированного обучения	38	49	13
8.	Методика поэтапного формирования умственных действий	34	45	21
9.	Методы коррекционно-развивающего обучения лиц с ОВЗ и их эффективное использование в образовательном процессе	35	36	29
10.	Знание и применение специальной компьютерной техники и программ для обучения лиц с ОВЗ	43	45	12
11.	Дистанционное обучение	20	50	30

12.	Электронные образовательные ресурсы	35	51	14
13.	Специфика и виды профессиональной ориентации лиц с ОВЗ и инвалидностью	26	47	27
14.	Критерии эффективного психолого-педагогического сопровождения	34	42	24
15.	Особые образовательные потребности детей с нарушением слуха	13	50	38
16.	Особые образовательные потребности детей с нарушением зрения	7	50	43
17.	Особые образовательные потребности детей с нарушением опорно-двигательного аппарата	15	43	42
18.	Особые образовательные потребности детей с нарушением интеллекта	34	37	29
19.	Основные направления создания специальных условий для получения среднего профессионального образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья	24	50	26
20.	Общие правила этикета при общении с людьми, имеющими инвалидность	71	24	4
Практический блок (деятельностный)				
21.	Умение определять и разъяснять цели учебных занятий для лиц с ОВЗ (исходя из особенностей обучающихся)	37	45	18
22.	Умение оптимально выбирать формы и методы организации занятия	48	31	21
23.	Владение технологией (элементами): указать какой	-	-	-
24.	Умение оптимально отбирать учебный материал занятия	56	38	6
25.	Умение выбирать и рационально использовать активные формы работы с обучающимися	53	42	5
26.	Умение определять оптимальный объем самостоятельной работы обучающихся на занятиях	59	29	12
27.	Владение современными методиками диагностики уровня обученности обучающихся	35	46	19
28.	Умение создать благоприятный психологический климат, организовать общение обучающихся	72	27	1
29.	Умение развивать познавательный интерес к профессии	63	30	7
30.	Владение методами мотивации и стимулирования обучающихся с ОВЗ	49	36	15
31.	Владение приемами активизации внимания обучающихся с ОВЗ	48	32	20
32.	Умение вовлечь всех обучающихся с ОВЗ в работу на занятиях	54	28	18
33.	Умение организовать рефлексивный этап занятия	50	42	8
34.	Умение осуществлять самоанализ занятия	63	33	4
35.	Выступления на методических объединениях, семинарах, конференциях и форумах различного уровня	42	43	15
36.	Разработка авторской методической продукции, контрольно-измерительных материалов	27	36	37
37.	Подготовка публикаций для профессиональных изданий и сборников материалов конференций;	28	36	36

38.	Участие в открытых неделях (декадах и др.) в формате педагогических мастер-классов и открытых уроков	43	34	23
39.	Личный опыт обучения на дистанционных курсах	20	32	48
40.	Личный опыт разработки ЭОР	11	35	54
41.	Личный опыт использования в инклюзивном образовательном процессе лицензированных ЭОР	7	34	59
42.	Личный опыт участия в конкурсах педагогических достижений	16	40	44
43.	Личный опыт наставничества обучающихся в конкурсах профессионального мастерства (Молодые профессионалы, Абилимпикс)	15	40	45

Для обработки результатов с целью получения индивидуальной выборки уровня профессиональных компетенций применялась сумма баллов конкретного респондента: высокий – от 42 до 59 баллов; средний - от 60 до 93 баллов; низкий - от 94 до 129 баллов.

В теоретическом блоке респонденты наиболее часто отмечали недостаточность знаний особых образовательных потребностей обучающихся с нарушениями зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, ассистивных технологий. В вопросах практического блока отмечены более заметные перепады уровня компетенций, так высоко оценили респонденты свое умение создать благоприятный психологический климат и организовать общение обучающихся (72%), умение развивать познавательный интерес к профессии (63%), умение осуществлять самоанализ занятия (63%). Вместе с тем, респонденты отмечали отсутствие личного опыта использования в инклюзивном образовательном процессе лицензированных электронных образовательных ресурсов - 59%, разработки электронных образовательных ресурсов - 54%, собственного опыта обучения на дистанционных курсах - 48%, участия в конкурсах педагогических достижений - 44%, опыта наставничества обучающихся в конкурсах профессионального мастерства, в том числе, чемпионате «Абилимпикс» - 45% респондентов. Кроме этого, при проведении диагностики выяснилось, что часть педагогических работников не смогла пройти онлайн диагностирование, так как не знали (не помнили) своего адреса электронной почты или не имели аккаунта на почтовых сервисах. Выявленные нами проблемы согласуются с задачами Государственной программы Российской Федерации «Развитие образования», которая требует от педагогических работников образования новых компетенций, связанных с развитием электронной образовательной среды [2].

Проведенное диагностирование позволило Базовому центру уточнить мероприятия проекта, определить содержание дополнительных профессиональных программ повышения квалификации, программ стажировок. Для разработки календарного плана проекта и его реализации в колледже создан контрольно-координационный орган – проектный офис, организованы рабочие группы по направлениям деятельности, проведены презентации проекта на различные аудитории заинтересованных сторон. В период с февраля по апрель 2018 года проведено 5 презентаций и обсуждений проекта с участием научных сотрудников, работодателей, представителей профессиональных образовательных учреждений города, психолого-медико-педагогической комиссии, центра занятости населения и других структур. Проект согласован с Комитетом по образованию, получил две внешние рецензии и прошел экспертную проверку ФГАОУ ДПО «ГИНФО» в рамках программы «Школа лидеров СПО: кадровое обеспечение».

По итогам реализации проекта, в первые шесть месяцев, с января по июнь 2018 года разработана дополнительная профессиональная программа повышения квалификации по теме «Организационно-методические основы инклюзивного образования лиц с ОВЗ и инвалидностью в профессиональных образовательных организациях» и реализована в очно-заочной форме, в объёме 72 часов. По программе прошли обучение и получили удостоверение установленного образца 50 слушателей, являющиеся педагогическими сотрудниками 28 профессиональных образовательных учреждений Санкт-Петербурга. В ходе реализации программы курсов повышения квалификации прошли апробацию стажировочные площадки на базе четырёх учреждений города по актуальным вопросам обучения лиц с особыми образовательными потребностями, которые с 2018/2019 учебного года станут отдельными программами стажировки для педагогов РСИПО в рамках сетевого взаимодействия Базового центра. Базой практик, кроме Охтинского колледжа, стали наши постоянные сетевые партнеры [3]: ГБОУ школа интернат № 1 имени К.К. Грота, по теме «Создание специальных условий для получения образования обучающимися с нарушениями зрения»; СПб ГБ

ПОУ «Лицей сервиса и индустриальных технологий», по темам «Создание специальных условий для профессионального обучения лиц с ментальными нарушениями», «Особенности психолого-педагогического сопровождения обучающихся с ОВЗ и инвалидностью»; СПб ГБ ПОУ НК им. А.Г.Неболсина, по темам «Особенности работы с лицами, имеющими нарушения слуха» и «Электронные образовательные ресурсы в обучении лиц с ОВЗ и инвалидностью»; СПб ГБ ПОУ «Охтинский колледж», программа групповой стажировки слушателей по теме «Создание специальных условий в учебной швейной мастерской для обучающихся с интеллектуальными нарушениями по профессии ОКПР 16909 Портной».

Диагностический подход к организации курсов обеспечил высокую оценку слушателями качества реализации дополнительной профессиональной программы повышения квалификации. Анкета «Оценка качества», размещенная на сайте колледжа, показала, что 87% опрошенных высоко оценили содержание программы; 98% слушателей поставили высокую оценку компетентности преподавательского состава; 82% высоко оценили условия и форму предоставления услуги. Высоко социальное доверие к организации - 100% респондентов рекомендуют обучение программе «Организационно-методические основы инклюзивного образования лиц с ОВЗ и инвалидностью в профессиональных образовательных организациях».



Рис. 1. Модель развития кадрового потенциала инклюзивного образования в системе СПО Санкт-Петербурга

Модель развития кадрового потенциала отражена на рис. 1. Проектная команда, основываясь на дефицитах профессиональных компетенций педагогов РСИПО, выявленных входной диагностикой, и понимаемых нами как индивидуальные запросы на повышение компетенций, используя персонализированный подход, строит работу по развитию профессионально-педагогических компетенций педагогических работников в области инклюзивного образования согласно намеченному календарному плану, в информационно-коммуникационном поле РСИПО. Персонализированный подход позволяет педагогу выбрать именно тот маршрут повышения квалификации и развития своих профессиональных компетенций, который необходим ему: обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации, программа стажировки, серия семинаров, вебинаров, участие в конкурсах, активная работа в рамках межучрежденческих рабочих групп.

Результаты проекта определены в критериях и конкретных ключевых показателях.

Критерий 1. Численность сотрудников РСИПО, повысивших профессиональные компетенции в области инклюзивного образования в течение 2018 года составит 70 человек, в 2019 году 180 человек (в том числе, охват сотрудников формами повышения квалификации с использованием электронной системы взаимодействия, не менее 25 человек в 2018 и не менее 50 человек в 2019 году).

Критерий 2. Численность педагогических работников БПОО, повысивших, в течение 2018 года, профессиональные компетенции в области инклюзивного образования составит не менее 25 человек, в 2019 г. не менее 55 чел. (в том числе, количество педагогических работников БПОО, получивших опыт обучения на дистанционных курсах и онлайн: 2018 – 10 человек, 2019 – 20 человек).

Критерий 3. Численность педагогов-наставников профессионального конкурсного движения, участвующих в мероприятиях РСИПО не менее 25 человек, 2019 – не менее 35 человек (в том числе, охват сотрудников БПОО, мероприятиями по развитию компетенций экспертирования и подготовки участников конкурсного движения профессионального мастерства обучающихся с ОВЗ и инвалидностью, 2018г. – 10; 2019г. – 15 человек).

Выводы:

Таким образом, именно проектный подход, используемый базовой профессиональной образовательной организацией в рамках сетевого взаимодействия, может объединить различные структуры и формы работы с педагогическими кадрами для решения противоречия между недостаточной готовностью, компетентностью педагогических кадров к реализации инклюзивного образования, обучения и гарантированным правом инвалидов и обучающихся с ОВЗ в получении профессионального образования с созданием специальных условий и применением специальных методик и средств в современной образовательной и информационной среде, по востребованным на региональном рынке труда профессиям и специальностям.

Список литературы:

1. Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. №599 «О мерах по реализации государственной политики в области образования и науки». URL: <http://base.garant.ru/70170946/> (дата обращения: 19.08.2018).

Ukaz Prezidenta Rossijskoj Federacii ot 7 maya 2012 g. №599 «O merah po realizacii gosudarstvennoj politiki v oblasti obrazovaniya i nauki». URL: <http://base.garant.ru/70170946/> (data obrasheniya: 19.08.2018).

2. Постановление Правительства РФ от 26.12.2017 №1642 «Об утверждении государственной программы РФ «Развитие образования». URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71748426/> (дата обращения: 19.08.2018).

Postanovlenie Pravitelstva RF ot 26.12.2017 №1642 «Ob utverzhenii gosudarstvennoj programmy RF «Razvitie obrazovaniya». URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71748426/> (data obrasheniya: 19.08.2018).

3. Куклина В.Ю. Вопросы сетевого взаимодействия ресурсного центра Охтинского колледжа с.129-134 // Инклюзивное образование: от педагогической теории к практике. Всероссийская научно-практическая конференция: материалы и доклады (СПб., 23-24 апр.2015г.)/ ГБ ПОУ Охтинский колледж; под общ. ред. И.С. Макарьева. – СПб.: ГБ ПОУ Охтинский колледж, 2015. 208 с.

Kuklina V.Yu. Voprosy setevogo vzaimodejstviya resursnogo centra Ohtinskogo kolledzha s.129-134 // Inklyuzivnoe obrazovanie: ot pedagogicheskoy teorii k praktike. Vserossiyskaya nauchno-prakticheskaya konferenciya: materialy i doklady (SPb., 23-24 apr.2015g.)/ GB POU Ohtinskij kolledzh; pod obsh. red. I.S. Makareva. – SPb.: GB POU Ohtinskij kolledzh, 2015. 208 s.

ИНКЛЮЗИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ: ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ СРЕДНЕГО ОБЩЕГО И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Иосифова А. В.

(из опыта работы в СПб ГБУ «Профессионально-реабилитационный центр» и ГБОУ СОШ №223 с углублённым изучением немецкого языка Кировского района Санкт-Петербурга)

СПб ГБУ "Профессионально-реабилитационный центр"

Россия, Санкт-Петербург

INCLUSIVE EDUCATION: THE CONTINUITY OF SECONDARY GENERAL AND VOCATIONAL EDUCATION

Iosifova A.V.

State Budgetary Institution "Professional Rehabilitation Centre"

Russia, St. Petersburg

Аннотация: В статье обозначены связи между средним общим и профессиональным образованием для инвалидов и лиц с ОВЗ. Статья раскрывает возможности реабилитации детей-инвалидов (и не только детей) 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». 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.

Abstract. The article identifies connection between secondary general and vocational education for disabled people and persons with health limitations. The article reveals the possibilities of rehabilitation of disabled children (and not only children) and people with health limitations through the acquisition of a profession of artistic skills: "Artist of painting on wood", "Manufacturer of art products from ceramics" on the example of the educational institution of SPb GBI "Professional Rehabilitation Center". SPb GBI "Professional rehabilitation center" is a state socially oriented multi-profile comprehensive rehabilitation and educational institution for professional rehabilitation of disabled people and persons with health limitations whose ultimate goal is to return to active work of people with disabilities in health.

Ключевые слова: Инклюзивное образование, преемственность среднего общего и профессионального образования, профессия, доступная среда, люди с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ).

Key words. Inclusive education, continuity of secondary general and vocational education, profession, accessible design, people with health limitations.

Система образования в России переживает радикальные изменения, затрагивающие все ее элементы и звенья. Инклюзивное образование – это передовая система обучения, которая нужна детям, имеющим определенные особенности в развитии и здоровье. Согласно ей, ребята здоровые и с инвалидностью обучаются совместно. В соответствии с Федеральным Законом «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ подписанном президентом РФ В.В. Путиным, каждый ребенок, имеет право обучаться с остальными. Суть инклюзивного образования в том, что все дети имеют равный доступ к образованию, причем это не зависит от их особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей [1]. Однако, внедрение этого процесса в нашей стране вызывает массу споров, но еще больше – сложностей. В зарубежных странах инклюзия – это образовательный процесс с богатой историей, который законодательно закреплен. В России с этим проблемы, несмотря на то, что почти 5% детского населения относится к лицам с ограниченными возможностями здоровья. В Санкт-Петербурге, где статистика детей-инвалидов запредельна, и, тем не менее, данная категория жителей города может реализовать себя и получить достойное общее и профессиональное образование.

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:

по состоянию на	Всего инвалидов, чел.	По группам инвалидности, чел.:			По возрастному составу, чел.:			По проблемам здоровья, чел.:				
		1 группа	2 группа	3 группа	Инвалиды трудоспособного возраста	Инвалиды пожилого возраста	Дети-инвалиды	Нарушения опорно-двигательного аппарата	Из них инвалиды-колясочники	Нарушения слуха	Нарушения зрения	Инвалиды с детства
01.01.2017	638 440	37 931	439 919	145 431	95 354	527 927	15 159	128 875	15 719	18 252	9 161	29 488
								3 144	2 354	794	357	

Возможность получения образования детям-инвалидам в 2018 году была скорректирована государством, неся новые возможности этому незащищенному сегменту общества. На законодательном уровне за детьми-инвалидами закреплено право на получение образования. Под действия данного закона попадают все субъекты РФ [2, 3]. В Санкт-Петербурге эта категория граждан может получить среднее общее образование в специальных коррекционных общеобразовательных школах (по городу их около 36), школах-интернатах, специальных коррекционных школах-интернатах, в средних общеобразовательных школах (инклюзивное образование), домашнее обучение, дистанционное обучение (в 2018 году Министерство образования продолжает вносить изменения, которые призваны улучшить образование детей-инвалидов, осуществляемого дистанционно. В России планируется поэтапное формирование условия для обучения инвалидов дистанционно).

Для детей-инвалидов в общеобразовательной школе должны быть созданы специальные условия – это разработка специальных программ и методов обучения, учебников, дидактических материалов, специальных технических средств, которые позволяли бы проводить коррекционные занятия; учителя – специалисты в данной области. Ребенок с нарушениями опорно-двигательного аппарата, зрения, речи, слуха и незначительными отклонениями в интеллекте может посещать учебные заведения.

Огромное количество детей-инвалидов не может посещать общеобразовательные заведения, и вынуждены обучаться по индивидуальной программе. Часто педагог затрудняется подобрать правильную индивидуальную систему обучения ребенка. Часто это касается детей с психическими отклонениями. У нас в стране очень мало учителей, которые способны обучать таких детей. Цель школы – подготовить ребенка к жизни в социуме и дать ему необходимые для этого знания.

В образовательных учреждениях среднего общего образования постепенно вводится программа – «доступная среда» с установленными специальными кнопками-вызова. Эта работа ведется поэтапно, проводят реконструкции здания в силу данных возможностей.

Формы обучения и организация учебного процесса для детей с особенностями развития самые разнообразные. Это оговаривается и подбирается индивидуально. Многие методики ещё в стадии написания. И всё же это потихоньку вводится в образовательное учреждение, где я работаю уже около 30 лет. Правда, такой категории детей, обучается сейчас не так много, но они все-таки обучаются со всеми вместе и не чувствуют этого разделения, им создаётся максимально комфортная среда. Конечно, в системе образования Петербурга есть специализированные коррекционные школы определённого вида, где учатся только данная категория детей. Я обращаю внимание на то, что коррекционных классов в обычной общеобразовательной школе сейчас совсем не много. А проблема диагностики таких детей должна решаться на уровне детского сада. Коррекционно-развивающая работа проводится в первую очередь для того, чтобы оценить всестороннее развитие ребенка, который требует индивидуального подхода. Это нужно для обогащения его социального опыта, чтобы включение в коллектив было более гармоничным. Все мероприятия проводятся с учетом решения некоторых задач. Так, в плане здоровья важно

сохранить и укрепить психическое здоровье ребенка, развить ручную моторику, зрительно-пространственную координацию. В рамках социализации важную роль играет обеспечение гармоничного вхождения ребенка с особыми потребностями в коллектив, формирование у него представлений о себе и окружающих, правилах поведения в обществе. Немаловажно и обучение детей-инвалидов с точки зрения коммуникации, художественного творчества, музыки – все это в комплексе позволяет аккуратно вовлекать их в общий образовательный процесс уже с ДООУ.

Ещё одно направление, которое сейчас очень активно внедрено в общеобразовательный процесс – это профессиональная грамотность обучающихся школьников. В школах введён элективный курс: «Подросток в мире профессии – профессиональная ориентация» («Твоя профессиональная карьера»), который вставлен в сетку расписания базисного учебного плана образовательного учреждения, основной целью которого является профессиональная ориентация 8-9-ти классников.

Общеобразовательная школьная программа – уникальна. Есть предметы естественнонаучного цикла, есть гуманитарные. 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. Обучающиеся дети-инвалиды творческие, гуманитарной направленности после школы могут продолжить обучение на профессиональном уровне. Вопросы профессиональной реабилитации и обеспечения занятости детей-инвалидов занимают существенное место в политике города на современном этапе.

Большое количество таких детей, по большому счёту изолированы от общества, не имея возможности заниматься социально значимой деятельностью, хотя желание и мечты реализовываться ещё есть. 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, созданное в целях интеграции инвалидов в общество и возвращения их к активной трудовой деятельности.

Хочу 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 этажах размещена предупреждающая разметка с тактильными направляющими, тактильными рифами и контрастной тактильной лентой. На первом этаже установлен подъемник.

Актный 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 реабилитантов, 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.

Индивидуальная программа реабилитации (ИПР) 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.

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. Эти реабилитационные команды сопровождают обучающихся инвалидов на всех этапах образовательного процесса.

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.

В «Профессионально-реабилитационном центре» есть кабинет релаксации – кабинет психологической разгрузки, где обучающимся предоставляется возможность расслабиться, отдохнуть, снять напряжение. Удобные кресла для релаксации, притушенный 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 терапии и арт-терапии.

В душевой спортивного зала оборудована душевая кабина для колясочников. Библиотека с читальным залом с персональными компьютерами с выходом в сеть Интернет. Актовый 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, почувствовать красоту и прекрасное, не пафосные слова. Из года в год устойчиво растёт число людей с

ограниченными возможностями, которые начинают серьезно 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 преподавателя 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 наше 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. Разноуровневое общение (учебный процесс, производственная практика, внеучебная 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 молодежи 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.

Список литературы:

1. Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ; Federalnyj zakon «Ob obrazovanii v Rossijskoj Federacii» ot 29.12.2012 g. № 273-FZ;
2. Федеральный закон от 24.11.1995 N 181-ФЗ (ред. от 01.06.2017) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». Federalnyj zakon ot 24.11.1995 N 181-FZ (red. ot 01.06.2017) «O socialnoj zashite invalidov v Rossijskoj Federacii».
3. Федеральный закон от 30.06.2006 N 93-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «О внесении изменений в статью 71 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации». Federalnyj zakon ot 30.06.2006 N 93-FZ (red. ot 03.07.2016) «O vnesenii izmenenij v statyu 71 Federalnogo zakona «Ob obrazovanii v Rossijskoj Federacii»
4. 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; Federalnyj gosudarstvennyj obrazovatelnyj standart srednego professionalnogo obrazovaniya po professii 54.01.10 Hudozhnik rospisi po derevu, utverzhennogo prikazom Ministerstva obrazovaniya i nauki Rossijskoj Federacii № 672 ot 2 avgusta 2013 g., zaregistrirovannogo v Ministerstve yusticii Rossijskoj Federacii 20 avgusta 2013 g., registracionnyj № 29497;
5. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 14.06.2013 г. N 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. N 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. N 464» (Зарегистрировано в Министерстве юстиции Российской Федерации 07.03.2014 г. N 31539); Prikaz Ministerstva obrazovaniya i nauki Rossijskoj Federacii ot 14.06.2013 g. N 464 (red. ot 15.12.2014 g.) «Ob utverzhdenii poryadka organizacii i osushествleniya obrazovatelnoj deyatel'nosti po obrazovatel'nyj

programmam srednego professionalnogo obrazovaniya» (Zaregistrirvano v Ministerstve yusticii Rossijskoj Federacii 30.07.2013 g. N 29200) v redakcii prikaza ot 22.01.2014 g. № 31 «O vnesenii izmeneniya v Poryadok organizacii i osushchestvleniya obrazovatelnoj deyatel'nosti po obrazovatel'nyh programmam srednego professionalnogo obrazovaniya, utverzhdennoj prikazom Ministerstva obrazovaniya i nauki Rossijskoj Federacii ot 14 iyunya 2013 g. N 464» (Zaregistrirvano v Ministerstve yusticii Rossijskoj Federacii 07.03.2014 g. N 31539);

6. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 16.08.2013 г. N 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. N 30306);

Prikaz Ministerstva obrazovaniya i nauki Rossijskoj Federacii ot 16.08.2013 g. N 968 (red. ot 31.01.2014 g.) «Ob utverzhdenii Poryadka provedeniya gosudarstvennoj itogovoj attestacii po obrazovatel'nyh programmam srednego professionalnogo obrazovaniya» (Zaregistrirvano v Ministerstve yusticii Rossijskoj Federacii 01.11.2013 g. N 30306);

7. «Положение об организации и проведении государственной итоговой аттестации выпускников в условиях реализации федерального образовательного стандарта среднего профессионального образования» в СПб ГБУ «Профессионально-реабилитационный центр».

«Polozhenie ob organizacii i provedenii gosudarstvennoj itogovoj attestacii vypusknikov v usloviyah realizacii federalnogo obrazovatel'nogo standarta srednego professionalnogo obrazovaniya» v SPb GBU «Professionalno-reabilitacionnyj centr».

8. Сайт СПб ГБУ «Профессионально-реабилитационный центр» <http://www.p-rcenter.edu.ru/>
Sajt SPb GBU «Professionalno-reabilitacionnyj centr» <http://www.p-rcenter.edu.ru/>

9. Сайт ГБОУ СОШ №223 с углублённым изучением немецкого языка Кировского района Санкт-Петербурга http://www.kirov.spb.ru/sc/223_2/

Sajt GBOU SOSh №223 s uglublyonnym izucheniem nemeckogo yazyka Kirovskogo rajona Sankt-Peterburga http://www.kirov.spb.ru/sc/223_2/

10.Коррекционные школы Санкт-Петербурга <https://spb.hipdir.com/korrekcionnaya-shkola/>
Korrekcionnye shkoly Sankt-Peterburga <https://spb.hipdir.com/korrekcionnaya-shkola/>

11.Школы-интернаты в Санкт-Петербурге <https://spb.zoon.ru/education/type/shkola-internat/>
Shkoly-internaty v Sankt-Peterburge <https://spb.zoon.ru/education/type/shkola-internat/>

УДК 331.57

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ СПЕЦИАЛИСТОВ ОРГАНОВ ЗАНЯТОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ПО ПОДДЕРЖКЕ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВА ИНВАЛИДОВ

Чукардин В. А.

ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России

Россия, Санкт-Петербург

SOME FEATURES OF THE WORK OF SPECIALISTS OF EMPLOYMENT AGENCIES TO SUPPORT THE ENTREPRENEURSHIP OF PERSONS WITH DISABILITIES

Chukardin V. A.

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

Russia, St.Petersburg

Аннотация: В статье анализируются правовые и организационные вопросы привлечения незанятых инвалидов к созданию своего бизнеса. Приводятся сведения о востребованности данной услуги среди инвалидов. Рассматриваются критерии отбора желающих.

Abstract. The article analyzes the legal and organizational issues of involvement of unemployed persons with disabilities in the creation of their business. The information about the demand for this service among the disabled is given. The criteria for the selection of applicants are considered.

Ключевые слова: самозанятость инвалидов, создание собственного дела, предпринимательство, служба занятости населения, незанятые инвалиды.

Key words. self-employment of persons with disabilities, creation of own business, enterprise, employment service, unemployed persons with disabilities.

Введение. Если работа по организации самозанятости безработных граждан в целом налажена и ведется длительное время, то поддержка предпринимательства среди незанятых инвалидов вызывает большие сложности у специалистов, поскольку эти люди нуждаются в особом подходе. По нашей оценке, это одно из мало исследованных и недостаточно отработанных направлений содействия занятости инвалидов.

Цели: оценить доступные для специалистов данные о состоянии здоровья инвалидов, желающих создать свой бизнес при поддержке государства, их трудовом потенциале, предложить формы привлечения к этой работе учреждений МСЭ. Проанализировать возможные пути повышения эффективности этой работы с инвалидами и формы активизации финансовой поддержки их бизнеса.

1. Правовые основы создания инвалидами своего дела

Содействие трудоустройству инвалидов, с учетом степеней ограничения способностей к трудовой деятельности, в последние годы стало важным направлением работы органов службы занятости населения, ведущих ее в тесном взаимодействии с другими учреждениями. Это особенно актуально, с учетом незначительности доли работающих инвалидов в России (справочно: на 01.05.2018 по России - 26,1%, в Санкт-Петербурге - 36,75%, в Ленинградской области – 31,89% [7]). Одно из направлений такой работы - привлечение желающих и поддержка инициатив неработающих инвалидов по созданию своего дела. В Федеральном Законе от 24.11.95 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов» этому направлению посвящен п.6 ст. 20. Среди перечисленных здесь специальных мероприятий, способствующих повышению конкурентно-способности инвалидов на рынке труда, называется создание условий для предпринимательской деятельности инвалидов. Причем порядок их проведения определяется органами государственной власти субъектов РФ.

В ст.7.1-1 Закона РФ «О занятости населения в РФ» от 19.04.1991 года № 1032-1 (в редакции от 03.07.2018 года) предусматривается оказание органами занятости, в соответствии с законодательством о занятости населения, государственной услуги по содействию самозанятости безработных граждан.

Приказом Минтруда России от 24.12.2013 г № 773н [3] утвержден федеральный государственный стандарт государственной услуги по содействию самозанятости безработных граждан (далее - услуга), который применяется в органах занятости населения для предоставления этой услуги, в том числе и инвалидам, в рамках утвержденных в регионах регламентов этой услуги. Для получения услуги инвалиду дополнительно требуется предоставить ИПРА (п.13 ч. 2). Но результатом предоставления услуги стандарт определяет выдачу безработному гражданину заключения о предоставлении услуги, а не открытие им своего дела, что безусловно снижает эффективность применения услуги в регионах. Кроме того, стандарт и региональные регламенты не содержат особенности оказания данной услуги инвалидам.

Большое значение для работы учреждений поддержки предпринимательства и развития бизнес-деятельности инвалидов имеет приказ Минэкономразвития РФ от 14.02.2018 № 67, утвердивший, в частности, требования к работе Центров инновации социальной сферы (ЦИСС), одним из итоговых показателей деятельности которых будет привлечение инвалидов к самозанятости [2].

2. Востребованность среди инвалидов услуги по самозанятости

Каков уровень востребованности данной услуги среди инвалидов? Рассмотрим для примера результаты мониторинга потребности незанятых инвалидов трудоспособного возраста в трудоустройстве, открытии собственного дела в Санкт-Петербурге, проведенного в 2015 и 2017 годах ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России по заданию комитета по труду и занятости населения города [4, 5]. Из пяти с лишним тысяч опрошенных инвалидов хотели бы открыть собственное дело от 2,1% в 2016 году до 5% в 2017 году. Для сравнения приведем сводные данные мониторинга по России, собранные Минтрудом России. Так, по итогам опроса в 2013 году хотели бы открыть собственное дело 5% инвалидов, в 2015 году – 5,2%. К сожалению, Минтруд перестал вести данный мониторинг и более свежие сведения по России отсутствуют.

Вернемся к итогам опросов в Санкт-Петербурге. По группам заболеваний среди желающих создать свой бизнес все годы лидируют инвалиды - колясочники (от 10,5 % в 2015 году до 20 % в 2017 году). Равномерно по годам представлены инвалиды по зрению (3,3 – 5,7%), по слуху (1,5 - 5,6 %), с нарушением ОДА (2,1- 5,8 %) и с ментальными расстройствами (3,2 - 4,9 %).

Анализ возрастных особенностей желающих инвалидов показывает среди них несколько более высокую долю групп 19- 29 лет (7,2-7,4%) и 30-39 лет (4,6-20 %). Выделяется среди интересующихся бизнесом доля инвалидов 1 группы (от 6,2 до 17,5%). Равномерно представлены инвалиды (в 2017 году первый раз был оценен уровень их образования) с высшим (6,1%), незаконченным средним (5,6%), со средним профессиональным (4,9%) и начальным профессиональным (4,9%) образованием.

На примере опубликованных статистических сведений службы занятости населения Ленинградской области можно оценить итоги оказания услуги безработным инвалидам. Так, в 2016 году, по данным формы 2-т (трудоустройство) [9], из 586 человек, получивших услугу, было зафиксировано 50 инвалидов или 8,5% (16 женщин, 9 жителей сельской местности, 6 жителей моногородов). В 2017 году в числе 542 человек, получивших услугу было уже 63 инвалида или 11,6% (22 женщины, 15 жителей села, 8 жителей моногородов). Однако, в данном случае речь идет только о получении консультации о создании своего дела, как результата работы службы занятости с клиентом. Сведения об инвалидах, которые создали собственное дело, в форме 2-т отсутствуют. По информации комитета по труду и занятости населения Ленинградской области, полученной автором, в 2016 году открыли свое дело 7 инвалидов (14% от получивших услугу). В 2017 году занялся бизнесом 1 инвалид (1,6%). По сведениям комитета по труду и занятости населения Санкт-Петербурга, в 2016 году стали предпринимателями 4 инвалида, в 2017 году - 7 человек, в 2018 году открыли свой бизнес 3 инвалида.

Приведенные данные показывают, что у инвалидов уровень востребованности данной услуги находится в объеме значительно меньшем, чем у здоровых людей (так, согласно опросу ВЦИОМ, проведенному в 2016 году, 34% граждан России хотят открыть свой бизнес) [6], да и результаты работы по созданию инвалидами собственного дела пока не очень значимые.

Следует отметить, что специалистам хорошо известны определенные особенности работы бизнесменов с инвалидностью по ведению своего дела, которые органам занятости населения и поддержки предпринимательства следует лучше использовать, привлекая на их примерах неработающих инвалидов к самозанятости. Такие руководители с большим удовольствием берут к себе в сотрудники инвалидов, ведут бизнес в том режиме, который им наиболее подходит по состоянию здоровья (на дому, дистанционная занятость, удаленный доступ к рабочему месту, подходящий график работы, возможность самому приспособить оборудование рабочего места под себя и других инвалидов и т.п.).

3. Критерии отбора инвалидов для создания собственного дела

При наличии кандидатов на создание своего дела из числа инвалидов, у специалистов органов занятости населения и поддержки предпринимательства встает вопрос о критериях отбора таких инвалидов (ведь речь идет о предоставлении им в будущем пакетов финансовых средств и различных льготных кредитов). Наряду с обычными критериями, применяемыми для граждан, начинающих бизнес, есть, по нашему мнению, ряд особенностей отбора инвалидов, с учетом состояния их здоровья. Имеющийся опыт органов занятости населения показывает, что к числу мало подходящих для создания своего дела можно отнести инвалидов с ментальными расстройствами, с третьей степенью ограничения способности к трудовой деятельности, с низким трудовым потенциалом. Вызывает большие сложности наличие у инвалида третьей степени ограничения способности к самообслуживанию (полная зависимость от других лиц), к ориентации и контролю своего поведения. Все эти данные имеются в выписке из ИПРА и уже на ранней стадии предоставления услуги есть возможность принять мотивированное решение об отказе гражданину.

Что касается инвалидов, перспективных для создания своего дела, то, по нашему мнению, это лица с высоким трудовым потенциалом, с первой (иногда - второй) степенями ограничения способности к самообслуживанию, к передвижению, к ориентации, к обучению, контролю своего поведения, к трудовой деятельности. В то же время часто возникает необходимость уточнить эти сведения, поскольку у каждого инвалида имеются свои особенности состояния организма и трудового потенциала. Это можно сделать двумя путями. Первое - письменным запросом в учреждение МСЭ, и второе - приглашением специалиста МСЭ для личного участия в заседании комиссии учреждения по отбору желающих создать свое дело и защите подготовленных кандидатами бизнес-планов. Такой тщательный анализ необходим на фоне высокой доли предприятий, закрытых инвалидами, в том числе по состоянию их здоровья. Так, в Ленинградской области в 2016- 2017 годах инвалиды закрыли 3 созданных при поддержке службы занятости населения предприятия.

4. Пути повышения эффективности работы по поддержке самозанятости инвалидов

Что можно сделать для повышения эффективности работы специалистов всех заинтересованных структур по этому направлению? Уже в период предварительных собеседований с инвалидом традиционно встает вопрос о направлении его будущего бизнеса и не только о его востребованности, но и возможности его адаптации с точки зрения здоровья кандидата. И здесь не обойтись, на наш взгляд, без получения квалифицированного заключения экспертов МСЭ (практики хорошо знают, что в ИПРА крайне редко можно найти рекомендации по созданию своего бизнеса) и специалистов-консультантов по этому направлению деятельности. Назрела необходимость

разработки и ведения региональных «генераторов бизнес - идей» для инвалидов (в первую очередь по тематике социальных предприятий), с приложением сведений, для каких категорий инвалидов подходят эти идеи.

Было бы полезным ведение региональных реестров организаций бизнеса, созданных инвалидами, с включением в них данных о категориях инвалидности их создателей, что позволило бы госструктурам вести полный учет их обязательной работы в период от 6 месяцев до полутора лет, наступающий после получения предоставленных им льгот и субсидий, а новым предпринимателям с инвалидностью - адресно обращаться, с помощью реестра, за консультацией. Мы предлагаем определить в каждом регионе «образцовые» малые предприятия инвалидов, открытые для посещения кандидатами на создание своего дела. Вполне реально, чтобы эти предприятия были использованы, начиная с 2019 года, для создания на них рабочих мест в форме социальных предприятий и в режиме сопровождаемой занятости инвалидов.

Конечно, наряду с данными из ИПРА, специалисты службы занятости населения должны использовать в работе по оценке готовности кандидатов с инвалидностью названные в стандарте госуслуги обычные мероприятия, с привлечением психолога учреждения, проведением необходимого профилирования, тестирования, комплексного собеседования с кандидатом, на основе разработанного им бизнес-плана. При необходимости, инвалидам должна быть оперативно предоставлена возможность обучения навыкам бизнес-планирования и ведения бизнеса (в т.ч. на примере преуспевающих бизнесменов с инвалидностью), изучения местного и федерального налогового законодательства, имеющихся для инвалидов льгот и преимуществ. В этой связи нуждаются в разработке специальные программы обучения, приспособленные к особенностям тех или иных групп инвалидов (что не исключает их инклюзивного обучения вместе со здоровыми). К подготовке таких программ надо привлечь научных работников, психологов, специалистов МСЭ, практиков из числа инвалидов. В самом федеральном стандарте госуслуги, по нашему мнению, следует:

- дополнительно отразить особенности ее оказания именно инвалидам (в том числе порядок отбора кандидатов, обучение, привлечение специалистов МСЭ и т.п.);
- предусмотреть, что результатом исполнения услуги является создание безработным гражданином своего дела;
- в числе причин отказа в предоставлении госуслуги указать наличие обоснованных противопоказаний, связанных с состоянием здоровья инвалида и его трудового потенциала.

5. Формы активизации финансовой поддержки самозанятости инвалидов.

Несомненно, важным условием повышения интереса инвалидов к созданию своего бизнеса должны стать различные льготы и преимущества, предлагаемые гражданам в регионах. Наиболее стандартной в России является практика выделения безработным (в т.ч. инвалидам) единовременной выплаты в размере 24 месячных пособий по безработице, оплата за счет службы занятости населения стоимости оформления гражданами учредительских документов на открытие бизнеса. В тоже время порядок таких выплат не предусматривает повышения их размера для инвалидов, не учитывает сложностей и дополнительных расходов, которые вынуждены нести инвалиды из-за характера своего заболевания и необходимости закупок в некоторых случаях специального оборудования.

Открытые и работающие в настоящее время малые бизнесы инвалидов получают ряд субсидий и льгот по кредитам от структур поддержки предпринимательства, как это делается в Ленинградской области [8]. Обширный материал, содержащий большое число примеров поддержки предпринимательства среди инвалидов в г. Москве и ряде других регионов, опубликован в сборнике по итогам прошедшей в Казани 3 международной научно-практической конференции «Педагогика, психология и технологии инклюзивного образования» [1].

В связи с предполагаемым в 2019 году внесением изменений в федеральное законодательство о квотировании рабочих мест для инвалидов и возможным созданием региональных фондов по аккумулированию средств тех предприятий, которые не смогут осуществлять квотирование, было бы правильным направлять часть ресурсов из этого источника на прямую финансовую поддержку предприятий, создаваемых инвалидами.

6. Результаты и их обсуждение

Материалы и предложения автора, содержащиеся в данной статье, были обсуждены и в целом одобрены на заседании экспертного совета Центра социального предпринимательства Санкт-Петербурга в июне 2018 года.

7. Выводы и заключения

Работа специалистов органов занятости населения и поддержки предпринимательства по развитию самозанятости среди инвалидов нуждается в существенной активизации и применении новых форм и методов. Использование профессиональных оценок трудового потенциала и сведений

о состоянии здоровья кандидатов из числа инвалидов может существенно повысить уверенность инвалидов в своих силах, снизить риски досрочного закрытия их предприятий. Применение предложенных нами нововведений и распространение в регионах России лучших практик позволит заметно активизировать интерес инвалидов к малому бизнесу, снизит их во многом чрезмерную зависимость от помощи государства при незанятости и работе по найму.

Список литературы:

1. Меры поддержки предпринимательской деятельности, осуществляемой инвалидами, социального предпринимательства и трудоустройства//Педагогика, психология и технологии инклюзивного образования: Материалы 3-й науч.-практич. конф. г.Казань - URL: <https://pandia.ru/text/80/214/1797.php> (Дата обращения 1.08.2018).
Mery podderzhki predprinimatelskoj deyatelnosti, osushestvlyaeмой invalidami, socialnogo predprinimatelstva i trudoustrojstva//Pedagogika, psihologiya i tehnologii inklyuzivnogo obrazovaniya: Materialy 3-j nauch.-praktich. konf. g.Kazan - URL: <https://pandia.ru/text/80/214/1797.php> (Data obrasheniya 1.08.2018).
2. Приказ Минэкономразвития России от 14 февраля 2018 № 67 «Об утверждении требований к реализации мероприятий субъектов РФ, бюджетам которых предоставлены субсидии на государственную поддержку малого и среднего предпринимательства». - URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71836634/>. (Дата обращения 1.08.2018).
Prikaz Minekonomrazvitiya Rossii ot 14 fevralya 2018 № 67 «Ob utverzhenii trebovanij k realizacii meropriyatij subektov RF, byudzhetaм kotoryh predostavleny subsidii na gosudarstvennuyu podderzhku malogo i srednego predprinimatelstva». - URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71836634/>. (Data obrasheniya 1.08.2018).
3. Приказ Минтруда России от 24 декабря 2013 г. № 773н «Об утверждении федерального государственного стандарта государственной услуги по содействию самозанятости безработных граждан». - URL: <https://rosmintrud.ru/docs/mintrud/orders/223>. (Дата обращения 1.08.2018).
Prikaz Mintruda Rossii ot 24 dekabrya 2013 g. № 773n «Ob utverzhenii federalnogo gosudarstvennogo standarta gosudarstvennoj uslugi po sodejstviyu samozanyatosti bezrabortnyh grazhdan». - URL: <https://rosmintrud.ru/docs/mintrud/orders/223>. (Data obrasheniya 1.08.2018).
4. Результаты мониторинга потребности незанятых инвалидов трудоспособного возраста в трудоустройстве, открытии собственного дела в Санкт-Петербурге в 2015 году. Информационно-методический сборник. - СПб ГАУ "Центр занятости населения Санкт-Петербурга", 2015 г. - 53 с.
Rezultaty monitoringa potrebnosti nezanyatyh invalidov trudosposobnogo vozrasta v trudoustrojstve, otkrytii sobstvennogo dela v Sankt-Peterburge v 2015 godu. Informacionno-metodicheskij sbornik. - SPb GAU "Centr zanyatosti naseleniya Sankt-Peterburga", 2015 g. - 53 s.
5. Результаты мониторинга потребности незанятых инвалидов трудоспособного возраста в трудоустройстве, открытии собственного дела в Санкт-Петербурге в 2017 году. Информационно-методический сборник. –СПб: СПб ГАУ "Центр занятости населения Санкт-Петербурга", 2017 г.-64с.
Rezultaty monitoringa potrebnosti nezanyatyh invalidov trudosposobnogo vozrasta v trudoustrojstve, otkrytii sobstvennogo dela v Sankt-Peterburge v 2017 godu. Informacionno-metodicheskij sbornik. – SPb: SPb GAU "Centr zanyatosti naseleniya Sankt-Peterburga", 2017 g. - 64 s.
6. Результаты опроса ВЦИОМ 14-15.05.2016 (опубликованы на портале ТАСС 30.05.2016). - URL: <http://tass.ru/obschestvo/3323225>. (Дата обращения 1.08.2018).
Rezultaty oprosa VCIOM 14-15.05.2016 (opublikovany na portale TASS 30.05.2016). - URL: <http://tass.ru/obschestvo/3323225>. (Data obrasheniya 1.08.2018).
7. Статистика о количестве работающих инвалидов по состоянию на 01.05.2018. Опубликовано на сайте Федерального реестра инвалидов в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет». - URL: <https://sfri.ru/stat/>. (Дата обращения 1.08.2018).
Statistika o kolichestve rabotayushih invalidov po sostoyaniyu na 01.05.2018. Opublikovano na sajte Federalnogo reestra invalidov v informacionno-telekommunikacionnoj seti «Internet». - URL: <https://sfri.ru/stat/>. (Data obrasheniya 1.08.2018).
8. Трудоустройство людей с инвалидностью. Льготы и субсидии для малого бизнеса в Ленинградской области. - URL: <http://credit47.ru/disabled/>. (Дата обращения 1.08.2018).
Trudoustrojstvo lyudej s invalidnostyu. Lgoty i subsidii dlya malogo biznesa v Leningradskoj oblasti. - URL: <http://credit47.ru/disabled/>. (Data obrasheniya 1.08.2018).
9. Формы статистического наблюдения 2-т «Трудоустройство» - годовая, за 2016-2017 годы. URL: <http://czn47.ru/labormarket/index> (Дата обращения 1.08.2018).
Formy statisticheskogo nablyudeniya 2-t «Trudoustrojstvo» - godovaya, za 2016-2017 gody. URL: <http://czn47.ru/labormarket/index> (Data obrasheniya 1.08.2018).

РАЗДЕЛ 3. РЕАБИЛИТАЦИЯ И АБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ. РАННЯЯ ПОМОЩЬ

CHAPTER 3. REHABILITATION AND HABILITATION OF CHILDREN. EARLY CHILDHOOD INTERVENTION

УДК 364.444

ПЕРСПЕКТИВНАЯ МОДЕЛЬ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ РАННЕЙ ПОМОЩИ В ПЕРМСКОМ КРАЕ

Бронников В.А., Григорьева М.И.

(Статья подготовлена в рамках реализации на территории Пермского края Пилотного проекта по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе - детей-инвалидов рамках подпрограммы «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям» государственной программы)

КГАУ «Центр комплексной реабилитации инвалидов»

Россия, Пермь

PERSPECTIVE MODEL OF DEVELOPMENT OF THE EARLY HELP SYSTEM IN PERM REGION

Bronnikov V.A., Grigoreva M.I.

Center of Complex Rehabilitation of Disabled people

Russia, Perm

Аннотация: В статье описано современное состояние, проблемные аспекты и перспективы развития системы ранней помощи в Пермском крае.

Abstract. In the article describes the current situation, problem aspects and perspectives of the Early Help Service in Perm region.

Ключевые слова: ранняя помощь.

Key words. Early Help Service.

В Пермском крае услуги ранней помощи оказываются на базе учреждений трех ведомств: Министерства социального развития Пермского края, Министерства образования и науки Пермского края и Министерства здравоохранения Пермского края. Первые отделения раннего вмешательства в Пермском крае стали открываться в учреждениях здравоохранения в 2013 году, в настоящее время организация центров ранней помощи детям первых трех лет жизни Министерства здравоохранения Пермского края осуществляется в

«Развитие здравоохранения». В системе образования службы ранней помощи были открыты при учреждениях дошкольного образования, центрах психолого-медико-социального сопровождения, координационную функцию выполняет ГКУ Пермского края «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи». С 2016 года службы ранней помощи начали функционировать в системе социального обслуживания – при центрах реабилитации инвалидов, с 2017 года их развитие и функционирование осуществляется в рамках мероприятий Пилотного проекта по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе - детей-инвалидов. Службы ранней помощи каждого ведомства имеют свою специфику, выполняют свои функции, однако сегодня можно говорить о развитии системы ранней помощи в Пермском крае, организации межведомственного взаимодействия и обеспечении преемственности. Динамика развития служб ранней помощи в Пермском крае отражена на рис. 1

2018 год (6 месяцев)**2017 год****В системе социального обслуживания:**

- **НА БАЗЕ ОТДЕЛЕНИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ (4)**
- ✓ ДЗЕРЖИНСКИЙ РАЙОН Г. ПЕРМИ
- ✓ ОРДЖОНИКИДЗЕВСКИЙ РАЙОН Г. ПЕРМИ
- ✓ КИРОВСКИЙ РАЙОН Г. ПЕРМИ
- ✓ Г. КРАСНОКАМСК
- Услуги получили **505** детей
- Составлено **264** ИПРП

В системе здравоохранения:

- **5 кабинетов раннего вмешательства**

В системе образования:

- **44** отделения СРП
- обслужено **3 608** человек

В системе социального обслуживания:**НА БАЗЕ ОТДЕЛЕНИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ (6)**

- ✓ ДЗЕРЖИНСКИЙ РАЙОН Г. ПЕРМИ
- ✓ ОРДЖОНИКИДЗЕВСКИЙ РАЙОН Г. ПЕРМИ
- ✓ КИРОВСКИЙ РАЙОН Г. ПЕРМИ
- ✓ Г. КРАСНОКАМСК
- ✓ Г. ЧУСОВОЙ
- ✓ Г. ЛЫСЬВА

НА БАЗЕ ДЕТСКИХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ЦЕНТРОВ (3)

- ✓ с. ГОСЬВА
- ✓ г. БЕРЕЗНИКИ
- ✓ г. ЧАЙКОВСКИЙ
- Услуги получили **463** семьи
- Составлено **315** ИПРП

В системе образования:

- **84** отделения СРП
- **43** территории ПК
- обслужено **1 412** человек

В системе здравоохранения:

- **8** отделений СРП в 5 территориях ПК + отделение катамнеза на базе Перинатального центра
- Обслужено **1 758** человек

Услуги ранней помощи получили 4,5 тыс. детей (50% потребности)

Услуги ранней помощи за 6 месяцев получили 3,6 тыс. детей (40% потребности), ожидаемый показатель на конец 2018 года – 7,3 тыс. детей, что составит 80% потребности в услугах ранней помощи

Рис. 1. Динамика развития служб ранней помощи в системе образования, здравоохранения и социального обслуживания Пермского края

В виду отсутствия законодательной основы деятельности служб ранней помощи на федеральном уровне нормативно-правовые основы их деятельности представлены документами, касающимися межведомственного взаимодействия, внутриведомственными нормативными актами и локальными актами учреждений, на базе которых открыты отделения службы ранней помощи.

Концептуальной и методологической основой деятельности служб ранней помощи являются:

1. Распоряжение Правительства РФ №1839-р от 31 августа 2016 г. «Об утверждении Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года».

2. Распоряжение Правительства РФ №2723-р от 17 декабря 2016 г. «Об утверждении плана мероприятий по реализации Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года».

3. Приказ Минтруда России №705 от 29.09.2017 «Об утверждении примерной модели межведомственного взаимодействия организаций, предоставляющих реабилитационные услуги, обеспечивающей принцип ранней помощи, преемственность в работе с инвалидами, в том числе детьми- инвалидами, и их сопровождение

4. Проект Приказа Минтруда России «Об утверждении методических рекомендаций по обеспечению услуг ранней помощи детям и их семьям в рамках Пилотного проекта по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов»

Документом межведомственного характера является «Соглашение о межведомственном взаимодействии в части реализации мероприятия 2.1.1.11

«Организация службы ранней помощи для детей с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов в возрасте от 0 до 4 лет», утвержденное постановлением Правительства Пермского края от 3 октября 2013 г. № 1316-п «Об утверждении государственной программы «Доступная среда. Реабилитация и создание условий для социальной интеграции инвалидов Пермского края» от 7.10.2016. Межведомственный характер носят соглашения между учреждениями разной ведомственной подчиненности, например, заключенные между КГАУ «Центр комплексной реабилитации инвалидов» и Детской клинической больницей №13, в рамках которого осуществляется выявление и диагностика новорожденных детей с патологиями развития на базе учреждения здравоохранения и направления его в службу ранней помощи системы социального обслуживания (см. рис. 2).



Рис. 2. Схема взаимодействия ДКБ №13 (слева) и отделений служб ранней помощи КГАУ «Центр комплексной реабилитации инвалидов» (справа) в процессе оказания услуг по ранней помощи детям

В настоящее время на основе методических рекомендаций Минтруда РФ и опыта регионов России разрабатывается регламент межведомственного взаимодействия между Министерством образования Пермского края, Министерством здравоохранения Пермского края и Министерством социального развития Пермского края. Ключевую роль в организации данного взаимодействия будет играть Региональный ресурсно-методический центр по ранней помощи.

Внутриведомственными документами являются, например, Приказ Министерства социального развития «Об утверждении рабочей группы при Министерстве социального развития по организации ранней помощи» и Приказ Министерства образования «Об утверждении положения о рабочей группе по апробации форм оказания ранней помощи детям в возрасте до трёх лет». На основе них осуществляется координационная деятельность служб ранней помощи в рамках соответствующих ведомств. К внутриведомственным документам также можно отнести положения о службах ранней помощи, утвержденные приказами руководителей учреждений.

Ключевым вопросом для деятельности служб ранней помощи является вопрос определения получателей услуг служб ранней помощи. В соответствии с проектом методических рекомендаций Минтруда РФ (последняя редакция) получателями услуг ранней помощи могут быть:

- дети-инвалиды в возрасте от рождения до трех лет (по данным бюро медико-социальной экспертизы в Пермском крае 2 234 ребенка в возрасте до 3 лет впервые признаны инвалидами);
- дети в возрасте от рождения до трех лет, не имеющие статуса «ребенок-инвалид», у которых выявлено стойкое нарушение функций организма или заболевание, приводящие к нарушениям функций организма, или выявлена задержка развития (по данным Министерства здравоохранения в Пермском крае 9 068 детей имеют 3,4 и 5 группы здоровья);
- дети в возрасте от рождения до трех лет, воспитывающиеся в государственных (муниципальных) учреждениях, в организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (по данным Министерства социального развития Пермского края таких детей 960 человек);
- дети в возрасте от рождения до трех лет, находящихся в трудной жизненной ситуации, которые выявлены организациями социального обслуживания, помощи семье и детям, по данным Комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав Пермского края около 200 детей в возрасте до 1 года и 2 500 детей в возрасте от 0 до 7 лет воспитываются в семьях, находящихся в социально-опасном положении.
- дети в возрасте от рождения до трех лет, родители которых обеспокоены развитием и поведением ребенка.

Таким образом, можно сказать, что потребность в услугах ранней помощи в Пермском крае испытывают не менее 9 000 детей в год, имеющих нарушения здоровья.

Проблемным вопросом можно назвать неразвитость системы статистического учета и отчетности детей – потенциальных получателей услуг ранней помощи (детей определенных

социальных групп), в связи с чем важным является процесс разработки инструментария статистического учета поставщиков и получателей услуг ранней помощи, который в данный момент разрабатывается и апробируется на уровне Минтруда.

Ключевым вопросом процесса оказания услуг ранней помощи является описание содержания, кратности и продолжительности данных услуг. В 2016 году в Пермском крае был разработан стандарт оказания услуг ранней помощи в системе социального обслуживания. В 2018 году после представления методических рекомендаций по разработке стандартов ранней помощи Минтруда РФ была сделана попытка соотнести предлагаемый Минтрудом стандарт и стандарт услуги ранней помощи, используемый соответствующими службами на базе отделений медико-социальной реабилитации КГАУ «Центр комплексной реабилитации инвалидов». В результате аналитической деятельности были разработаны и финансово обоснованы три стандарта:

1. Краткосрочное предоставление услуг ранней помощи без составления индивидуальной программы ранней помощи.
2. Программа сопровождения семьи с составлением ИПРП.
3. Программа пролонгированного консультирования семьи (долгосрочного сопровождения).

Услуги ранней помощи носят специфический характер, поэтому требования к специалистам, оказывающим данные услуги, также особенные. В рамках реализации Пилотного проекта 91 специалист служб ранней помощи Пермского края прошли обучение на базе АНО ДПО «Санкт-Петербургский Институт раннего вмешательства» и ФГБОУ ВО «Пермский государственный гуманитарно-педагогический университет», порядка 100 человек пройдет обучение за 2018 год.

Другим важным аспектом развития системы ранней помощи является наличие поставщиков услуг по ранней помощи в территориях Пермского края. Анализ показал, что практически во всех территориях региона есть службы ранней помощи системы здравоохранения, образования или социального обслуживания. В связи с этим актуальным становится вопрос координации деятельности по оказанию услуг ранней помощи и межведомственная преемственность. Особую значимость данные вопросы имеют для тех семей с детьми – потенциальных получателей услуг ранней помощи, проживающих в территориях Пермского края. По мнению экспертов, функции координации, посредничества и поддержки семей здесь могут выполнять социальные участковые Территориальных управлений Министерства социального развития Пермского края, задачей которых является социальной сопровождение семей, находящихся в трудной жизненной ситуации. Перспективная (планируемая) схема межведомственного взаимодействия в процессе оказания услуг ранней помощи в Пермском крае представлена на рис.3.

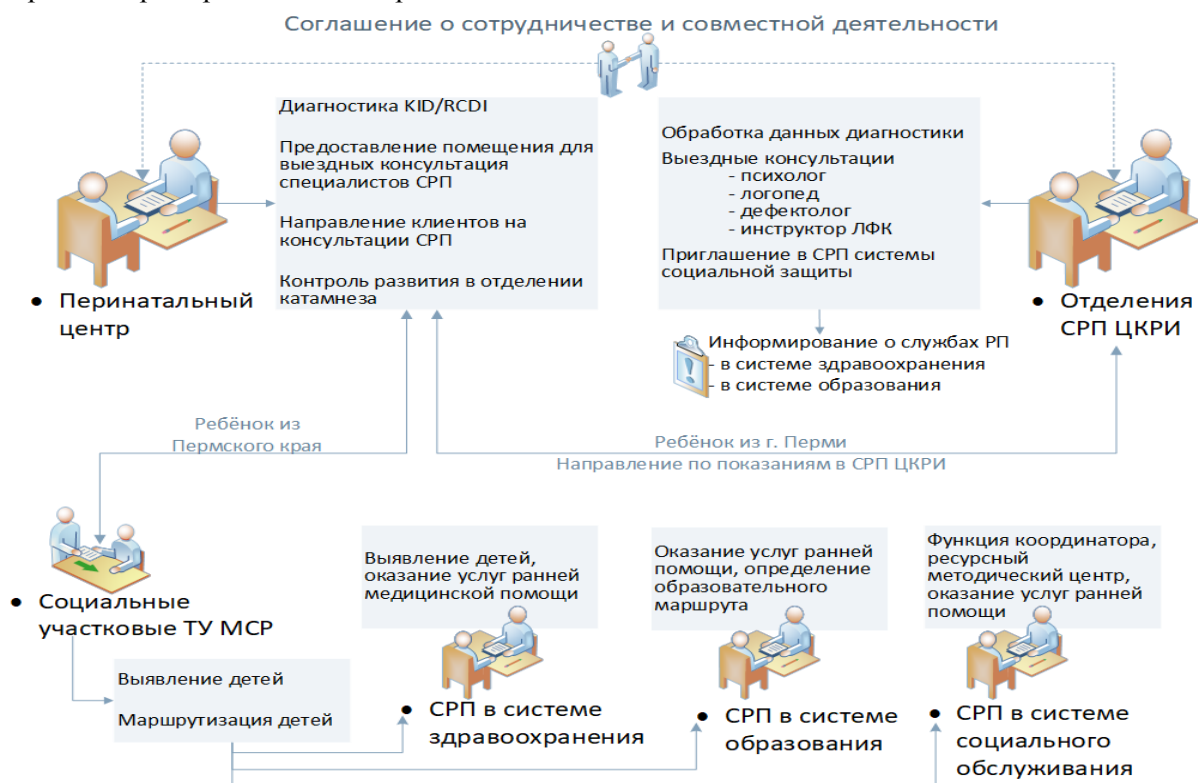


Рис. 3. Перспективная (планируемая) схема межведомственного взаимодействия в процессе оказания услуг по ранней помощи детям в Пермском крае

В июле 2018 года на заседании межведомственной рабочей группы по ранней помощи были определены задачи развития системы ранней помощи в Пермском крае:

1. Рассмотреть возможность принятия межведомственной программы ранней помощи Пермского края и её размещения в сети Интернет, плана реализации мероприятий ранней помощи на календарный год.
2. На основе Приказа Минтруда России от 29.09.2017 N 705 «Об утверждении примерной модели межведомственного взаимодействия организаций, предоставляющих реабилитационные услуги, обеспечивающей принцип ранней помощи, преемственности в работе с инвалидами, в том числе детьми-инвалидами, и их сопровождение» разработать и утвердить в Пермском крае Порядок организации межведомственного взаимодействия по вопросам реализации мероприятий ранней помощи в Пермском крае.
3. В соответствии с Методическими рекомендациями Минтруда РФ по обеспечению услуг ранней помощи детям и их семьям в рамках пилотного проекта по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, принять и применять Методику оценки качества и эффективности предоставления услуг ранней помощи детям и их семьям в субъекте Российской Федерации.

Однако, ключевым вопросом продолжает оставаться вопрос правового статуса услуг ранней помощи, и, как следствие, механизм их финансирования.

Таким образом, можно сказать, что система ранней помощи в Пермском крае находится в стадии развития, есть проблемные аспекты, часть из которых носят системный характер и требуют управленческих и нормативно-правовых решений на федеральном уровне, часть – могут быть решены и решаются на уровне региона.

Список литературы:

1. Бронников В.А., Боброва Я.В. Развитие службы ранней помощи в Пермском крае// Международная научная конференция «Технологии реабилитации: наука и практика»: материалы международной научной конференции, Санкт-Петербург, 25-26апреля 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. С. 106-107.

Bronnikov V.A., Bobrova Ya.V. Razvitie sluzhby rannej pomoshi v Permskom krae// Mezhdunarodnaya nauchnaya konferenciya «Tehnologii reabilitacii: nauka i praktika»: materialy mezhdunarodnoj nauchnoj konferencii, Sankt-Peterburg, 25-26aprelya 2018 goda / Mintrud Rossii; [Glav. red. d-r med. nauk, prof., G.N.Ponomarenko; red. kollegiya: kand. biol. nauk. A.V. Shoshmin, kand. med. nauk N.N. Lebedeva, kand. psih. nauk V. V. Lorer]. – Sankt-Peterburg: ООО «R-KOPI», 2018. S. 106-107.

2. Бронников В.А., Григорьева М.И. Проблемные аспекты развития службы ранней помощи в России: из опыта Пермского края // Международная научная конференция «Технологии реабилитации: наука и практика»: материалы международной научной конференции, Санкт-Петербург, 25-26апреля 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. С. 109.18. С. 109.

Bronnikov V.A., Grigoreva M.I. Problemnye aspekty razvitiya sluzhby rannej pomoshi v Rossii: iz opyta Permskogo kraja // Mezhdunarodnaya nauchnaya konferenciya «Tehnologii reabilitacii: nauka i praktika»: materialy mezhdunarodnoj nauchnoj konferencii, Sankt-Peterburg, 25-26aprelya 2018 goda / Mintrud Rossii; [Glav. red. d-r med. nauk, prof., G.N.Ponomarenko; red. kollegiya: kand. biol. nauk. A.V. Shoshmin, kand. med. nauk N.N. Lebedeva, kand. psih. nauk V. V. Lorer]. – Sankt-Peterburg: ООО «R-KOPI», 2018. S. 109.18. C. 109.

О ФОРМИРОВАНИИ ПРАВОВЫХ ОСНОВ ОРГАНИЗАЦИИ РАННЕЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ИХ СЕМЬЯМ

Ломоносова О.В., Владимирова О.Н., Свинцов А.В., Старобина Е.М., Сокуров А.В., Ермоленко Т.В.
ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России

Россия, Санкт-Петербург

ABOUT THE CREATION OF A LEGAL FRAMEWORK THE ORGANIZATION OF THE EARLY HELP TO CHILDREN AND THEIR FAMILIES

Lomonosova O. V., Vladimirova O. N., Svintsov A. V., Starobina E. M.,
Sokurov A.V., Ermolenko T. V.

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

Russia, Saint-Petersburg

Аннотация. Целью исследования явился анализ нормативных правовых документов по организации ранней помощи детям и их семьям в ходе отработки подходов к формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов для предложений по внесению изменений в законодательство Российской Федерации.

В ходе исследования проанализированы нормы Российского законодательства федерального и регионального уровней по вопросам организации ранней помощи детям и их семьям, опыт субъектов Российской Федерации. Применялись методы: анализ нормативных правовых источников; сравнение; обобщение; анализ документов; моделирование. Сделан вывод о необходимости формирования системного, последовательного подхода при создании нормативных правовых основ организации ранней помощи детям и их семьям.

Abstract. The aim of the study was to analyze the normative legal documents on the organization of early assistance to children and their families in the course of working out approaches to the formation of a system of comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled people, including children with disabilities for proposals to amend the legislation of the Russian Federation.

The study analyzed the norms of the Russian legislation at the Federal and regional levels concerning the organization of the early help to children and their families, the experience of the constituent entities of the Russian Federation. The following methods were used: analysis of normative legal sources; comparison; generalization; analysis of documents; modeling. It is concluded that it is necessary to form a systematic, consistent approach to the creation of regulatory legal framework for the organization of early care for children and their families.

Ключевые слова: ранняя помощь, дети, реабилитация, абилитация, законодательство.

Key words. early assistance, children, rehabilitation, habilitation, legislation.

Актуальность. Несмотря на активное практическое внедрение региональных программ ранней помощи детям и их семьям и принятия законодательных актов в субъектах Российской Федерации в целях реализации Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 31 августа 2016 г. N 1839-р [1] (далее – Концепция), до настоящего времени отсутствуют единые подходы, нормы и стандарты организации предоставления услуг ранней помощи и координации деятельности различных ведомств при ее организации, что обуславливает необходимость развития нормативного правового регулирования организации ранней помощи детям и их семьям.

Материал и методы исследования: анализ нормативных правовых источников; сравнение; обобщение; анализ документов; моделирование.

Авторами проанализированы нормативные правовые документы федерального и регионального уровня, опыт организации предоставления услуг ранней помощи детям и их семьям в пилотных регионах.

Результаты и их обсуждение.

Согласно Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации до 2020 года (утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 17

ноября 2008 г. № 1662-р) [2], первым направлением является развитие человеческого потенциала России, создание эффективной адресной системы предоставления социальных услуг для инвалидов и детей, при этом основными целевыми ориентирами социальной политики являются:

- повышение эффективности и доступности сети социальных служб, деятельность которых связана с профилактикой семейного неблагополучия и предоставлением социальной и психологической поддержки детям из семей, находящихся в социально опасном положении, и дезадаптированным детям;

- создание системы реабилитации детей-инвалидов, обеспечивающей комплексное психолого-педагогическое и медико-социальное сопровождение индивидуального развития ребенка с ограниченными возможностями здоровья независимо от формы его воспитания.

Статьей 9 Федерального закона Российской Федерации от 24 ноября 1995г №181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" (далее-181-ФЗ) [3] определены понятия реабилитации и абилитации, причем оба они используются применительно исключительно к инвалидам.

В соответствии с терминологией, используемой в Концепции: дети целевой группы, на которых направлена ранняя помощь это - дети от 0 до 3 лет, имеющие ограничения жизнедеятельности, в том числе дети с ограниченными возможностями здоровья, дети-инвалиды, дети с генетическими нарушениями, дети с риском развития стойких нарушений функций организма и ограничений жизнедеятельности, а также дети из группы социального риска развития ограничений жизнедеятельности, в том числе дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, находящиеся в организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и дети из семей, находящихся в социально опасном положении.

Таким образом, очевидно, что адресный контингент получателей услуг ранней помощи значительно шире понятия "инвалид", в частности категории "ребенок-инвалид".

Кроме этого, за пределы нормативного правового регулирования в сфере социальной защиты инвалидов, включая реабилитацию и абилитацию выходит и понятие "детей с ограниченными возможностями здоровья".

На сегодняшний момент данное определение дано только в контексте обучающегося лица в пункте 16 статьи 2 Федерального закона от 29.12.2012г. №273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации" (далее-273-ФЗ) [4].

Кроме этого, категория детей из группы социального риска развития ограничений жизнедеятельности, в том числе детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, находящихся в организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и детей из семей, находящихся в социально опасном положении также входит в целевую группу детей, нуждающихся в услугах ранней помощи, но при этом не регламентируется 181-ФЗ.

Данный контингент детей может определяться в рамках Федерального закона от 28.12.2013г. №442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» [5].

В соответствие со статьей 4 181-ФЗ к ведению федеральных органов государственной власти в области социальной защиты инвалидов в том числе относится:

- определение государственной политики в отношении инвалидов;

- принятие федеральных законов и иных нормативных правовых актов Российской Федерации о социальной защите инвалидов (в том числе регулирующих порядок и условия предоставления инвалидам единого федерального минимума мер социальной защиты); государственный контроль (надзор) за исполнением требований законодательства Российской Федерации о социальной защите инвалидов;

- установление общих принципов организации реабилитации, абилитации инвалидов.

Также авторами был проведен анализ предложений к проекту приказа

«Об утверждении типовых документов по организации предоставления услуг ранней помощи», в которые были включены и предложения по совершенствованию нормативной базы в области ранней помощи на федеральном уровне.

Многие субъекты отметили, что создание служб ранней помощи требует внесения изменений в ряд нормативных актов федерального уровня. Наибольшее число предложений касалось внесению следующих изменений:

- предусмотреть разделение полномочий по реализации ранней помощи на федеральном и региональном уровнях;

- разработать единый проект федерального закона, регулирующий предоставление услуг ранней помощи, а также устанавливающий их перечень, либо следует внести изменения в соответствующие федеральные отраслевые законы (в сфере здравоохранения, социального обслуживания, образования), предусмотрев в них механизм предоставления услуг ранней помощи;

- внести государственные услуги по ранней помощи детям и их семьям в общероссийские (отраслевые) перечни государственных (муниципальных) услуг, оказываемых физическим лицам;

- внести изменения в Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», дополнив его определением понятия «ранняя помощь» и положением о порядке предоставления услуг ранней помощи;

- внести изменения в Федеральный закон от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» и подзаконные акты в части установления дополнительного обстоятельства для признания нуждающимся в социальном обслуживании ребенка в возрасте до 3-х лет с ограниченными возможностями здоровья; закрепления понятия ранней помощи, о видах услуг и учреждениях, предоставляющих данные услуги;

- внести изменения в постановление Правительства Российской Федерации от 24.11.2014 № 1236 «Об утверждении примерного перечня социальных услуг по видам социальных услуг» в части дополнения категорий граждан, имеющих право на получение социальных услуг, категорией «дети в возрасте от 0 до 3-х лет, имеющие ограничения жизнедеятельности или из группы риска», а также дополнить Примерный перечень социальных услуг по видам социальных услуг услугами ранней помощи;

- внести изменения в приказ Минтруда России от 30.07.2014 № 500н «Об утверждении рекомендаций по определению индивидуальной потребности в социальных услугах получателей социальных услуг» в части рекомендаций по определению индивидуальной потребности в социальных услугах детей в возрасте до 3-х лет;

- предусмотреть в форме ИПРА ребёнка-инвалида, утверждённой приказом Минтруда России от 13.06.2017 № 486н, возможность указания нуждаемости ребёнка в услугах ранней помощи, с соответствующим отражением рекомендации в выписках из ИПРА, направляемых в органы исполнительной власти в сферах здравоохранения, образования и социальной защиты населения. Порядок реализации ИПРА соответственно дополнить;

- разработать профессиональный стандарт «Специалист по ранней помощи»;

- предусмотреть отдельный порядок оказания услуг ранней помощи в организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей; в организациях здравоохранения в ситуациях продолжительного стационарного лечения;

- внести изменения в приказ Министерства здравоохранения РФ от 12.04.2012 №344н «Об утверждении Типового положения о доме ребенка» по организации ранней помощи.

Минздрав России предложил утвердить нормативно-правовыми актами:

- разработку информационно-методических материалов по выявлению признаков отставания в развитии для детей от 0 до трех лет;

- перечень состояний и нарушений, при которых ребенок всегда включается в программу ранней помощи;

- методику разработки индивидуальной программы ранней помощи.

На основании вышеизложенного, при формировании правового регулирования организации ранней помощи необходимо нормативное правовое закрепление в содержательной части федерального законодательства таких важных дефиниций права как:

- определение понятия ранней помощи;

- установление общих принципов организации ранней помощи на основе межведомственного взаимодействия;

- соотнесение с программами комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, включая детей-инвалидов;

- определение непосредственно услуг ранней помощи детям и их семьям к базовым (отраслевым) перечням услуг и ряд других.

Список литературы:

1. Концепция развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 31 августа 2016 г. N 1839- р. URL: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения: 13.07.2018).
Konceptsiya razvitiya rannej pomoshi v Rossijskoj Federacii na period do 2020 goda utverzhdena rasporyazheniem Pravitelstva Rossijskoj Federacii ot 31 avgusta 2016 g. N 1839- r. URL: <http://www.consultant.ru/> (data obrasheniya: 13.07.2018).
2. Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации до 2020 года утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. № 1662-р. URL: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения: 13.06.2018).
Konceptsiya dolgosrochnogo socialno-ekonomicheskogo razvitiya Rossijskoj Federacii do 2020 goda utverzhdena rasporyazheniem Pravitelstva Rossijskoj Federacii ot 17 noyabrya 2008 g. № 1662-r. URL: <http://www.consultant.ru/> (data obrasheniya: 13.06.2018).
3. Федеральный закон от 24.11.1995 N 181-ФЗ (ред. от 29.12.2017) "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации". URL: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения: 13.07.2018).
Federalnyj zakon ot 24.11.1995 N 181-FZ (red. ot 29.12.2017) "O socialnoj zashite invalidov v Rossijskoj Federacii". URL: <http://www.consultant.ru/> (data obrasheniya: 13.07.2018).
4. Федеральный закон от 29.12.2012 N 273-ФЗ (ред. от 19.02.2018) «Об образовании в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 06.03.2018). URL: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения: 13.06.2018)
Federalnyj zakon ot 29.12.2012 N 273-FZ (red. ot 19.02.2018) «Ob obrazovanii v Rossijskoj Federacii» (s izm. i dop., vstup. v silu s 06.03.2018). URL: <http://www.consultant.ru/> (data obrasheniya: 13.06.2018)
5. Федеральный закон от 28.12.2013 N 442-ФЗ (ред. от 05.12.2017) «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации». URL: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения: 13.07.2018).
Federalnyj zakon ot 28.12.2013 N 442-FZ (red. ot 05.12.2017) «Ob osnovah socialnogo obsluzhivaniya grazhdan v Rossijskoj Federacii». URL: <http://www.consultant.ru/> (data obrasheniya: 13.07.2018).

УДК:364.07

СТАТИСТИЧЕСКИЙ ИНСТРУМЕНТАРИЙ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА РЕАЛИЗАЦИЕЙ КОНЦЕПЦИИ РАЗВИТИЯ РАННЕЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Ишутина И.С., Гальянов А.А., Старобина Е.М., Владимирова О.Н.
ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России Россия
Россия, Санкт-Петербург

STATISTICAL TOOLS FOR MONITORING THE IMPLEMENTATION OF THE CONCEPT OF DEVELOPMENT OF EARLY AID IN THE RUSSIAN FEDERATION

Ishutina I. S., Galyanov A. A., Starobina E.M., Vladimirova O.N.
Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled n.a. G.A. Albrecht" of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation
Russia, St. Petersburg

Аннотация: 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 Концепции ранней помощи и принимать обоснованные решения по ее развитию на региональном и федеральном уровнях, а также результативность принятых решений.

Abstract. Currently, there is no statistical tools for the organization of Federal statistical monitoring of the activities of Federal Executive authorities bodies, Executive authorities of the Russian Federation involved in the implementation of the concept of early aid in the Russian Federation. The development of a standard statistical tool will allow to assess the implementation of the concept of early aid and make

informed decisions on its development at the regional and Federal levels, to assess the progress of its implementation and the effectiveness of decisions

Ключевые слова: ранняя помощь, статистический инструментарий, статистические формы, концепция ранней помощи.

Keywords: early aid, statistical tools, statistical forms, the concept of early aid.

Сегодня перед обществом и государством стоит чрезвычайно важная задача – создание условий для раннего развития детей в возрасте до трех лет, реализация программы психолого-педагогической, методической и консультативной помощи родителям детей, получающих дошкольное образование в семье. [Указ Президента Российской Федерации «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года <http://www.kremlin.ru/events/president/news/57425>].

Ранняя помощь детям и их семьям является одним из приоритетных направлений социальной политики России. Внедрение программы ранней помощи обусловлено необходимостью выстраивания комплексной системы работы и формирования особого подхода к оказанию психолого-педагогической, социальной, медицинской помощи семьям, имеющим детей первых 3 лет жизни с ограничениями жизнедеятельности [2,3].

По данным, предоставленным 60 субъектами Российской Федерации на 1 июня 2018 года, суммарное количество детей, нуждающихся в оказании услуг ранней помощи (от 0 до 3 лет) составило 205938 ребенка. Суммарное количество детей, получивших услуги ранней помощи (от 0 до 3 лет) в 2017г. - 114863 ребенка. Средний процент охвата детей ранней помощью по 60 субъектам составил 67,97%. В том числе 100 % - в 12 субъектах (Забайкальский край, Кабардино-Балкария, Адыгея, Калмыкия, Карелия, Марий-Эл, Удмуртия, Липецкая, Новгородская, Ростовская, Тамбовская области, Москва), что объясняется заявительным порядком предоставления услуг - все обратившиеся получили услуги ранней помощи. Менее 20% детей получили раннюю помощь в 4 субъектах (Ленинградская, Омская, Тульская области, Республика Крым).

В целях создания условия для формирования верифицируемых статистических данных об оказании услуг ранней помощи детям Планом мероприятий по реализации Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года запланирована разработка статистического инструментария 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 [3].

Целью нашего исследования является разработка статистического инструментария, 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.

Исследование проводится на основе анализа правовых документов, форм статистического учета в сферах здравоохранения, образования, социальной защиты, спорта, анализа сбора информации о развитии системы ранней помощи в субъектах Российской Федерации.

Методы исследования - аналитический, экспертный, теоретический. Исследование позволит выявить предпосылки для дальнейшей разработки статистического инструментария 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.

В процессе исследования изучены действующие нормативно-правовые документы, касающиеся утверждения форм федерального статистического наблюдения в сфере здравоохранения [Приказ Федеральной службы государственной статистики от 27.12.2016 N 866 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья»], образования [Приказ Федеральной службы государственной статистики от 30.08.2017 N 563 (ред. от 13.10.2017) «Об утверждении статистического инструментария для организации федерального статистического наблюдения за деятельностью в сфере образования, науки, инноваций и информационных технологий»], социальной защиты населения [Приказ Федеральной службы государственной статистики от 11.09.2009 N 196 (ред. от 10.11.2017) «Об утверждении федерального статистического инструментария для организации Минздравсоцразвития–России статистического наблюдения за деятельностью учреждений социальной защиты населения»], физической культуры и спорта [Приказ Федеральной службы государственной статистики от 17.11.2017 N 766 «Об утверждении

статистического инструментария для организации Министерством спорта Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере физической культуры и спорта»], медико-социальной экспертизы [Приказ Федеральной службы государственной статистики от 6.10.2015 N 460 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации федерального статистического наблюдения за деятельностью федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы»]. Анализ показал, что в рассмотренных формах отсутствуют необходимые показатели для статистического наблюдения за деятельностью федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, участвующих в реализации Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации.

Данные формы не имеют тех учетных признаков, которые необходимы для статистического наблюдения по ранней помощи, позволяющих оценить перечень и количество организаций различной ведомственной принадлежности, оказывающих услуги ранней помощи, их кадровый состав, контингент охваченных ранней помощью детей и их семей. Для дальнейшего использования имеющихся форм необходимо вносить изменения по структуре и учетным признакам.

Проанализировав имеющуюся информацию и формы статистической отчетности в статистическом инструментарии предполагаем учет следующей статистической информации:

сведения об учреждениях (юридических лицах), о структурных подразделениях (ресурсные центры, отделения, кабинеты), оказывающих услуги по ранней помощи, сведения о кадровом составе специалистов, оказывающих услуги по ранней помощи, сведения о числе детей целевой группы,

Вместе с тем, идет обсуждение перечня услуг по ранней помощи.

Для создания системы статистического наблюдения по ранней помощи авторами определены следующие единицы наблюдения: дети от 0-3 лет (в отдельных случаях 4-7 лет), потенциально нуждающиеся и нуждающиеся в услугах по ранней помощи; семьи/родители, потенциально нуждающиеся и нуждающиеся в услугах ранней помощи.

Нами предложена следующая схема сбора статистической информации.

Юридические лица, осуществляющие деятельность по ранней помощи (объединения, учреждения, организации, независимо от их организационно-правовых форм и форм собственности) в том числе в сфере социальной защиты населения, образования, здравоохранения, заполняют годовую форму федерального статистического наблюдения «Сведения по ранней помощи детям целевой группы». При наличии у юридического лица обособленных подразделений форма заполняется как по каждому обособленному подразделению, так и по юридическому лицу без этих обособленных подразделений. Форма составляется за прошедший календарный год, по данным на конец года.

Юридические лица, осуществляющие деятельность по ранней помощи, независимо от их организационно-правовых форм и форм собственности, представляют заполненную форму в ресурсно-методический центр ранней помощи (при их наличии) и в исполнительный орган государственной власти субъекта Российской Федерации соответствующего ведомства (социальная защита, образование, здравоохранение) Исполнительные органы государственной власти субъекта Российской Федерации представляют заполненную форму в исполнительные органы государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере социальной защиты населения, которые предоставляют обобщенную форму.

Ввиду многообразия форм подчинённости организаций, осуществляющих раннюю помощь детям и их семьям (регионального, муниципального уровней и др.), требуется определить организационную модель оказания услуг ранней помощи в субъектах Российской Федерации. По данным, предоставленным 60 субъектами Российской Федерации на 1 июня 2018 года, в 33 субъектах Российской Федерации координируют работу по разработке и реализации программы ранней помощи исполнительные органы государственной власти в сфере социальной защиты, в 6 субъектах – в сфере образования, в 5 субъектах (8.8 %) - в сфере здравоохранения. В 4 субъектах (7 %) – два и более ведомства (органы социальной защиты совместно с органами здравоохранения или органами социальной защиты совместно с органами здравоохранения и органами образования). В 3 субъектах – иные госструктуры (правительство области, межведомственная рабочая группа, департамент по вопросам семьи и детей). В 9 субъектах координирующее ведомство не определено. Ресурсные центры ранней помощи созданы только в 4 субъектах.

Необходимо выработать единый подход к формированию структуры, штатного расписания организаций, осуществляющих раннюю помощь [4].

Для возможного включения в имеющиеся формы статистического наблюдения необходимых показателей, отражающих деятельность федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, участвующих в реализации Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации, необходимо внести поправки в нормативно-правовую базу соответствующих ведомств.

Список литературы:

1. Указ Президента Российской Федерации «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года». URL: <http://www.kremlin.ru/events/president/news/57425/> (дата обращения 26.07.2018)
Ukaz Prezidenta Rossijskoj Federacii «O nacionalnyh celyah i strategicheskikh zadachah razvitiya Rossijskoj Federacii na period do 2024 goda». URL: <http://www.kremlin.ru/events/president/news/57425/> (data obrasheniya 26.07.2018)
2. Распоряжение Правительства Российской Федерации 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/ (дата обращения 11.03.2018).
Rasporyazhenie Pravitelstva Rossijskoj Federacii ot 31.08.2016 N 1839-r «Ob utverzhenii Konceptii razvitiya rannej pomoshi v Rossijskoj Federacii na period do 2020 goda».- URL: http://www.consultant.ru/document/Cons_doc_LAW_209148/f62ee45faefd8e2a11d6d88941ac66824f848bc2/ (data obrasheniya 11.03.2018).
3. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 17.12.2016 N 2723-р «Об утверждении плана мероприятий по реализации Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года». – URL: http://www.consultant.ru/document/Cons_doc_LAW_209148/f62ee45faefd8e2a11d6d88941ac66824f848bc2/ (дата обращения 11.03.2018).
Rasporyazhenie Pravitelstva Rossijskoj Federacii ot 17.12.2016 N 2723-r «Ob utverzhenii plana meropriyatij po realizacii Konceptii razvitiya rannej pomoshi v Rossijskoj Federacii na period do 2020 goda». – URL: http://www.consultant.ru/document/Cons_doc_LAW_209148/f62ee45faefd8e2a11d6d88941ac66824f848bc2/ (data obrasheniya 11.03.2018).
4. Ишутина И.С., Программа ранней помощи – статистический инструментарий, анализ отечественного и зарубежного опыта по статистическому наблюдению. Ишутина И.С., Гальянов А.А. /Технологии реабилитации: наука и практика / 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. психол. наук В.В. Лорер]. // Материалы Международной научной конференции. – СПб: ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта, 2018.- С. - 105-106.
Ishutina I.S., Programma rannej pomoshi – statisticheskij instrumentarij, analiz otechestvennogo i zarubezhnogo opyta po statisticheskomu nablyudeniyu. Ishutina I.S., Galyanov A.A. /Tehnologii reabilitacii: nauka i praktika / Glav.red. d-r med. nauk, prof., G.N. Ponomarenko; red. kollegiya: kand. biol. nauk. A.V. Shoshmin, kand. med.nauk N.N. Lebedeva, kand. psihol. nauk V.V. Lorere]. // Materialy Mezhdunarodnoj nauchnoj konferencii. – Spb: FNCRI im. G.A. Albrehta, 2018.- S. - 105-106.

УДК 364.07

БАЗОВЫЕ НАБОРЫ МКФ В РАННЕЙ ПОМОЩИ

Лорер В.В.^{1,2}, Шошмин А.В.¹

¹ ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, Санкт-Петербург

² ГБОУ ВПО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Министерства здравоохранения, Санкт-Петербург
Санкт-Петербург, России.

THE ICF CORE SETS IN EARLY CHILDHOOD INTERVENTION

Lorer V.V.^{1,2}, Shoshmin, A.V.¹

¹ Federal State Budgetary Institution “Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled n.a. G.A. Albrecht” of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation

² Pavlov First Saint Petersburg State Medical University St. Petersburg, Russia.

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. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) является методической основой для проведения комплексной оценки ребенка, семьи и других контекстов развития, а также разработки индивидуальных программ ранней помощи и оценки их эффективности. На практике используются базовые наборы МКФ, разработанные для определенных нозологических единиц. Разработана методика применения базовых наборов МКФ для формирования индивидуальной программы реабилитации и абилитации, в том числе ранней помощи, для детей с последствиями ДЦП.

Abstract. In accordance with the concept of development of childhood intervention in the Russian Federation, it is necessary to develop methodological recommendations for assessing the mental and physical health of children, and to train specialists who provide early-care services. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) is the methodological basis for an integrated assessment of the child, the family and other development contexts, and the development of individual early intervention programs and evaluation of their effectiveness. In practice, ICF Core Sets developed for specific nosological units. A methodology has been developed for applying ICF Core Sets for the formation, individual rehabilitation and rehabilitation program, including early childhood intervention program, for children with cerebral palsy.

Ключевые слова: ранняя помощь, взаимодействие, международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), базовые наборы МКФ, индивидуальная программа реабилитации и абилитации, междисциплинарная команда специалистов.

Keywords: early childhood intervention, interaction, International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), ICF Core Sets, individual rehabilitation and rehabilitation program, interdisciplinary team of specialists.

Актуальные концепции ранней помощи опираются на теоретические представления о детском развитии как о транзакционном процессе – социально- коммуникативном обмене между ребенком и окружающей его средой [4]. В процессе взаимодействия с матерью (или другим близким взрослым) ребенок с первых месяцев жизни получает опыт в регуляции своего состояния и познания окружающего мира. Этот опыт оказывает влияние на его последующее социально-эмоциональное и когнитивное развитие, особенности эмоциональной и поведенческой регуляции. При наличии факторов риска со стороны ребенка (как в случае отклонений в его физическом или психическом развитии) матери или их взаимодействия, нормальное функционирование системы «ребенок-родитель» нарушается. Это может неблагоприятным образом отразиться на дальнейшем развитии ребенка [2].

Современные подходы к оказанию ранней помощи семьям, воспитывающим детей с нарушениями развития, ориентированы на поддержку взаимоотношений между ребенком и родителем в повседневных жизненных ситуациях, расширение функциональных возможностей ребенка и повышение родительской компетентности.

Современный подход в ранней помощи предполагает переход к трансдисциплинарной модели, при которой помощь семье осуществляется одним специалистом в форме домашних визитов. Междисциплинарная команда специалистов принимает активную роль на этапе проведения оценки и разработки индивидуальной программы ранней помощи. Специалисты, каждый в своей профессиональной области оказывают консультативную помощь семье на этапе реализации индивидуальной программы. Такая модель позволяет наилучшим образом помочь родителям или другим ухаживающим за ребенком взрослым повысить свою компетентность и уверенность в себе.

В соответствии с положениями Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года [1] (далее – Концепция) ранняя помощь детям и их семьям – это комплекс услуг, оказываемых на междисциплинарной основе детям целевой группы и их семьям, направленных на:

- улучшение функционирования ребенка в естественных жизненных ситуациях, формирование физического и психического здоровья;

- повышения качества взаимодействия и отношений ребенка с родителями, другими непосредственно ухаживающими за ребенком лицами, в семье;
- повышение компетентности родителей и других непосредственно ухаживающих за ребенком лиц в вопросах развития и воспитания ребенка; сопровождение и поддержку семей;
- включение ребенка в среду сверстников и интеграции в общество, расширение социальных контактов ребенка и семьи, подготовка ребенка к включению его в сферу образования.

Согласно положениями Концепции одним из приоритетных направлений деятельности является 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. Второе важное направление - создание условий для обеспечения подготовки специалистов, предоставляющих услуги ранней помощи, определение необходимых компетенций по вопросам оказания ранней помощи.

Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) рассматривается в качестве международного стандарта для описания и оценки функционирования человека в повседневной деятельности [3]. Данная классификация базируется на биопсихосоциальном подходе, который рассматривает функционирование как интегративный показатель здоровья человека на уровне организма (состояние его структуры и функций), на уровне адаптивного поведения (активности) и участия в социальных ситуациях при учете влияния контекста (факторов внешней среды и личностных факторов). МКФ описывает негативное или позитивное влияние окружения на функционирование индивида. Осознание того, что факторы окружающей среды могут оказывать влияние на индивидуальные результаты, дает возможность изменить эти факторы. Важно обратить внимание на то, что МКФ предлагает основу для оценки сильных сторон индивида, а не только ограничения его жизнедеятельности.

МКФ является методической основой для проведения комплексной оценки ребенка, семьи и других контекстов развития, а также разработки индивидуальных программ ранней помощи и оценки их эффективности. В ранней помощи детям и их семьям активно применяется метод «управления случаем» (case management) [5]. Этот метод представляет собой процесс, в соответствии с которым индивидуальные и/или семейные потребности идентифицируются, подбираются необходимые координированные услуги, которыми систематически управляют. В соответствии с элементами управления случаем процесс предоставления услуг ранней помощи проходит по следующему алгоритму: 1) определение нуждаемости ребенка и семьи в ранней помощи; 2) проведение оценочных процедур и разработка индивидуальной программы ранней помощи; 3) реализация индивидуальной программы ранней помощи; 4) оценки эффективности индивидуальной программы ранней помощи.

МКФ используется как основа и система кодирования, предоставляющая возможность специалистам различных дисциплин использовать общий язык для документирования изменений в функционировании ребенка по унифицированной форме: от первичной оценки через вмешательство к оценке эффективности выполненных мероприятий.

Результаты исследований и обобщение клинического опыта показали, что существуют некоторые проблемы применения МКФ, прежде всего, это трудоемкость и большие временные затраты. На практике только часть категорий МКФ необходима, чтобы оценить функционирование индивида при определенных состояниях здоровья или условиях. В связи с этим было предложено разработать сокращенные варианты классификации с набором определенных информативных признаков при конкретных нозологических единицах [8].

Базовый набор МКФ (далее – БН МКФ) представляет собой краткий перечень категорий из всей классификации МКФ, который рассматривается как наиболее соответствующий для описания функционирования людей с определенным состоянием здоровья или в определенных ситуациях, в которых живет человек [10].

Разработка базовых наборов МКФ включает в себя последовательные научные процедуры, целью которых является уменьшение количества категорий МКФ, наиболее соответствующих изменениям здоровья. Эта процедура включает в себя четыре интернациональных мультидисциплинарных исследования: систематический литературный обзор, экспертная оценка, качественное исследование (мнение людей с определенным состоянием здоровья) и эмпирическое исследование (на базе клиники). Решение принимается на основании мультидисциплинарного мнения экспертов и утверждается на конференции [8]. Для каждого базового набора МКФ

существует его полная (комплексная) и краткая версии, а также наборы для определенных возрастных групп.

В настоящее время разработаны базовые наборы, применимые для взрослого населения, при инсульте, при рассеянном склерозе, депрессии, спинальной травме, аутизме, опухолях головного мозга, черепно-мозговой травме, боли в спине, травме спинного мозга, потери слуха и др. В педиатрической практике единые сокращенные варианты оценки состояния больных находятся в стадии формирования. Считается, что базовые наборы МКФ помогают изменить подход к разработке программы реабилитации при конкретной нозологической форме, сделав его максимально индивидуализирующим. Описание всех составляющих здоровья человека помогают выявить наиболее уязвимые места, требующие прицельного внимания, так и ресурсные стороны, которые в будущем могут стать мишенями для воздействия при разработке реабилитационных мероприятий [10].

Базовые наборы МКФ в практике ранней помощи недостаточно распространены. В настоящее время существуют наборы для детей в возрасте от 0-5 лет для детей с ДЦП, которые применяются в клинической и реабилитационной практике с детьми данной нозологической группы [9]. Планируется издание базовых наборов для детей в возрасте 0-5 лет при расстройстве аутистического спектра [6], при синдроме дефицита внимания и гиперактивности [7]. Проводятся исследования по разработке базовых наборов для младенцев с ранней задержкой развития. Базовые наборы МКФ могут служить основой для разработки инструментов оценки, а также как основа для разработки и реализации индивидуальных программ ранней помощи.

В ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России разработана методика использования БН МКФ для детей с ДЦП при формировании программы реабилитационных мероприятий, в том числе индивидуальной программы реабилитации и абилитации ребенка-инвалида (ИПРА) и индивидуальной программы ранней помощи (ИПРП).

Алгоритм использования БН МКФ включает в себя следующие этапы:

1. Междисциплинарная оценка функционирования ребенка в повседневной деятельности, оценка семьи и окружения ребенка. Для проведения оценки используются следующие методы: беседа с родителями (законными представителями), интервью, анализ документации, наблюдение, методы экспериментального исследования. Информация, полученная при первичной оценке, представляется в виде краткого описания заключения о ребенке и его окружении.

2. Определение категорий из БН МКФ наиболее значимых для конкретного ребенка с целью описания особенностей его функционирования. Сопоставление нарушений и барьеров окружающей среды, выявленных при первичной оценке, с категориями БН МКФ.

3. Определение степени выраженности нарушений и ограничений у ребенка проводится по унифицированной шкале с помощью перевода результат стандартизированных методик или шкал в оценку по МКФ.

4. Составление категориального профиля ребенка, в котором обозначены цели и задачи реабилитации или абилитации, значимые категории МКФ, степень их выраженности, ожидаемый результат. Данный профиль составляется индивидуально на каждого ребенка.

5. Определение мероприятий в соответствии с категориальным профилем функционирования ребенка.

6. Проведение оценки эффективности мероприятий.

Такой подход позволяет определить наиболее вероятные меры воздействия с целью улучшения состояния здоровья, расширения возможностей ребенка, создания благоприятных условий для правильного дальнейшего развития и его интеграции в среду жизнедеятельности. В практике ранней помощи БН МКФ могут служить основой для разработки инструментов оценки, а также как основа для разработки и реализации индивидуальных программ ранней помощи.

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 Лорер В.В. Динамика развития эмоциональной регуляции у детей с церебрально- органической недостаточностью на первом году жизни: Дис. ... канд. психол. наук. Санкт- Петербург, 2010.

- 4 Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. – Женева: ВОЗ, 2001. – 342 с.
- 5 Мухамедрахимов Р.Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие. СПб.: Изд-во С.-Петербург. ун-та, 2001.
- 6 Ballew J., Mink G. Case management in the human services. Springfield, IL: Charles C. Thomas, Publisher, 1986.
- 7 De Schipper E, Mahdi S, de Vries PJ, et al. Functioning and disability in autism spectrum disorder: a worldwide survey of experts // Autism Research. – 2016. Vol. 9, No 9. - P. 959–969.
- 8 Mahdi S, Viljoen M, Massuti R, et al. An international qualitative study of ability and disability in ADHD using the WHO-ICF framework // Eur Child Adolesc Psychiatry. – 2016. Vol. 26. – P 1219-1231.
- 9 Selb.M., Escorpizo R., Kostanjsek N., Stucki G., Ustun B., Cieza A. A guide on how to develop an International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set // J Rehabil Med. - 2015. Vol. 51. – P. 105-17.
- 10 Schiariti V, Selb M, Cieza A, et al. International Classification of Functioning, Disability and Health Core Sets for children and youth with cerebral palsy: a consensus meeting // Developmental Medicine and Child Neurology. – 2015. Vol. 57. No 2. – P. 149–158.
- 11 Utility of using the ICF Core Sets in clinical practice // Rehabilitacion. – 2015. Vol. 49. No. 4. – P. 197-201.

ДЕТИ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ, ПЕРЕХОДЯЩИЕ ВО ВЗРОСЛУЮ ЖИЗНЬ: СИСТЕМАТИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА.

Андреа Мартунци, Сильвия Пиццигело
«Е-Медиа» Научно-исследовательский институт

CHILDREN WITH DISABILITY TRANSITIONING INTO ADULTHOOD: A SYSTEMATIC CHALLENGE

Andrea Martinuzzi, Silvia Pizzighello

IRCCS E. Medea Scientific Institute, Department of Conegliano-Pieve di Soligo

Аннотация: Переход от подросткового возраста к молодой взрослой жизни является критическим процессом для людей с ограниченными возможностями. Применяя модель МКФ в группе людей, переходящих во взрослую жизнь со сложными или не сложными нарушениями, мы описали их функциональный профиль, факторы окружающей среды, играющие важную роль, и определили критические области, требующие особого внимания и заботы.

Abstract. The transition from adolescence to young adulthood is a critical process for persons with disability. By applying the ICF model in a cohort of transitioning subjects with complex or non-complex disabilities we described their functional profile, the environmental factors playing a relevant role and identified critical areas that require special attention and care.

Ключевые слова: МКФ, функциональный профиль, инвалидность, факторы окружающей среды.

Key words. ICF, functional profile, disability, environmental factors.

Предпосылки и цели

Достижения в области диагностики и лечения привели к увеличению продолжительности жизни и качества жизни при различных заболеваниях, особенно у детей. Развитие многих серьезных и сложных заболеваний изменило их прогноз, и они стали хроническими. Во всем мире прогресс в области ухода за новорожденными привел к значительному снижению смертности от перинатальных оскорблений. Несмотря на эти достижения, около 31% выживших младенцев показывают постоянные последствия и 13,8% множественных нарушений, которые сохраняются во взрослую жизнь (Mwaniki 2012), что приводит к росту когорты молодых людей со сложными потребностями в области здравоохранения.

Переходная фаза от детского до взрослого ухода за детьми со сложными условиями уже не является исключительным явлением, но стала ожидаемым отрывом для этих молодых пациентов.

Общество для подростковой медицины определяет переход как «целенаправленное, запланированное движение подростков и молодых людей с хроническими физическими и медицинскими условиями от системы, ориентированной на детей, ориентированную на взрослых» (American Academy of Paediatrics, 1996).

Цели надлежащим образом управляемого перехода должны включать: обеспечение надлежащего высококачественного медицинского обслуживания, ориентированного на пациента, содействие навыкам пациентов и взаимозависимость в здравоохранении и максимизацию жизни и потенциала людей в течение всей жизни. Эти цели редко встречаются как в универсальных, так и в страховых системах здравоохранения.

Переход от детства к взрослой жизни, влекущий за собой индивидуальные и социальные изменения во всех сферах жизни, представляет собой трудное время для детей и для их родственников. В таком сценарии разумно ожидать, что чем сложнее инвалидность, тем сложнее процесс. У подростков с комплексной инвалидностью возникновение нарушений, ограничений, ограничений в нескольких областях и наличие более частых барьеров еще более усложняют управление этим этапом. Эти условия часто требуют наличия и передачи более чем одной услуги, тем самым добавляя большую сложность и вероятность перелома в процессе. Это особенно заметно для редких или сложных и суровых условий, для которых медицина сейчас достаточно успешна, чтобы продлить продолжительность жизни, но недостаточно для обеспечения окончательного лечения. Ожидаемая продолжительность жизни для детей с мышечной дистрофией Дюшенна или кистозным фиброзом в настоящее время более чем удвоена по сравнению с 30 лет назад, и дети, которые в последнее время редко посеяли поздний подростковый возраст, теперь хорошо развиваются во взрослую жизнь (Kohler, 2009). Такой рост, однако, не свободен от проблем, а не просто увеличивает время, обычно возникающее в детстве, но представляет новые неотредактированные проблемы для пациента, семьи, услуг.

Эти подростки могут иметь большую потребность в поддержке и, как следствие, постоянно зависят от своих родителей, могут стать более социально маргинализованными и могут испытывать недостатки в образовании и меньше возможностей, чем их сверстники (Hallum, 1995). С другой стороны, данные свидетельствуют о том, что период перехода воспринимается родителями детей с тяжелой степенью инвалидности или молодых людей как особо напряженное время (Freeman, 1970; Domer, 1975).

Дети и попечители, которых придерживаются в течение многих лет, часто очень специализированные педиатрические службы сталкиваются с трудностями в признании врача, занимающегося услугами по уходу за взрослыми, в качестве надежного партнера в управлении ситуациями, которые часто возникают с крайней необходимостью индивидуализации. Это особенно верно в отношении редких заболеваний, возникающих в детстве, для которых необходимый опыт нелегко повторить с обслуживания на обслуживание.

Наличие психических симптомов, взаимодействующих и влияющих в контексте интеллектуальных нарушений, может ухудшить клиническую картину, что еще более усугубляет состояние инвалидности.

Поэтому ясно, что переход представляет собой нечто большее, чем передача медицинской помощи. Несоблюдение этого пути может ухудшить качество жизни этих предметов и их семей. Чтобы обеспечить адекватное управление текущими потребностями, возникающими на этом этапе, необходима полная интеграция в отношении единства услуг и услуг.

Несмотря на существенную потребность в непрерывности, уход часто фрагментирован, специалисты редко общаются друг с другом, и мало внимания уделяется физическим и психосоциальным аспектам инвалидности (Hallum, 1995). Это заставляет этих детей, а зачастую и их родителей, расти с недостаточным знанием об их состоянии и об обслуживании, с которыми можно справиться (Camfield & Camfield, 2011).

В попытке выявить ключевые проблемы в области здравоохранения, с которыми сталкиваются дети со сложной инвалидностью, когда они приближаются к взрослой жизни, и оценить удовлетворенные и неудовлетворенные потребности, мы разработали совместный проект с участием пяти итальянских учреждений, которые заботятся о детях с ограниченными возможностями. Проект финансировался Итальянским центром по контролю за заболеваниями и преследовал следующие цели:

- описать профиль функционирования репрезентативной выборки переходного населения;
- изучить способ обеспечения непрерывности ухода за детьми и услугами для взрослых;
- оценить удовлетворенные и неудовлетворенные потребности в этом процессе.

Сложный характер процесса перехода, множественность вовлеченных игроков и заинтересованных сторон, сложность состояния здоровья и повсеместность их воздействия на функционирование людей требуют использования общего универсалистского нейтрального языка, основанного на прочной концептуальной основе. Такой язык обеспечивается Международной классификацией функционирования, здоровья и инвалидности (МКФ) (ВОЗ 2001), которая поэтому используется для описания профилей работы и анализа ее модификации в переходный период.

Методика

Члены команды

В ноябре 2012 года был запущен совместный проект под названием «СОТЕАМ», который собирает партнеров, участвующих в различных этапах / уровнях оказания медицинской помощи различным итальянским поставщикам медицинских услуг. В проекте участвовали: IRCCS E. Medea, Conegliano, IRCS Neurological Institute Foundation Besta, Милан, отделение педиатрии Падуи (педиатрический хоспис), отделение психиатрии Университета Удине, Главное управление здравоохранения региона Фриули-Венеция-Джулия, IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, S. Giovanni Rotondo.

Инструменты

В качестве функционального дескриптора МКФ был признан лучшим инструментом для описания функционального состояния и экологических реакций. МКФ представляет собой классификацию состояний здоровья и здоровья для детей и взрослых, опубликованных Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 2001 году. Он рассматривает «здоровье» как «полное физическое, умственное и социальное функционирование человека, а не только отсутствие болезни». Он состоит из двух частей: функционирования, инвалидности и контекстуальных факторов.

В разделе «Функционирование и инвалидность» описываются структуры, функции тела и функциональный уровень деятельности и участия человека. Раздел «Контекстуальные факторы» включает экологические и личные факторы, которые могут влиять на работу человека.

Используемый метод оценки, основанный на МКФ, был разработан итальянским Сотрудничающим Центром ВОЗ. Во время этого проекта он использовался для проверки его возможности описать профиль функционирования каждого субъекта и всей выборки.

Структурированное интервью было устно передано пациенту или его / ее опекуну. Вопросы были построены на основе МКФ и изучали обе области функционирования и инвалидности и контекстуальные факторы. В первой части интервью пациенту и / или опекуну было предложено предоставить демографические данные и информацию о возможных фасилитаторах (присутствие профессионалов, ухаживающих за ними, лечение реабилитации, фармакотерапия, экономические условия, такие как пенсии, медицинские и / или социальные вмешательства, полученные в течение последнего месяца, использование средств или протезов и автономии в повседневной жизни).

Во второй части их функциональный профиль был описан с точки зрения структур, функций тела, активности и участия. Для всех кодов МКФ им было предложено определить возможное наличие нарушений, их серьезность и возможное наличие контекстуального фактора, действующего в качестве барьеров или посредников. О деятельности и участии они должны оценивать производительность (что действительно делается в реальной жизненной ситуации), емкость (что можно сделать без модуляции контекстуальных факторов), производительность без помощи (это то, что пациент может делать в окружающей среде, используя все контекстуальные факторы кроме помощи человека) и наличие барьеров или посредников.

Этапы исследования

Опрос, основанный на МКФ, был устно представлен всем участникам. После завершения этого этапа данные были собраны и разработаны с использованием веб-приложения. Для каждого участника была получена информация, включающая баланс и дисбаланс в каждой области МКФ, а также постоянный уход (включая следующие области: здравоохранение, работа, школа и социальные услуги, профессиональные работники и технологии / продукты).

Затем соотношение между встречными и неудовлетворенными потребностями сравнивалось между группой пациентов в возрасте до 18 лет и группой в возрасте старше 18 лет.

Результаты

Терминология

Подходя к проекту проекта и его методам, итальянская исследовательская сеть сразу же столкнулась с некоторыми проблемами терминологии. Единого консенсуса в отношении определения детей со сложными потребностями не существует. С одной стороны, существует предположение о том, что комплексные потребности являются фактическими и могут быть поняты без определения

(Rosengard 2007), с другой стороны, различные термины и определения часто используются взаимозаменяемо. Различные авторы по-разному применяли концепцию сложности, подчеркивая либо риск декомпенсации, либо необходимость экстренной помощи (Betz 2013), долгосрочное влияние на шансы на автономию (Colver 2013), широту (множественность) и глубину (серьезность) потребностей (Rankin 2004)

Background and aims

Advances in the fields of diagnosis and treatment led to an increased lifespan and quality of life for various diseases, especially in children. Development of many serious and complex diseases has changed their prognosis and these have become chronic conditions. All over the world, progress in neonatal care has resulted in a marked reduction in mortality rate from perinatal insults. Despite these achievements, about 31% of the surviving infants show permanent sequelae, and 13.8% multiple impairments that persist into adulthood (Mwaniki 2012), leading to a growing cohort of young adults with complex health needs.

The transition phase from paediatric to adult care for children with complex conditions is no longer an exceptional occurrence, but has become an expected passage for these young patients.

The Society for Adolescent Medicine defines the transition as “the purposeful, planned movement of adolescents and young adults with chronic physical and medical conditions from child-centred to adult-oriented health care system” (American Academy of Paediatrics, 1996).

Objectives of a properly managed transition should include: providing appropriate high quality patient-centred health care, promoting patients’ skills and interdependence in health care and maximizing persons’ life-long functioning and potential. These goals are seldom met both in universalistic and insurance based health systems.

Transition from childhood to adulthood, entailing individual and social changes in every domain of life, represents a demanding time for children and for their relatives. In such scenario, it is reasonable to expect that the more complex a disability is, the more challenging the process will be. In adolescents with complex disabilities the occurrence of impairment, limitations, restrictions in multiple domains and the presence of more frequent barriers further complicate the management of this phase. These conditions often require the presence and the communication of more than one service, thus adding more complexity and chances of fracture in the process. This is especially evident for rare or complex and severe conditions, for which medicine now is successful enough to extend life expectancy but not enough to provide definitive cure. Life expectancy for children with Duchenne muscular dystrophy or cystic fibrosis is now more than doubled compared to 30 years ago, and children who in the past time seldom saw late adolescence now grow well into adulthood (Kohler, 2009). Such growth however is not free from problems, is not simply extending in time the problems typically encountered in the childhood, but it presents new unedited challenges for the patient, the family, the services.

These adolescents may have a greater need for support and, as consequence, are persistently dependent on their parents, may become more socially marginalized and can suffer educational disadvantages and fewer opportunities than their peers (Hallum, 1995). On the other hand, evidence suggests that the period of transition is perceived by parents of severely disabled adolescents or young adults as a particularly stressful time (Freeman, 1970; Domer, 1975).

Children and caregivers followed for years by often very specialized pediatric services face difficulties in recognizing the physician devoted to adult care as a trusted partner in managing situations that present frequently with extreme need for individualization. This is particularly true for rare diseases emerging in childhood, for which the needed expertise is not easy to replicate from service to service.

The presence of psychiatric symptoms, interacting and influencing in the context of intellectual impairments, may worsen the clinical picture, thus further aggravating the condition of disability.

It is therefore clear that transition represents more than transfer of care. Failure in this pathway may impair the whole quality of life of these subjects and their families. To reach an adequate management of ongoing needs arising during this phase, a good integration in care and services cohesion is utmost necessary.

Despite the substantial need for continuity, care is often fragmented, specialists rarely communicate with one another and little attention is paid both to physical and psychosocial aspects of disability (Hallum, 1995). This makes these children, and often their parents, growing up with insufficient knowledge about their condition and about the service to cope with (Camfield & Camfield, 2011).

In the attempt to identify the key problems in health care faced by children with complex disability when approaching adulthood and to assess the met and unmet needs we developed a collaborative project involving five Italian institutions caring for children with complex disabilities. The project was funded by the Italian Center for Disease Control and had the following objectives:

- To describe the functioning profile of a representative sample of the transitioning population;
- To examine the way in which continuity of care between child and adult services was assured;
- To highlight the met and unmet needs in this process.

The intricate nature of the transition process, the multiplicity of players and stakeholders involved, the complexity of the health conditions and the pervasiveness of their impact on persons' functioning require the use of a common universalistic neutral language strongly based on a solid conceptual framework. Such language is provided by the International classification of functioning, health and disability (ICF) (WHO 2001), which therefore has been used to describe the functioning profiles and to analyse its modification across the transition age.

Method

Team Members

A collaborative project named "COTEAM", which gathers partners involved in various stages/levels of care provision in different Italian health service providers, was launched November 2012. Members of the project were: IRCCS E. Medea, Conegliano, IRCCS Neurological Institute Foundation Besta, Milan, Department of Pediatrics of Padova (Paediatric Hospice), Department of Psychiatry of the University of Udine, Health General Direction of the Friuli Venezia Giulia Region, IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, S. Giovanni Rotondo.

Tools

As functioning descriptor, ICF was recognized as the best tool to describe the functional status and the environmental responses. The ICF is a classification of health and health-related conditions for children and adults published by World Health Organization (WHO) in 2001. It considers "health" as "the complete physical, mental, and social functioning of a person and not merely the absence of disease." It is composed by two parts: *functioning and disability* and *contextual factors*.

The section "Functioning and Disability" describes structures conditions, body functions and functional level on activity and participation of the person. The section "Contextual Factors" includes environmental and personal factors that may have an influence on person functioning.

The ICF based assessment method used has been developed by the Italian WHO-FIC CC. During this project it has been employed in order to verify its feasibility to describe the functioning profile of each subject and of the whole sample.

A structured interview was orally submitted to the patient or to his/her caregiver. The questions were built on the basis of the ICF and explored both areas of functioning and disability and contextual factors. In the first part of the interview, patient and/or caregiver were asked to provide demographic data and information about the possible facilitators (presence of professionals caring for them, rehab treatments, pharmacotherapy, economic provisions such as pensions, medical and/or social interventions received during the last month, use of aids or prosthesis and autonomy on activities of daily living).

In the second part, their functioning profile was described in terms of structures, body functions, activity and participation. For all codes of ICF they were asked to identify the possible presence of impairments, their gravity and the possible presence of contextual factor acting as barriers or facilitators. About activity and participation they have to evaluate performance (what is actually done in the real life situation), capacity (what could be done without contextual factors modulation), performance without assistance (that is what patient can do in the environment using all contextual factors except human assistance) and presence of barriers or facilitators.

Phases of the research

The ICF based interview was orally submitted to all participants. Once completed this phase, data were collected and elaborated using a web application. For each participant an output including balance and unbalance needs for each area of ICF and for the ongoing care (including the following areas: health, job, school and social services, professional involved and technologies/products adopted) was obtained.

The balance between met and unmet needs was then compared between the group of patients below age 18 and the group aged above 18.

Results

Terminology

In approaching the design of the project and its methods, the Italian research network immediately faced some terminology challenges. There is no universal consensus on the definition of children with complex needs. On one side there is an assumption that complex needs are a matter of fact and can be understood without definition (Rosengard 2007), on the other, a variety of terms and definitions is often used interchangeably. Various authors operationalized in different way the concept of complexity, emphasising either the risk for decompensation and the need for emergency care (Betz 2013), the long term impact on the

chances for autonomy (Colver 2013), the breadth (multiplicity) and the depth (severity) of needs (Rankin 2004), the number of services and supports necessarily involved in the care process (Weston 2000, Simkiss 2012))

Despite the term “complexity” is potentially ambiguous; the aforementioned range of definition presents some core aspects that appear quite fixed: clinical impaired condition, pervasive limitation in activity of daily living, presence of several needs and necessity of considerable support.

In this project complexity was defined by the presence of three or more of the following criteria: presence of multidagnosis; psychiatric comorbidities; need of pharmacological treatment; poor efficacy of ongoing treatments; problematic relationships; learning difficulties; aggressiveness; legal problems; demanding management (i.e. for inadequate facilities) and rarity of pathology.

Participants

On the basis of the aforementioned criteria, 49 patients (31 M, 18 F) were identified satisfying the required criteria of being close to the time of transition and having a condition implying chronic disability. The mean age was 18,2 (Range: 12-23; Median: 18); 46.9% were under 18 (N= 23) and 53.1 % (N=26) reached adulthood. Diagnostic labels included, often in co-diagnosis, diseases of the nervous system (e.g. cerebral palsy) (60%), mental disorders (53%), metabolic and endocrine diseases (10%).

Environmental impact for adolescents with complex vs non-complex conditions before and after transition.

The first difference emerged in the pattern of barriers and facilitators identified by subjects with complex vs non-complex conditions when comparing pre-transitional age to post-transitional age. While the landscape of barriers and facilitators did not change with transition for subjects with non complex conditions, it was characterized for subjects with complex conditions by the emergence of specific barriers linked to the paucity of services and the restriction of the social milieu.

Functioning pre vs post transitioning profile.

The functioning profile in the non-complex conditions was characterized by selective problems in the area of interpersonal relations and social life, where capacity and performance were similar with scores denoting moderate problems. The profile was more homogeneous in complex conditions with high intensity of care in all areas, providing a generalized compensation reflected by better performance. However, when comparing pre vs post transitional profile in subjects with complex conditions areas of personal interactions and social life, that were well balanced before transition, became problematic, while areas of self-care, which were only partially compensated before transition, were after transition fully delegated to care-givers.

Considering the whole group, analysis of functioning profiles and contextual factors revealed some relevant unmet needs in the areas of mental, neuromusculoskeletal and movement-related functions. A prevalence of unmet needs emerged in structures related to the movement whereas the area of activities and participation appeared as more balanced.

This was true for both groups of patients even if some tendencies were observed: dissatisfactions about function increased entering into adulthood, whereas those related to structure, activities and participation decreased.

Discussion and Conclusions

Health care transition has been described as “a multifaceted, active process that attends to the medical, psychosocial, and educational/vocational needs of adolescents as they move from the child-focused to the adult-focused health-care system” (Betz 2013). The Society for Adolescent Medicine states that, “all individuals, whether receiving primary preventative care or tertiary care, deserve services that are appropriate for their age and developmental stage” (Rosen 2003).

Our experience represents the very critical phase of transition and the identification of complex care needs. The use of ICF to describe the functioning characteristics of the recruited population, albeit in a small subset, allowed a comparison of data across conditions and along the transition age, giving information to identify unmet needs and orient service provision.

The way in which contextual factors modulate disability changes with the transition to adulthood: the social landscape loses the school setting which till age 18 is the main vehicle for social interaction, resulting in a substantial worsening of performance in social life and personal relationships. Considering the different scores of capacity, performance without assistance and performance across the transition age and matching them with the type of interventions activated for each subject, what emerges is the shift from a proactive attitude towards trying to modify capacity through interventions focusing on related functions (rehabilitation), to a more fatalistic position where impairments are given as un-modifiable therefore not eligible for rehabilitative intervention.

Our study given the small number of participants, the reference to a specific national health and social system and the short time interval considered should be taken as a pilot probe in the intricate process of

transition and cannot be generalized without caution. The methodology applied and the reference to the ICF however showed all the strength that could be transferred to a wider and more longitudinal study.

References

1. American Academy of Pediatrics, American Academy of Family Physicians and American College of Physicians-American Society of Internal Medicine. A Consensus Statement on health care transitions for young adults with special health care needs. *Pediatrics* 2002;110:1304-1314. Betz CL, Lobo ML, Nehring WM, Bui K. Voices not heard: a systematic review of adolescents' and emerging adults' perspectives of health care transition. *Nurs Outlook*. 2013 Sep-Oct;61(5):311-36
2. Camfield P, Camfield C. Transition to Adult Care for Children with Chronic Neurological Disorders. *Ann Neurol*, 2011; 69: 437-444.
3. Colver AF, Merrick H, Deverill M, Le Couteur A, Parr J, Pearce MS, Rapley T, Vale L, Watson R, McConachie H. Study protocol: Longitudinal study of the transition of young people with complex health needs from child to adult health services. *BMC Public Health*. 2013 Jul 23;13(1):675.
4. Domer S. The relationship of physical handicap to stress in families with an adolescent with spina bifida. *Dev Med Child Neurol* 1975;17:765-76.
5. Freeman RD. Psychiatric problems in adolescents with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol* 1970;12:64-9.
6. Hallum A. Disability and the transition to adulthood: issues for the disabled child, the family, and the pediatrician. *Curr Probl Pediatr*. 1995;25: 12-50.
7. Kohler M, Clarenbach CF, Bahler C, Brack T, Russi EW, Bloch KE. Disability and survival in Duchenne muscular dystrophy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2009 Mar;80(3):320-5.
8. Mwaniki MK, Atieno M, Lawn JE, Newton CR. Long-term neurodevelopmental outcomes after intrauterine and neonatal insults: a systematic review. *Lancet*. 2012 Feb 4;379(9814):445-52.
9. Rankin J & Regan S (2004), *Meeting Complex Needs: The Future of Social Care*, London:Turning Points/ Institute of Public Policy Research (IPPR).
10. Richardson SA. People with cerebral palsy talk for themselves. *Dev Med Child Neurol* 1972;14:524-35.
11. Rosen DS, Blum RW, Britto M, Sawyer SM, Siegel DM; Society for Adolescent Medicine. Transition to adult health care for adolescents and young adults with chronic conditions: Position paper of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health* 2003;33:309-11.
12. Rosengard 2007 A Literature Review on Multiple and Complex Needs <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2007/01/18133419/4> ISBN 978 0 7559 6413 0 (Web only publication) January 2007
13. Simkiss D.E. Community care of children with complex health needs. *Paediatrics and Child Health*, ISSN 1878-206X, 05/2012, Volume 22, Issue 5, pp. 193 – 197
14. Weston J (2000), "Choosing, Getting and Keeping a Job: A Study of Supported Employment for People with Complex Needs", Edinburgh: Scottish Human Services Trust

О РЕАЛИЗАЦИИ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЫ «АУТИЗМ. МАРШРУТЫ ПОМОЩИ» В ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

Сергеева О.В.

Департамент социальной защиты Воронежской области

Россия, Воронеж

ON THE IMPLEMENTATION OF THE INTEGRATED PROGRAMME «AUTISM. ROUTES HELP» IN VORONEZH REGION

Sergeeva O.V.

The Department of social protection of the Voronezh region

Russia, Voronezh

Аннотация: Статья посвящена проблемам формирования на региональном уровне системы комплексной реабилитации и реабилитации детей с расстройствами аутистического спектра. В статье описывается опыт Воронежской области в данной сфере деятельности, результаты и основные работы на ближайшую и среднесрочную перспективы.

Abstract. the Article is devoted to the problems of formation at the regional level of the system of complex rehabilitation and rehabilitation of children with autism spectrum disorders. The article describes the experience of the Voronezh region in this field, the results and the main work for the near and medium term.

Ключевые слова: аутизм, инвалид, реабилитация, абилитация, исполнительные органы государственной власти

Key words. autism, disabled person, rehabilitation, habilitation, Executive bodies of state power

Введение

Аутизм — расстройство, возникающее вследствие нарушения развития головного мозга и характеризующееся выраженным и всесторонним дефицитом социального взаимодействия и общения, а также ограниченными интересами и повторяющимися действиями. Успешная реабилитация и социализация ребенка с аутизмом возможна только при условии обеспечения комплексного подхода на наиболее ранних этапах его развития.

Актуальность и цели.

Оказание помощи детям с расстройствами аутистического спектра (далее – РАС) на территории Воронежской области на протяжении ряда лет осуществлялось учреждениями различной ведомственной принадлежности (здравоохранения, социальной защиты, образования) и имело разобщенный характер. При этом, из-за особенностей заболевания ребенок с расстройствами аутистического спектра, в отличие от детей с другими ментальными нарушениями, нуждается в именно в комплексной, непрерывной реабилитации, проводимой на межведомственном уровне.

Методы и результаты.

В марте 2003 года в областном центре реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями «Парус надежды» была сформирована первая группа детей с расстройствами аутистического спектра (далее - РАС) в количестве 10 человек в рамках разработанной в центре программы медико-психолого-педагогической помощи детям и подросткам с РАС.

С тех пор система реабилитации детей-инвалидов постоянно развивалась. Совершенствовалась материальная база, увеличивалось качество и количество предоставляемых услуг. Однако, используя только внутренние региональные ресурсы, достичь каких-либо прорывных результатов в данной сфере невозможно. В данных условиях своевременной оказалась поддержка с 2009 года на федеральном уровне: финансовое участие в региональных проектах принял Фонд поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

В период с 2009 по 2012 год Фонд по различным программам и проектам направил в Воронежскую область средства в сумме 14,0 миллионов рублей. За счет этих средств мы приобрели новейшее реабилитационное оборудование, транспорт для инвалидов, интернет-классы.

В целях формирования кадрового и квалификационного потенциала, организационно-правовой и методической базы в 2012 году в Воронежскую область был привлечен Благотворительный фонд содействия решению проблем аутизма «Выход». Благодаря высокому профессионализму экспертов Фонда «Выход», научным и интеллектуальным ресурсам, в 2012 - 2015 годах область вышла на принципиально новый уровень решения вопросов в сфере организации помощи детям с аутизмом и их семьям.

Впервые в Воронежской области была разработана и принята к исполнению комплексная программа помощи людям с РАС «Аутизм. Маршруты помощи». Цель программы – создание в регионе межведомственной системы помощи детям с расстройствами аутистического спектра и их родителям.

В ходе реализации программы были разработаны и переданы в учреждения социальной сферы передовые методики, учебные планы и электронные курсы по реабилитации детей с РАС, информационные буклеты и стенды для информирования родителей; обучено более 1600 специалистов и родителей, воспитывающих детей с ментальными нарушениями. Проведен ремонт и закуплено оборудование для обслуживания детей с РАС в трех базовых государственных учреждениях системы реабилитации детей-инвалидов в сфере социальной защиты, образования и здравоохранения.

В 2015 году Воронежская область была включена в число участников пилотного проекта Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, по оказанию комплексной помощи детям с РАС и воспитывающим их семьям. В рамках участия в пилотном проекте, на 1 этапе его реализации был сформирован региональный межведомственный план действий по оказанию комплексной межведомственной помощи детям с РАС и воспитывающим их семьям, в который вошли, в том числе, мероприятия программы «Аутизм. Маршруты помощи».

Структура межведомственного плана включает мероприятия, охватывающие все стороны жизни, все возрастные категории и периоды развития ребенка с РАС от рождения до восемнадцати лет, а также после достижения восемнадцатилетнего возраста при наличии отрицательного реабилитационного прогноза.

Принятые в рамках исполнения межведомственного плана действий меры позволили сформировать в Воронежской области действующую экспериментальную модель комплексного медико-социального и психолого-педагогического сопровождения детей с РАС и воспитывающих их семей.

На сегодняшний день в системе комплексной помощи разработан и функционирует непрерывный реабилитационный маршрут, разделенный на 4 этапа развития ребенка:

1. Выявление, диагноз, ранняя помощь – семьи с детьми в возрасте от 0 до 3 лет;
2. Дошкольное образование, социальная реабилитация и абилитация – семьи с детьми в возрасте от 3 до 7 лет;
3. Общее (специальное) образование и социализация – семьи с детьми в возрасте от 7 до 18 лет;
4. Жизнь в обществе - семьи с детьми-инвалидами с отрицательным прогнозом, достигшими восемнадцатилетнего возраста.

На 1 этапе в систему комплексной помощи включены детские учреждения здравоохранения области, в том числе два центра ментального здоровья, кабинет для детей с РАС на базе областного клинического психоневрологического диспансера и отделение раннего развития в областном центре реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями «Парус надежды».

На данном этапе производится выявление детей группы риска в самом раннем возрасте при непосредственном участии родителей, последующая углубленная диагностика, оказание ребенку при необходимости медицинских и социально - реабилитационных услуг.

После установления диагноза родители получают возможность направить ребенка на реабилитацию в вышеупомянутый центр «Парус надежды», а также в один из центров ментального здоровья, либо в кабинет для работы с детьми с РАС в детском амбулаторном отделении Воронежского областного клинического психоневрологического диспансера.

В целях увеличения выявляемости детей группы риска, организована работа по информированию населения в рамках информационного сета «Обратите внимание: аутизм!». Изготовлена печатная продукция (буклеты, лифлеты, пособия для педиатров, родителей), которая направлена во все детские учреждения области.

В отделении раннего развития центра «Парус надежды» организовано предоставление услуг ранней помощи семьям, воспитывающим детей с РАС, начиная с шестимесячного возраста и до достижения возраста 6 лет. Основное направление деятельности отделения раннего развития - возможно более ранняя специализированная комплексная психолого-медико-педагогическая и социальная поддержка семьи, имеющей ребенка с выявленными ментальными нарушениями (риском нарушения), подбор адекватных способов взаимодействия с ребенком, его воспитания и обучения, коррекция отклонений в развитии.

Ежемесячно услугами Службы пользуются до 30 семей и более 45 семей получают консультации.

Принимаемые на первом этапе меры позволили существенно увеличить выявляемость детей с РАС.

В настоящее время в реестре департамента здравоохранения Воронежской области на учете с диагнозом РАС состоят 838 детей. Для сравнения: в 2012 году, когда мы начинали работу над формированием системы, у нас на учете состояли 195 детей с РАС.

В целях обеспечения сохранения доступности услуг выявления и ранней увеличивающейся целевой группе правительство Воронежской области намерено в 2019-2024 годах ежегодно открывать новые консультационные и консультационно-диагностические пункты (кабинеты) в учреждениях здравоохранения и социальной защиты, организовать работу служб раннего развития в сельской зоне на базе учреждений социальной защиты.

На втором этапе, по достижении ребенком трехлетнего возраста, в систему комплексной помощи, помимо вышеперечисленных учреждений включаются детские дошкольные учреждения региональной системы образования: лекотеки на базе детских садов в районах области, две ресурсные дошкольные группы на базе муниципальных дошкольных учреждений системы образования, а также учреждения социальной защиты.

Основная цель второго этапа – подготовка ребенка и его родителей к получению образования по специальной или общей программе, в зависимости от тяжести заболевания и реабилитационного потенциала. Основной (типовой) перечень услуг для семьи в рамках второго этапа:

- медико-профилактическое сопровождение;
- повышение родительских компетенций в сфере ранней диагностики РАС и воспитания детей с ментальными нарушениями;
- развитие когнитивных функций;
- психолого - педагогическая реабилитация и коррекция;
- медико-социальная реабилитация и абилитация.

В системе образования в настоящее время функционируют пять ресурсных групп в детских садах областного центра и районов области.

Для детей дошкольного возраста с ОВЗ в возрасте от 2 месяцев до 7 лет на базе 29 образовательных организаций, реализующих программы дошкольного образования, функционируют «Лекотеки», в которых получают образовательные услуги более 300 детей с ОВЗ, открыто 129 консультационных центров. Специалисты «Лекотек» реализуют индивидуально-ориентированные программы сопровождения ребенка и его семьи.

В областном центре реабилитации детей и подростков с ОВЗ «Парус надежды» и Воронежском центре реабилитации инвалидов для детей с РАС реализуется комплексная социальная услуга – домашнее визитирование, предполагающая выезды в семьи, воспитывающие детей с тяжелыми сопутствующими нарушениями, специалистов (педагог-дефектолог, логопед, психолог), обученных технологии домашнего визитирования, для оказания психолого-педагогической и коррекционно-развивающей помощи в домашних условиях. Ежемесячно услугами домашнего визитирования пользуются 45 семей, проживающих в областном центре. Начиная с 2019 года, служба домашнего визитирования будет работать в реабилитационном центре «Журавлик».

Третий этап – наиболее продолжительный и, исходя из мониторингов запроса целевой группы – в настоящее время наиболее востребованный. Его основная цель – подготовка ребенка к самостоятельной жизни, или жизни при минимальном постороннем вмешательстве. На данном этапе в систему реабилитации ребенка с РАС включаются учреждения общего и специального образования.

В целях исполнения родительского запроса в рамках совершенствования реабилитационного процесса на данном этапе развития ребенка департаментом образования, науки и молодежной политики Воронежской области были проведены организационно-правовые мероприятия по итогам которых в регионе в 2015 году при участии Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации и Фонда «Выход»:

- создана лаборатория сопровождения коррекционного образования, обеспечивающая организационно-методическое сопровождение процесса обучения учащихся с РАС на базе регионального института дополнительного образования;

- на базе образовательных школ города Воронежа и области с сентября 2015 года реализуется проект по обучению детей с РАС в ресурсных классах.

Всего в 2017/2018 учебном году функционировали 14 ресурсных классов. Общее количество детей с РАС, охваченных инклюзивным образованием, в 2017/2018 учебном году составило 139 человек.

Организация полезного досуга, занятости и развития в течение года обеспечивается в группах дневного пребывания для детей с РАС школьного возраста в Воронежском центре реабилитации инвалидов, центрах «Парус надежды» и «Журавлик». Цель создания групп - реализация индивидуальных программ медико-социальной, психолого-педагогической реабилитации детей с РАС и другими функциональными нарушениями в условиях кратковременного пребывания. Основные задачи групп – формирование коммуникативных навыков у детей посредством игровой деятельности и участия в досуговых мероприятиях; организация коррекционно-развивающих мероприятий с использованием методик арттерапии, логоритмики, телесно-ориентированной терапии, а также социально-средовая реабилитация (обучение навыкам самообслуживания, поведения в общественных местах, навыкам коммуникации).

Также, в целях повышения доступности услуг для семей с детьми с РАС, в центре «Журавлик» организована работа социальной гостиницы для жителей отдаленных районов на 10 мест. Такая служба уже функционирует в центре «Парус надежды», но ее мощности не хватает для удовлетворения потребностей семей с детьми-аутистами в данном виде социальных услуг.

В целях дальнейшего жизнеустройства детей-инвалидов достигших восемнадцатилетнего возраста с отрицательным прогнозом (4 этап сопровождения ребенка с РАС) в Воронежском центре

реабилитации инвалидов и Воронежском областном реабилитационном центре для инвалидов молодого возраста организована работа группы дневного пребывания для молодых инвалидов. Цели и задачи данных групп аналогичны целям и задачам групп дневного пребывания для детей с РАС школьного возраста.

В настоящее время в рамках социального обслуживания для данной категории инвалидов начата работа по созданию консультационных центров, служб поддерживающего трудоустройства и сопровождающего проживания, строительству многофункциональных центров комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, что позволит создать условия для обеспечения их наиболее благоприятного проживания в семьях.

На 2019-2022 годы департаментом запланирована амбициозная задача – построить не имеющий аналогов в Российской Федерации принципиально новый модуль социальной реабилитации и жизнеустройства в действующем Бутурлиновском детском доме-интернате для умственно отсталых детей.

Проект предполагает возведение на территории учреждения уникального многофункционального реабилитационного комплекса для детей-инвалидов и инвалидов молодого возраста, а также четырех коттеджей для компактного проживания молодых инвалидов, воспитанников центра с посещающими их родителями и родителей с детьми-инвалидами, проходящими курс реабилитации в Бутурлиновском ДДИ. Ввод в эксплуатацию объекта позволит решить следующие актуальные для Воронежской области задачи в сфере государственной поддержки детей с ограниченными возможностями здоровья и молодых инвалидов:

1. Повышение доступности реабилитационных услуг для семей с детьми-инвалидами, проживающими в сельских районах области.
2. Реализация прав детей-инвалидов на получение услуг в сфере общего и дошкольного образования по адаптивным программам.
3. Организация полезной занятости и адаптивного трудоустройства ментальных инвалидов, достигших совершеннолетнего возраста.
4. Развитие физкультурного движения и занятий паралимпийскими видами спорта лиц с ограниченными возможностями.

Выводы.

В целом, анализ результатов работы в рамках формирования системы помощи людям с РАС и другими ментальными нарушениями дает основание полагать, что на сегодняшний день наиболее успешно нам удалось реализовать и развивать основные направления в сфере помощи детям с РАС, такие как:

- раннее выявление и ранняя диагностика детей с подозрением на РАС;
- развитие образовательной среды для детей с РАС;
- формирование кадрового потенциала специалистов по работе с детьми с РАС.

Не смотря на ряд положительных результатов, модель Воронежской области нуждается в доработке. Не решены отдельные проблемы: с формированием пакета нормативных правовых документов в рамках новых требований к предоставлению услуг лицам с РАС, с отработкой механизмов непрерывного межведомственного взаимодействия участников программы. Требуется активизация участия в данной сфере деятельности негосударственного сектора и конечных получателей услуг – детей и их родителей.

Список литературы

1. Конвенция о правах инвалидов: принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи от 13 декабря 2006 года. [Электронный ресурс] URL: http://ombudsmanspb.ru/files/files/OON_02_site.pdf (Дата обращения: 20.06.2018).

Konvencija o pravah invalidov: prinyata rezolyuciej 61/106 General'noj Assamblei ot 13 dekabrya 2006 goda. [Elektronnyj resurs] URL: http://ombudsmanspb.ru/files/files/OON_02_site.pdf (Data obrashcheniya: 20.06.2018).

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> (Дата обращения 20.06.2018).

Federal'nyj zakon ot 03.05.2012 № 46-FZ «O ratifikacii Konvencii o pravah invalidov». Dostupno po ssylke <http://www.kremlin.ru/acts/bank/35237> (Data obrashcheniya 20.06.2018).

3. Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов» (в ред. Федерального закона от 19.12.2016 № 461-ФЗ) // СЗРФ.1995 № 48.

Federal'nyj zakon ot 24.11.1995 № 181-FZ «O social'noj zashchite invalidov» (v red. Federal'nogo zakona ot 19.12.2016 № 461-FZ) // SZRF.1995 № 48.

4. ГОСТ Р 53874-2010 Реабилитация инвалидов. Основные виды реабилитационных услуг. Режим доступа: <http://vsegost.com/Catalog/51/51159.shtm>.

GOST R 53874-2010 Rehabilitaciya invalidov. Osnovnyye vidy rehabilitacionnyh uslug. Rezhim dostupa: <http://vsegost.com/Catalog/51/51159.shtm>.

УДК 36.364

ОПЫТ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ УСЛУГ РАННЕЙ ПОМОЩИ

Григорова Ю. А., Шукина Е. Ф.
ГАУ "РЦ "Талисман"

Россия, Екатеринбург

EXPERIENCE OF INTERDEPARTMENTAL INTERACTION IN THE PROVISION OF EARLY CARE SERVICES

Grigorova J. A., Shchukina E. F.
GAU "RC "Talisman"

Russia, Yekaterinburg

Аннотация: В статье представлен опыт межведомственного взаимодействия ГАУ «РЦ «Талисман» города Екатеринбурга» в системе оказания услуг ранней помощи семьям, воспитывающих детей раннего возраста с нарушениями развития.

Abstract. The article presents the experience of interagency cooperation between the State Educational Institution "RC Talisman" in the city of Yekaterinburg "in the system of providing early assistance to families raising children with disabilities.

Ключевые слова: межведомственное взаимодействие, социальная сфера, ранняя помощь, дети раннего возраста с нарушениями развития, междисциплинарная команда специалистов.

Key words. interdepartmental interaction, social sphere, early assistance, young children with developmental disorders, interdisciplinary team of specialists.

На сегодняшний день основной задачей социальной политики государства является разработка стратегии и тактики создания единой государственной системы раннего выявления и комплексной помощи детям с отклонениями в развитии и их семьям, в том числе при оказании услуг ранней помощи.

С 2017 года на территории Свердловской области реализуется пилотный проект по отработке подходов к формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, в рамках государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011–2020 годы.

Одной из основных задач реализации мероприятий пилотного проекта является формирование системы ранней помощи в регионе.

Данные статистики о негативных тенденциях в состоянии здоровья детей привели к необходимости создания служб ранней помощи и внедрение новых технологий в учреждениях социальной политики, здравоохранения, образования.

Целью развития системы ранней помощи в Свердловской области является организация эффективного межведомственного взаимодействия учреждений различной ведомственной принадлежности, а также активного вовлечения негосударственных организаций, в том числе социально ориентированных некоммерческих организаций (НКО), участвующих в оказании ранней комплексной помощи детям целевой группы.

Опыт работы в системе оказания услуг ранней помощи показывает, что в настоящее время недостаточно отлажена координация в деятельности различных ведомств в организации ранней помощи. Создание системы ранней помощи детям с нарушениями развития в регионе, в рамках реализации мероприятий пилотного проекта, привело к необходимости создания единой модели

межведомственного взаимодействия, с включением учреждений всех ведомств: образования, социальной политики, здравоохранения.

В связи с этим в регионе подготовлен проект приказа Проект Постановления правительства Свердловской области «Об утверждении Регламента межведомственного взаимодействия органов государственной власти Свердловской области в связи с реализацией полномочий по предоставлению услуг ранней помощи».

Опыт реализации направления ранней помощи государственного автономного учреждения «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Талисман» города Екатеринбурга» (ГАУ «РЦ «Талисман» города Екатеринбурга») начинается с 2008 года, когда на базе реабилитационного центра, совместно с некоммерческим партнерством «ЭвриЧайлд» реализовался проект «Раннее вмешательство». Основная цель проекта – создание эффективной системы профилактики нарушений развития и инвалидности у детей раннего возраста. В 2009 году данный проект при содействии Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации продолжил свое развитие под названием «Социальное сопровождение семьи, воспитывающей ребенка раннего возраста с нарушениями развития».

В рамках ранней помощи с семьей, воспитывающей ребенка с нарушениями развития раннего возраста, работает междисциплинарная команда специалистов. Междисциплинарная команда специалистов предоставляет услуги ранней помощи, участвует в разработке и реализации индивидуальной программы ранней помощи. Все решения принимаются совместно по итогам обсуждения, при этом каждый член команды несет ответственность за свою профессиональную работу. Успешное функционирование Службы ранней помощи зависит от профессиональной готовности специалистов к раннему выявлению отклонений в развитии ребенка, организации развивающей работы с ним, продуктивного взаимодействия с семьей и участие в деятельности междисциплинарной команды. Специалист должен обладать особыми компетенциями в области диагностики, коррекции нарушений развития и сопровождения семьи ребенка раннего возраста.

Для обеспечения наиболее полного и своевременного выявления детей, нуждающихся в ранней помощи, и своевременному направлению их в службу ранней помощи реабилитационный центр «Талисман» города Екатеринбурга и поликлиническое отделение № 2 детской городской больницы № 8 года заключили соглашение о сотрудничестве о направлении детей группы риска в службу ранней помощи.

В рамках межведомственного взаимодействия между учреждениями выработан алгоритм своевременного направления детей раннего возраста, имеющих нарушения развития, из учреждения здравоохранения (ДГБ № 8, поликлиническое отделение №2) в службу ранней помощи учреждения социальной политики.

Практика межведомственного взаимодействия учреждений социального обслуживания в оказании услуг ранней помощи детям с нарушениями развития продолжила свое развитие в организации совместной деятельности педагога-психолога службы ранней помощи с женскими консультациями по сопровождению беременных женщин с выявленной перинатальной патологией плода и подготовки к родам, осознанному материнству и профилактики отказов. После того, как психологическая работа по профилактике отказов от новорожденного проведена, семье предлагалась помощь разной интенсивности: сопровождение семьи в службе ранней помощи, включение мамы в работу для развития навыков позитивного общения с ребенком.

Положительный опыт межведомственного взаимодействия получен в рамках реализации проекта «Открываем мир вместе». Участники проекта – реабилитационный центр «Талисман» города Екатеринбурга, некоммерческое партнерство «Семья детям» и Свердловская региональная общественная организация «Солнечные дети». Данный проект был направлен на оказание психолого-педагогической помощи семьям, воспитывающим детей раннего возраста в форме групповой работы. Цель групповой работы – содействие успешной интеграции «особого» ребенка в общество, а также повышение психолого-педагогической грамотности родителей. В ходе проекта реализуется принцип активного включения родителей в процесс групповой работы.

В ходе межведомственного взаимодействия отмечается увеличение охвата услугами ранней помощи целевой категории специалистами служб ранней помощи, повышение информированности родителей об услугах, которые они могут получить в рамках службы ранней помощи.

Очевидно, что организация эффективного межведомственного взаимодействия в современных условиях должна стать механизмом, способствующим достижению более высоких показателей в области предоставления услуг ранней помощи.

Литература

1. Концепция развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года. Распоряжение Правительства от 31 августа 2016 г. № 1839-р, Москва
Konserciya razvitiya rannej pomoshchi v Rossijskoj Federacii na period do 2020 goda. Rasporyazhenie Pravitel'stva ot 31 avgusta 2016 g. № 1839-r, Moskva
2. Открываем мир вместе: информационно-методический материал по итогам реализации проекта. / сост. Ю.А. Григорова, О.В. Мельникова, О.А. Евстигнеева; под ред. М.В. Шутовой. – Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2010. – 72 с.
Otkryvaem mir vmeste: informacionno-metodicheskij material po itogam realizacii proekta. / sost. YU.A. grigorova, O.V. Mel'nikova, O.A. Evstigneeva; pod red. M.V. SHutovoj. – Ekaterinburg: Izd-vo Ural. un-ta, 2010. – 72 s.
3. Письмо Министерства образования и науки РФ от 13 января 2016 г. № ВК-15/07 “О направлении Методических рекомендаций”
Pis'mo Ministerstva obrazovaniya i nauki RF ot 13 yanvarya 2016 g. № VK-15/07 “O napravlenii Metodicheskikh rekomendacij”
4. Реабилитация, абилитация и сопровождение детей с ограничениями жизнедеятельности в Свердловской области. Сборник научно-методических материалов. - Екатеринбург: Раритет, 2017. – 93 с.
Reabilitaciya, abilitaciya i soprovozhdenie detej s ogranicheniyami zhiznedeyatel'nosti v Sverdlovskoj oblasti. Sbornik nauchno-metodicheskikh materialov. - Ekaterinburg: Raritet, 2017. – 93 s.
5. Социальное сопровождение семьи, воспитывающей ребенка раннего возраста с нарушениями развития: (методический сборник). Екатеринбург: Издательство «Раритет», 2010. – 124 с.
Social'noe soprovozhdenie sem'i, vospityvayushchej rebenka rannego vozrasta s narusheniyami razvitiya: (metodicheskij sbornik). Ekaterinburg: Izdatel'stvo «Raritet», 2010. – 124 s.

УДК 314.44

УСТАНОВЛЕНИЕ ИНВАЛИДНОСТИ ДЕТЯМ В ВОЗРАСТЕ ОТ 0 ДО 3 ЛЕТ КАК ЭТАП РАННЕЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

Доронина О.Е., Рябоконт А.Г., Кулинич Т.С., Туаршева С.М.
ФКУ «ГБ МСЭ по Ленинградской области» Минтруда России

Россия, Санкт-Петербург

ASSIGNMENT OF DISABILITY OF CHILDREN AGED 0 TO 3 YEARS AS A STAGE OF EARLY INTERVENTION FOR CHILDREN

Doronina O.E., Riabokon A.G., Kulinich T.S., Tuarsheva S.M.
FCI «GB MSE of the Leningrad region» of Mintrud of Russia

Russia, St.Petersburg

Аннотация: Изучена динамика показателей инвалидности у детей в возрасте от 0 до 3 лет в Ленинградской области в 2015-2017 годах и отражена потребность в абилитации, реабилитации, технических средствах реабилитации.

Abstract. Dynamics of disability among children aged 0 to 3 years in the Leningrad region in the 2015-2017 years and reflects the need for habilitation, rehabilitation, technical devices of rehabilitation.

Ключевые слова: уровень инвалидности, ранняя помощь, ребенок-инвалида.

Key words. level of disability, early intervention, child-disabled

Введение. Система ранней помощи включает комплекс медицинских, социальных и психолого-педагогических услуг, оказываемых детям с ограниченными возможностями здоровья и их семьям, детям, оставшимся без попечения родителей, детям из семей, находящихся в социально опасном положении и, прежде всего, это дети до трёх лет. Решение о создании системы ранней помощи было принято по итогам заседания Координационного совета по реализации Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы. Это фактически междисциплинарная, межведомственная услуга. В августе 2016 года Правительство Российской Федерации одобрило проект Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года. Цель

программы – своевременное выявление серьезных нарушений здоровья детей, организация и координация необходимой помощи по линии различных ведомств. Проведение медико-социальной экспертизы, включающее разработку индивидуальной программы реабилитации (абилитации) ребенка-инвалида (ИПРА), детям от 0 до 3 лет является одним из звеньев системы ранней помощи.

Целью работы явилось изучение инвалидности у детей в возрасте от 0 до 3 лет в Ленинградской области в динамике за три года (2015 - 2017гг) и потребности их в технических средствах реабилитации.

За исследуемый период в Ленинградской области наблюдались изменения общего числа детей-инвалидов и в возрастных группах. Так, отмечен существенный рост среди признанных инвалидами детей в возрасте до 18 лет с 2132 человек в 2015 году до 2798 (на 666 чел.) в 2016 году с последующим снижением до 2147 в 2017(на 651 чел.). Изменения произошли как за счет впервые, так и повторно признанных инвалидами.

В возрастной группе от 0 до 3 лет в категории «ребенок-инвалид» также отмечен рост признанных инвалидами с 462 чел. в 2015 г. до 598 чел. в 2016 г. и снижение до 450 в 2017 г., из них впервые признано детьми-инвалидами в 2015 г. 227 чел., (42,4% от общего числа впервые признанных детьми-инвалидами в возрасте до 18 лет), в 2016 г. – 315 человек (40,1%), в 2017 г. – 252 чел. (37,4%). Повторно признано детьми-инвалидами в возрастной группе от 0 до 3 лет в 2015 г. 235 человек, что составило 14,7% от общего числа впервые признанных детьми-инвалидами, в 2016 г. – 283 чел. (14,1%), в 2017 г. – 198 чел. (13,4%).

Можно констатировать, что доля впервые признанных инвалидами детей в возрасте от 0 до 3 лет от общего числа впервые признанных детьми-инвалидами до 18 лет за 2015-2017гг существенна и составила в среднем 40%. За три года отмечена тенденция к её снижению с 42,2% в 2015г до 40,1% в 2016г и до 37,4% в 2017г.

Среди повторно признанных инвалидами детей до 18 лет доля детей исследуемой группы составила в среднем 14% и также отмечено снижение её в динамике за три года (14,7%, 14,1%, 13,4%).

В структуре по полу в данной возрастной группе на протяжении 2015-2017 гг. преобладали мальчики с удельным весом в среднем 59%.

По нозологическим формам заболеваний первые три ранговых места на протяжении трех лет (2015-2017 гг) у детей, признанных инвалидами от 0 до 3-х лет занимали болезни нервной системы (38%), врожденные аномалии (32%), психические расстройства (5,5%).

В структуре первичной инвалидности в исследуемой группе на протяжении 2015-2017 гг. удельный вес болезней нервной системы составил 37,4%, 39,0%, и 41,3% соответственно. В данной нозологической группе наиболее частой причиной инвалидности у детей в возрасте от 0 до 3 лет являлись церебральный паралич и другие паралитические синдромы с удельным весом 32,9% в 2015 г; 39,0% в 2016 г и 28,8% в 2017 г.

На втором ранговом месте находились врожденные аномалии с удельным весом 29,1% в 2015 г., 23,8% в 2016 г., 30,6% в 2017 г. В данной нозологической группе на долю впервые признанных детьми-инвалидами вследствие аномалий центральной нервной системы и органов чувств приходится в среднем 13%-14%, вследствие аномалий системы кровообращения приходится до 27%, на хромосомные аномалии - до 15%.

Третье ранговое место занимали психические расстройства и расстройства поведения с удельным весом 9,3% в 2015 г; 8,9% в 2016 г; 6,7% в 2017 г.

В структуре повторной инвалидности в исследуемой группе первое ранговое место на протяжении 2015-2017 гг. занимали болезни нервной системы, удельный вес которых равен 34,9%, 38,1%, 37,9% соответственно. Удельный вес детей с церебральным параличом и другими паралитическими синдромами составил 47,5% в 2015 г; 49,0% в 2016 г и 49,0% в 2017 г.

Второе ранговое место стойко удерживали врожденные аномалии с удельным весом 38,7% в 2015 г., 36,0% в 2016 г., 34,3% в 2017 г. На долю повторно признанных детьми-инвалидами вследствие аномалий системы кровообращения приходится в 2015г - 25,3%, в 2016 - 27,4%, в 2017 – 17,6%; на хромосомные аномалии 16,5%, 18,6%, 11,8% соответственно; вследствие аномалий центральной нервной системы и органов чувств приходится в среднем 6,6%, 2,9%, 17,6%.

Третье ранговое место в 2015 году заняли болезни уха и сосцевидного отростка (6%), в 2016г – болезни эндокринной системы (3,9%) и в 2017 г. – болезни уха и сосцевидного отростка (5,6%).

В динамике изменялся и уровень первичной инвалидности, так, в 2015 г. он составил 18,9, в 2016 г.- 27,0 и в 2017г – 22,6 на 10 тыс. детского населения.

Уровень повторной инвалидности среди детского населения Ленинградской области колебался в пределах 56,4(2015 г), в 2016 г.- 69,2(2016 г) и 49,4(2017 г) на 10 тысяч детского населения.

Всем признанным инвалидами детям в 100% случаев разработаны ИПРА. Число ИПРА с рекомендациями о нуждаемости в ТСР детям от 0 до 3 лет в 2015г составило 117 (24% от всех разработанных ИПРА в 2015г), в 2016 - 177 (28,4%), в 2017г – 158(33%).

Потребность детей в возрасте от 0 до 3 лет в ТСР за три года возросла с 277 единиц в 2015 до 519 в 2016 и до 538 в 2017 году. Наибольшую долю назначенных ТСР составляет ортопедическая обувь (23,8%, 22,1%, 25,6%), тьюторы нижних конечностей (21,7%, 18,7%, 25,3%), кресла-коляски (15,9%, 16,3%, 13,6%). Потребность в опорах определена в 11,9%, 7,9%, 1,9% случаев соответственно, в абсорбирующем белье 4,3%, 8,1%, 7,1%, в аппаратах нижних конечностей 4,7%, 6,5%, 7,1% потребность в ходунках 6,1%, 1,7%, 3,5%, слуховые аппараты назначены в 4,7%, 3,3%, 4,1%; корсеты, головодержатели, реклинаторы, оптураторы - 2,9%, 3,8%, 2,4%. Доля протезов, кресло-стульев с санитарным оснащением, бандажей, обуви на протез, противопролежневых подушки матрацов, специальных средств при нарушении функции выделения, средств по уходу за стомой незначительна и колебалась в среднем от 0,1 до 1,7%.

Выводы.

Установление первичной инвалидности детям в возрасте от 0 до 3 лет в период с 2015 по 2017гг в 42,4-37,4% от всех впервые признанных детьми-инвалидами свидетельствует о раннем выявлении стойких нарушений функций органов и систем и, соответственно, раннем наступлении инвалидности, что обуславливает необходимость в проведении мероприятий по абилитации, реабилитации и назначения детям данной категории ТСР.

Нуждаемость в ТСР определялась с целью частичной или полной компенсации ограничений основных категорий жизнедеятельности, которые обусловлены функциональными нарушениями на фоне имеющихся заболеваний, среди которых ведущие ранговые места при первичном проведении МСЭ у детей в возрастной группе от 0 до 3 лет занимали болезни нервной системы, врожденные аномалии, психические расстройства и расстройства поведения. При повторном проведении МСЭ первые два ранговых места сохранялись за болезнями нервной системы и врожденными аномалиями.

Доля ИПРА с рекомендациями о нуждаемости в ТСР от всех разработанных ИПРА детям в возрасте от 0 до 3 лет в трёхлетней динамике возросла с 24% (2015г) до 33% (2017г). Также отмечено увеличение практически в два раза рекомендованных технических средств реабилитации в абсолютных цифрах. Наибольшая потребность выявлена в ортопедической обуви, тьюторах нижних конечностей, кресла-колясках. Процент назначенных слуховых аппаратов стабилен и в среднем за три года он составил 4%.

Своевременно и оптимально назначаемые мероприятия в ИПРА ребенка-инвалида, включая ТСР, обеспечивают комплексность, непрерывность, последовательность предоставления услуг учреждениями социальной сферы (здравоохранения, социальной защиты, образования), способствуют наиболее эффективному проведению абилитации и реабилитации детей от 0 до 3 лет на ранних этапах.

Список литературы:

1. Грозная Н.С. Ранняя помощь. Современное состояние и перспективные направления развития // Синдром Дауна XXI век: междисциплинарный научно-практический журнал / ред. Н.А. Урядницкая. - 2013. - № 2. - С. 54–61.
Groznaia N.S. Rannaya pomoshch'. Sovremennoe sostoyanie i perspektivnye napravleniya razvitiya // Sindrom Dauna XXI vek: mezhdisciplinarnyj nauchno-prakticheskij zhurnal / red. N.A. Uryadnickaya. - 2013. - № 2. - S. 54–61.
2. Грозная Н. С. Ранняя помощь за рубежом: от теории к практике / Н.С. Грозная // Синдром Дауна. XXI век: междисциплинарный научно-практический журнал / ред. Н.А. Урядницкая. – 2014. – № 1 (12) 2014. – С. 18-23.
Groznaia N. S. Rannaya pomoshch' za rubezhom: ot teorii k praktike / N.S. Groznaya // Sindrom Dauna. XXI vek: mezhdisciplinarnyj nauchno-prakticheskij zhurnal / red. N.A. Uryadnickaya. – 2014. – № 1 (12) 2014. – S. 18-23.
3. Грозная Н. С. Ранняя помощь. Современное состояние и перспективные направления развития // Синдром Дауна. XXI век: междисциплинарный научно-практический журнал / ред. Н.А. Урядницкая. – 2010. № 10. С. 54—61.

Grozная N. S. Rannaya pomoshch'. Sovremennoe sostoyanie i perspektivnye napravleniya razvitiya // Sindrom Dauna. XXI vek: mezhdisciplinarnyj nauchno-prakticheskij zhurnal / red. N.A. Uryadnickaya. – 2010. № 10. S. 54—61.

4. Науменко Л.Л. Особенности медико-социальной экспертизы детей раннего возраста – критерии и условия установления категории «ребенок-инвалид» детям первых 3 лет жизни // Медико-социальные проблемы инвалидности: научно-практический журнал. - 2017. - № 4. - С. 63—79.

Naumenko L.L. Osobennosti mediko-social'noj ehkspertizy detej rannego vozrasta – kriterii i usloviya ustanovleniya kategorii «rebenok-invalid» detyam pervyh 3 let zhizni // Mediko-social'nye problemy invalidnosti: nauchno-prakticheskij zhurnal. - 2017. - № 4. - S. 63—79.

5. Андреева О.С. Методические рекомендации по установлению медицинских показаний и противопоказаний при назначении специалистами медико-социальной экспертизы технических средств реабилитации инвалида и методика их рационального подбора /научный редактор М.А. Дымочка. Том первый. Том второй. Министерство труда и социальной защиты – М.: 2014.

Andreeva O.S. Metodicheskie rekomendacii po ustanovleniyu medicinskih pokazanij i protivopokazanij pri naznachenii specialistami mediko-social'noj ehkspertizy tekhnicheskikh sredstv reabilitacii invalida i metodika ih racional'nogo podbora /nauchnyj redaktor M.A. Dymochka. Tom pervyj. Tom vtoroj. Ministerstvo truda i social'noj zashchity – M.: 2014.

УДК 616.831 – 009.11.

РАННЯЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ, РЕАБИЛИТАЦИЯ И АБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пыхтина Н.Н., Гонцова Е.В., Лудкова А.Ю.
ООО «Центр Натальи Пыхтиной»

Россия, Москва

HELPING INFANT CHILDREN, REHABILITATION AND ABILITATION OF DISABLED PEOPLE. CLINICAL CASE

Pykhtina N.N., Gontsova E.V., Ludkova A. Y.
ООО “Nataliya Pykhtina’s Center”

Russia, Moscow

Аннотация: В статье представлен метод лечения двигательных нарушений церебральной природы детей раннего возраста мультидисциплинарной бригадой. Применение метода создания интегральной нейромышечной памяти моделей движений, последовательности движений и их координации, который способствует самовосстановлению мозга как физическому, так и функциональному на примере клинического случая. Рассмотрена реабилитация дихориальной диамнионической двойни на протяжении двух лет. В результате применения данного метода отмечена высокая эффективность двигательной реабилитации с образованием межнейронных связей и созданием модели жизненно необходимых движений с последовательным плавным преобразованием движений друг в друга.

Abstract. This article presents the method of correcting cerebral motion disorders of young-aged children by multidisciplinary team and usage of method of creating integral neuromuscular memory motion models, which promotes self-healing of brain physically and functionally, on the example of the clinical case. The rehabilitation of dichorionic diamiotic twins lasting two years is examined. The result of using this method is noticeable efficiency of motor rehabilitation, neural connections formation and development the model of vitally important movements fluently turning into one from another.

Ключевые слова: ДЦП, ребенок, двигательная реабилитация, СИНП, движение.

Key words. cerebral palsy, cerebral paralysis, child, children, motor rehabilitation, CINM (the method of creating integral neuromuscular memory), motion.

Актуальность и цели. Всемирная организация здравоохранения определяет реабилитацию как совокупность мероприятий, призванных обеспечить лицам с нарушениями функций в результате болезней, травм и врожденных дефектов приспособление к новым условиям жизни в обществе, в котором они живут. Абилизация является процессом, направленным на всестороннюю помощь в достижении максимально возможной при данном заболевании физической, психической, социальной

компетенции. Первое и основное направление реабилитации - восстановление здоровья посредством комплексного использования различных средств, направленных на формирование и максимальное восстановление нарушенных физиологических функций организма, а в случае невозможности достижения этого – развитие компенсаторных и заместительных функций. Виды реабилитации патологии раннего детского возраста следует рассматривать вследствие и во взаимосвязи медико-биологических последствий поражающего фактора, дефицитарного формирования двигательных и когнитивных функций и специфику формирования связей с семьей и обществом [3].

Для достижения максимального результата реабилитации в раннем возрасте мы практикуем работу мультидисциплинарной бригады в составе инструктора ЛФК, невролога, ортопеда, логопеда-дефектолога, медицинской сестры и родителей ребенка. По каждому ребенку составляется реабилитационный диагноз с определением проблем пациента, целей, задач и разработкой стратегии реабилитации. Ребенок развивается, активно взаимодействуя с окружающим миром и в первую очередь с родителями. С момента рождения между ними существует тесная связь, наша цель не позволить болезни ее разрушить и стать родителям пассивными наблюдателями. Родители ребенка мотивируют и ответственно выполняют все наши предписания во время перерывов между курсами реабилитации. Такой подход позволяет нам сократить время реабилитации и добиться максимальных результатов [2].

Метод. Для лечения двигательных нарушений церебральной природы детей раннего возраста мы используем метод СИНП - создания интегральной нейромышечной памяти моделей движений, последовательности движений и их координации, который способствует самовосстановлению мозга как физическому, так и функциональному. Заключающийся в использовании адаптивного и компенсаторного потенциала нервной системы, метод позволяет создавать и закреплять новые двигательные навыки ребенка с поражением ЦНС.

На протяжении жизни ребенка нейроны головного мозга образуют новые взаимосвязи. Эти новые межнейронные связи возникают в ответ на запрос (стимул) поступающий из внешней среды. Благодаря этим новым взаимосвязям можно и нужно инициировать новые функции головного мозга. Способ лечения перинатального поражения центральной нервной системы и детского церебрального паралича у детей до трех лет, используемый нами, является запатентованным. Заключается в последовательном формировании нейромышечной памяти моделей поднятия головы, удержания, поворотов головы, поднятия головы в положении на четвереньках, удержания равновесия из положения ребенка стоя на четвереньках, модели установления ребенка в положение на четвереньки, моделей удерживания равновесия в положении на четвереньках, равновесия и движений в положении на четвереньках, ползания на четвереньках, моделей присаживания, координации положения головы стояния на двух ногах, равновесия и ходьбы из исходных положений и с помощью последовательностей движений. Ритм воздействия постепенно увеличивают, достигая максимума к середине цикла выполнения каждого движения и постепенно уменьшая к его концу; воздействие осуществляют 1-2 раза в день. Способ обеспечивает формирование и улучшение двигательных функций при одновременном расширении диапазона самостоятельно выполняемых движений, создание нейромышечной памяти последовательности моделей плавных переходов жизненно необходимых движений при одновременном сокращении сроков реабилитации в 2 раза [4].

Ортопед нашего центра специализируется на функциональном ортезировании нижних конечностей и разработкой программы реабилитации в части использования технических средств. Остеопат создает и поддерживает наиболее оптимальное состояние организма пациента в целом, увеличивает способность его к интенсивной физической нагрузке, устраняет локальные соматические дисфункции, мешающие успешному выполнению упражнений, способствует закреплению нового двигательного стереотипа, а также проводит симптоматическое лечение методом краниосакральной терапии, адаптированной для детского возраста (авторство Институт Апледжера), коррекция внутриутробных постуральных нарушений по Роберту Руссу, висцеральные, суставные, невральные, церебральные техники с учетом индивидуальных потребностей каждого ребенка. Проводит кинезитерапию в индивидуальном режиме.

Логопед - дефектолог участвует в реабилитационном процессе, в составе мультидисциплинарной бригады постоянно. При определении ограничений жизнедеятельности в категории «Способность к обучению», основываясь на Международной Классификации Функционирования, которая трактует ее как «Обучение и применение знаний», рассматриваются следующие разделы: - Способность целенаправленно использовать органы чувств при обучении, - базисные навыки при обучении, такие как копирование и повторение, - применение знаний, концентрация внимания, мышление [1].

Основными направлениями работы логопеда-дефектолога Центра является когнитивная реабилитация, формирование и коррекция моторных предпосылок к экспрессивной речи, преодоление дисфагии, социальная адаптация, разъяснительно-консультативная работа с родителями.

Целью коррекционного воздействия является формирование навыков, сопоставимых с нормальным онтогенезом и определение зоны ближайшего развития, увеличение уровня произвольности, формирование произвольного внимания и целенаправленной деятельности, определение уровня контактности и выделение ведущей модальности восприятия. Логопедическая помощь ассоциируется у большинства родителей в основном с детским садом, но никак не с младенческим возрастом. Становление речи у ребенка тесно взаимосвязано с различными видами деятельности. То есть без предметной и игровой деятельности, направленных на тренировку зрения, слуха и движений, речевое развитие может запаздывать. При соотношении возраста и уровня сформированности или дефицитарности той или иной психической функции, логопед может определить срок задержки психо-эмоционального развития и приоритетные направления корректирующего воздействия.

Клинический случай. В. Ольга. Диагноз: ДЦП тетрапарез. Постгеморагическая окклюзионная гидроцефалия, состояние после эндоскопической коррекции ликворных путей, порэнцефалический дефект в правой лобно-теменной области. Эпилептическая энцефалопатия. Задержка психоречевого развития. Органическое поражение проводящих путей зрительного анализатора. Ребенок от первой многоплодной беременности (дихориальная диамнионическая двойня), роды в 25 недель, самостоятельные с преждевременным излитием ОПВ. Первая из двойни. Масса при рождении 792 гр, рост 30 см. Оценка по шкале Апгара 1/3. На ИВЛ с рождения до 24 суток, затем в связи с приступами апноэ – снова ИВЛ с 1 мес. 5 дней – 1 мес. 10 дней. Церебральная ишемия, синдром угнетения, анемия, ВЖК 4 ст. гематома в гемисферах мозжечка, порэнцефалический дефект в правой лобно-теменной области. Оперативное лечение ретинопатии недоношенных. Эндоскопическая коррекция ликворных путей 26.08.2015 г.

В Соня. Диагноз: ДЦП правосторонний гемипарез. Задержка психомоторного развития. Постгеморагическая окклюзионная гидроцефалия, сужение водопровода мозга, порэнцефалический дефект в правой лобно-теменной области, сообщающийся с желудочковой системой, состояние после эндоскопической коррекции ликворных путей. Состояние после клипирования ОАП. Ребенок от первой многоплодной беременности (дихориальная диамнионическая двойня), роды в 25 недель, самостоятельные с преждевременным излитием ОПВ. Вторая из двойни. Масса при рождении 812 гр, рост 30 см. Оценка по шкале Апгара 3/4. На ИВЛ с рождения до 2х месяцев 12 дней, церебральная ишемия, синдром угнетения, анемия, ВЖК 4ст. Трижды оперирована, стентирование ликворных путей.

В момент поступления на реабилитацию у Оли наблюдалось: незрелость тазобедренных суставов, деформация грудной клетки и головы, за счет сниженного мышечного тонуса самостоятельные движения отсутствовали (голову не держала, не переворачивалась), значительно снижены сухожильные и отсутствовал сосательно-хватательный рефлекс, не кричала, не фиксировала взгляд, псевдобульбарный синдром, вызываются патологические рефлекс с верхних и нижних конечностей. У Сони: кратковременное удержание головы по средней линии, мышечный тонус диастоничен с приобладанием гипотонуса, снижен объем активных движений, псевдобульбарный синдром, крик слабый, взгляд фиксирует кратковременно за предметом не следит, сухожильные рефлекс снижены, патологические рефлекс не вызываются. Занятия в центре начались в 6 месяцев длились три недели, под контролем эпилептолога. За это время у Ольги улучшился мышечный тонус и появились активные движения, а у Сони сформировалась опора на предплечья с поднятием головы. Далее реабилитация проводилась курсами по 20 занятий с перерывом один - два месяца, на протяжении двух с половиной лет. Соблюдалось последовательное формирование нейромышечной памяти моделей движений. Применялась краниосакральная терапия в обоих случаях, у Сони - висцеральная остеопатическая коррекция связочного аппарата печени и толстой кишки, локальная работа с верхней и нижней челюстью. У Оли - коррекция внутриутробной позуры, локальная работа с верхней челюстью, правой височной костью, крыловидной костью и ее связками, невральные техники для верхних и нижних конечностей. Применялись тейпы точно по ходу разгибательной мышечной цепи. В возрасте 2 года 11 месяцев дети были приняты на курс когнитивной реабилитации. При поступлении в ситуации обследования продуктивная деятельность не сформирована, объём и концентрация внимания выражено сужены. Эмоционально крайне лабильны. Визуальный контакт возможен не стойко. Фиксация взора на предмете кратковременная, прослеживание взглядом за движущимся предметом до средней линии, целенаправленные движения

рук под контролем зрения отсутствуют. Присутствует эмоциональная реакция на собственное имя, на обращенную речь матери. В экспрессивной речи вокализация с элементами лепетной речи, возможен показ по заданию и под контролем специалиста отдельных бытовых предметов, что соответствует тяжёлой степени нарушения высших психических функций. В процессе комплексной реабилитации логопедом – дефектологом было проведено с каждым ребёнком по 45 занятий, направленных на всестороннее развитие познавательных способностей. Изготовлены индивидуальные ортезы стоп по слепкам с коррекцией патологической установки стоп. Подобрана стабилизирующая голеностопный сустав ортопедическая обувь.

Результаты. За это время нам удалось простимулировать образование межнейронных связей и создать модели жизненно необходимых движений с последовательным плавным преобразованием жизненно необходимых движений друг в друга, начиная с поднятия головы. На сегодняшний день Ольга: уверенно сидит и балансирует, ползает на четвереньках, с поддержкой встает и стоит у опоры, стоит без поддержки 5 – 7 секунд. Соня: уверенно сидит, ползает на четвереньках, самостоятельно встает, стоит, приседает, наклоняется, самостоятельно ходит, в том числе по ступенькам.

Отмечается выраженное улучшение общих коммуникативных навыков. Увеличился период продуктивной деятельности, появилось подражание в конструктивной деятельности, возможно выполнение простых действий как по образцу, так и по словесной инструкции. Расширился пассивный словарь, стало возможно выделение и дифференциация предмета по цвету и форме. Стало доступно выполнение простых устных инструкций. Внимание (как зрительное, так и слуховое) стало более устойчивым. Оля выдерживает 5 - 10 минут интенсивной нагрузки, Соня 10 минут стойко. В экспрессивной речи доступные артикуляционные позиции стали более разнообразными, возможно повторение гласных звуков. Эмоциональный фон стал несколько более ровным, дети реагируют на похвалу и оценивают правильность собственных действий в процессе предметно-игровой деятельности.

Выводы. В результате проведенной реабилитации, на примере клинического случая, доказана эффективность метода СИНП - создания интегральной нейромышечной памяти моделей движений, последовательности движений и их координации, который способствует самовосстановлению мозга как физическому, так и функциональному. Эффективность метода значительно повышается при работе в составе мультидисциплинарных бригад в качестве основного ведущего метода двигательной реабилитации для детей до трех лет. Доказана необходимость, целесообразность и эффективность создания потоков нейроимпульсов от периферии ЦНС к головному мозгу, создание нейромышечной динамической памяти последовательности моделей плавного преобразования жизненно необходимых движений, без которых ребенок не может считаться полноценным.

Список литературы:

1. Определение ограничений жизнедеятельности в категории «Способность к обучению» у детей разного возраста на основе международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья: (метод. Рекомендации) / [А.А. Баранов и др.]; Федеральное гос. бюджет. учреждение «Науч. центр здоровья детей» РАМН (ФГБУ НЦЗД РАМН). – М.: Педиатр 2013. – 20 с.
Opredelenie ogranichenij zhiznedeyatel'nosti v kategorii «Sposobnost k obucheniyu» u detej raznogo vozrasta na osnove mezhdunarodnoj klassifikacii funkcionirovaniya, ogranichenij zhiznedeyatel'nosti i zdorov'ya: (metod. Rekomendacii) / [A.A. Baranov i dr.]; Federalnoe gos. byudzh. uchrezhdenie «Nauch. centr zdorov'ya detej» RAMN (FGBU NCZD RAMN). – M.: Pediatr 2013g., Str. 9, 23. 13г., Стр. 9, 23.
2. Основы медицинской реабилитации и немедикаментозной терапии учебное пособие / Л. А. Пирогова. – Гродно: ГрГМУ, 2008. – 212 с.
Osnovy medicinskoj reabilitacii i nemedikamentoznoj terapii uchebnoe posobie / L. A. Pirogova. – Grodno: GrGMU, 2008. – 212 s.
3. Финни Н.Р. Ребенок с церебральным параличом: Помощь, уход, развитие; Книга для родителей /Пер. с англ. Ю.В. Липес, А.В.Снеговский, - М.; Теревинф, 2001.
Finni N.R. Rebenok s cerebralnym paralichom: Pomosh, uhod, razvitie; Kniga dlya roditel'ej /Per. s angl. Yu.V. Lipes, A.V.Snegovskij, - M.; Terevinf, 2001.
4. FindPatent.ru - патентный поиск, 2012-2018: [Электронный ресурс]. URL: <http://www.findpatent.ru/patent/260/2607157.html> (Дата обращения: 6.08.2018).
FindPatent.ru - patentnyj poisk, 2012-2018: [Elektronnyj resurs]. URL: <http://www.findpatent.ru/patent/260/2607157.html> (Data obrasheniya: 6.08.2018).

**ПРИНЦИПЫ ОПТИМИЗАЦИИ КОРРЕКЦИИ ДИЗАРТРИИ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ
ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧЕМ**

В.В. Бобрик Ю.В., Андрусева И.В. Ткач В. В.

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет
им. В.И. Вернадского»

Россия, Симферополь

**PRINCIPLES OF OPTIMIZATION OF CORRECTION OF DYSARTHRIA IN PATIENT
REHABILITATION BY CHILDREN CEREBRAL PARALYSIS**

Bobrik Yu.V., Andrusева I.V. Tkach V.V.

Medical Academy named after S.I. Georgievsky FGAOU VO "Crimean Federal University named after V.I.
Vernadsky»

Russia, Simferopol

Аннотация: В статье изучаются проблемы дизартрии при детском церебральном параличе. Дизартрия у детей с детским церебральным параличом значительно снижает социальную адаптацию и способствует усугублению проявлений интеллектуального дефицита. В связи с этим необходимо проведение своевременных мероприятий по диагностике и ликвидации речевой дисфункции у данной категории больных. Коррекция дизартрии должна сочетаться с правильным формированием акта глотания, сосания, жевания, регуляцией дыхания и голосообразования. Необходима коллегиальная деятельность невролога, физиотерапевта и логопеда для контроля прогрессирования патологических проявлений или улучшения неврологического статуса с индивидуализированным подходом с учетом исходных возможностей пациента.

Abstract. The article studies the problems of dysarthria in children's cerebral palsy. Dysarthria in children with cerebral palsy significantly reduces social adaptation and contributes to the aggravation of intellectual deficits. In this regard, it is necessary to conduct timely measures to diagnose and eliminate speech dysfunction in this category of patients. Correction dysarthria should be combined with the correct formation of the act of swallowing, sucking, chewing, regulation of breathing and voice formation. A collegial activity of a neurologist, physiotherapist and speech therapist is necessary to control the progression of pathological manifestations or improve the neurological status with an individualized approach, taking into account the patient's initial capabilities.

Ключевые слова: дизартрия, детский церебральный паралич, реабилитация

Key words. dysarthria, children's cerebral palsy, rehabilitation.

Цель исследования: изучить основные клинические аспекты и принципы оптимизации методов коррекции дизартрии у пациентов с детским церебральным параличом.

Результаты исследования. В 65-85% причиной развития дизартрии у детей является детский церебральный паралич (ДЦП). Органическое поражение ЦНС происходит в антенатальном, перинатальном или постнатальном периоде, а также в первые 2 года жизни. К перинатальным факторам развития нарушений артикуляции относятся гестозы, гипоксия плода, резус-конфликт, хронические заболевания матери, патологическое течение родов, родовые травмы, асфиксия при рождении, гемолитическая болезнь новорожденных, недоношенность. Степень выраженности дизартрии коррелирует с тяжестью моторных нарушений при ДЦП [1]. Нарушения артикуляционной моторики может проявляться в виде спастичности, гипотонии или дистонии мышц, обеспечивающих речевую функцию. Мышечная спастичность сопровождается повышением тонуса и напряжением мышц губ, языка, лица и шеи; плотным смыканием губ, ограничением артикуляционных движений. При мышечной гипотонии язык вялый, неподвижен на дне полости рта, губы не смыкаются, рот полуоткрыт, наблюдается выраженная гиперсаливация; вследствие парезов мышц мягкого неба возникает назализация голоса. При дизартрии, связанной с мышечной дистонией, голос во время речи изменяется с низкого на высокий. Нарушения произношения варьируют в зависимости от тяжести поражения нервной системы. При стертой форме дизартрии наблюдаются отдельные фонетические дефекты, смазанность речи [2]. В случае более выраженной дизартрии появляются искажение, пропуски, замена звуков, речь становится медленной и невыразительной. Общая речевая активность значительно снижается. В наиболее тяжелых случаях при полном параличе артикуляционных мышц двигательная реализация речевой функции становится

невозможной. Вследствие недостаточной иннервации артикуляционной мускулатуры при дизартрии нарушается речевое дыхание: выдох укорачивается, дыхание в момент речи становится ускоренным и прерывистым. Нарушения голоса характеризуются недостаточной силой (он тихий, слабый, истощается), изменением тембра (глухость и назализация), мелодико-интонационными расстройствами (монотонность, отсутствие или невыраженность голосовых модуляций). Вследствие нечленораздельности речи у детей с дизартрией вторично страдает слуховая дифференциация звуков и их фонематический анализ и синтез. Трудности и недостаточность речевого общения могут привести к несформированности словарного запаса и неграмотного изложения речи [3].

Симптоматика дизартрии при ДЦП зависит от уровня поражения. При псевдобульбарной форме характер нарушения определяется спастическим параличом и мышечным гипертонусом. Наиболее ярко паралич проявляется в нарушении двигательной активности речи: значительные затруднения вызывают поднятие кончика языка, отведение его в бок, удержание в определенном положении. При псевдобульбарной дизартрии затруднено переключение из одной артикуляционной позиции в другую. Данная форма расстройств артикуляции сопровождается нарушениями произвольных движений, синкинезиями, гиперсаливацией, усилением глоточного рефлекса, поперхиванием и дисфагией. Речь таких больных смазанная, невыразительная, выражена назализация. Для подкоркового уровня поражения характерно наличие гиперкинезов – насильственных движений мимических и артикуляционных мышц. Гиперкинетические расстройства могут появляться в покое, но обычно усиливаются при попытке заговорить, вызывая артикуляционный спазм, выражены нарушения темпа речи по типу брадилалии, тахилалии и разговорной дизартрии [4]. При поражении на уровне мозжечка выражены нарушения координации речевого процесса, вследствие чего наблюдаются тремор, ее толчкообразный или скандирующий характер, речь невыразительна и замедлена.

Принципами коррекции дизартрии у детей являются: коллегиальная деятельность невролога, физиотерапевта и логопеда; приобщение родителей к реабилитации детей; целенаправленная стимуляция активной двигательной активности, абилитация – развитие отсутствующих навыков в сочетании с образованием способности к звуковому анализу и синтезу, формирование лексико-грамматической стороны речи и связности [5].

Для эффективности проводимых мероприятий по лечению дизартрии у детей с ДЦП коррекционно-педагогическая деятельность должна проводиться с первых месяцев жизни в связи с тем, что нарушение развития определенных навыков в доречевом периоде может стать причиной вторичного расстройства других функций. Лечение дизартрии осуществляется с поэтапной коррекцией нарушений компонентов речевого и доречевого развития. Необходим индивидуализированный подход с учетом исходных возможностей ребенка и составление программы в соответствии с особенностями его интеллектуального и физического развития. Коррекционно-педагогическая работа должна базироваться на принципе активного участия обратной афферентации с целью включения механизмов компенсации. Таким образом, кинестезия – усиление обратной связи, способствует и оптимизирует процесс восстановления речевой функции [6].

Процедуры, направленные на коррекцию дизартрии, необходимо проводить с первых месяцев жизни ребенка. На данном этапе речевая терапия имеет следующие цели: формирование навыков глотания, сосания, жевания; стимуляцию проприоцептивных ощущений артикуляционной мускулатуры за счет пассивной и активной гимнастики группы мышц, обеспечивающих речевую функцию; разработку дыхательной функции, обеспечение голосовой активности с одновременным развитием зрительного и слухового анализаторов, эмоциональной сферы, моторики рук и операций с предметами, проведение подготовительных мероприятий для развития понимания речи с разработкой активной речевой функции.

С первых месяцев жизни при наличии псевдобульбарной симптоматики у детей с ДЦП необходимо стимулировать формирование обратной связи на основе активации безусловных рефлексов, обучать и производить коррекцию акта сосания. Кроме этого, в систему мероприятий по лечению дизартрии входит специальный массаж лица для нормализации мышечного тонуса и формирования речевых кинестезий, позволяющий снизить степень проявления патологических явлений артикуляционных мышц с улучшением речевой функции [7]. Кроме этого важно обратить внимание на коррекцию дыхательных движений, направленных на увеличение объема воздуха на вдохе и выдохе, силы и продолжительности выдоха, а также на развитие ритмичности акта дыхания. В связи с гипотонией и парезом мышц голосового аппарата необходима разработка воспроизведения звуков, которая проводится после возникновения первых голосовых реакций ребенка.

Наибольшую роль в коррекции дизартрии играет артикуляционная гимнастика. Предварительно необходимо сформировать у ребенка правильные навыки жевания, глотания и сосания: сначала разработка необходимых движений производится пассивно с постепенным включением активной гимнастики в соответствии с указаниями преподавателя-логопеда. Кроме этого, необходимо проводить гимнастику мимических мышц для улучшения голосовой окраски, силы и тембра, что рефлекторно тонизирует мышцы, участвующие в воспроизведении голоса. Формирование правильной речи должно сочетаться с разработкой моторики рук с использованием методики пальцевых кинестезий. Артикуляционная гимнастика предусматривают осуществление как пассивных движений логопедом с целью вовлечения бездействующих мышц, так и активных, что обеспечивает формирование произвольных движений речевого аппарата, что позволяет развить четкость, правильность и точность работы мышц артикуляционного аппарата в сочетании с координацией дыхательных движений и образования голоса [8].

Заключение. Дизартрия у детей с ДЦП значительно снижает социальную адаптацию и способствует усугублению проявлений интеллектуального дефицита. В связи с этим необходимо проведение своевременных мероприятий по диагностике и ликвидации речевой дисфункции у данной категории больных. Коррекция дизартрии должна сочетаться с правильным формированием акта глотания, сосания, жевания, регуляцией дыхания и голосообразования. Необходима коллегиальная деятельность невролога, физиотерапевта и логопеда для контроля прогрессирования патологических проявлений или улучшения неврологического статуса с индивидуализированным подходом с учетом исходных возможностей пациента.

Список литературы:

1. Архипова Е.Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом: Учебник Е.Ф. Архипова. - М.: Издательство «Просвещение», 1989. — 270 с.
Arhipova E.F. Korrekcionnaya rabota s detmi s cerebralnym paralichom: Uchebnik E.F. Arhipova. - M.: Izdatelstvo «Prosveshenie», 1989. — 270 s.
2. Бадалян Л.О., Журба Л.Т. Руководство по неврологии детского возраста: Учебник Л.О. Бадалян, Л.Т. Журба - М.: Издательство «Просвещение», 1980. — 425 с.
Badalyan L.O., Zhurba L.T. Rukovodstvo po nevrologii detskogo vozrasta: Uchebnik L.O. Badalyan, L.T. Zhurba - M.: Izdatelstvo «Prosveshenie», 1980. — 425 s.
3. Мастюкова Е.М., Иполитова М.В. Дизартрия: Учебник / Е.М. Мастюкова, М.В. Иполитова - М.: Издательство «Просвещение», 1977. — 250 с.
Mastyukova E.M., Ipolitova M.V. Dizartriya: Uchebnik / E.M. Mastyukova, M.V. Ipolitova - M.: Izdatelstvo «Prosveshenie», 1977. — 250 s.
4. Правдина-Вениарская Е. Н. Современное состояние проблемы дизартрии: Учебник / Е.Н. Правдина-Вениарская. - М.: Издательство «Просвещение», 1973. — 283 с.
Pravdina-Veniarskaya E. N. Sovremennoe sostoyanie problemy dizartrii: Uchebnik / E.N. Pravdina-Veniarskaya. - M.: Izdatelstvo «Prosveshenie», 1973. — 283 s.
5. Эйдинова М.Б., Правдина-Винарская Е.Н. Детские церебральные параличи и их преодоления: Учебник / М.Б. Эйдинова, Е.Н. Правдина-Винарская - М.: Издательство «Просвещение», 1969.— 173 с.
Ejdinova M.B., Pravdina-Vinarskaya E.N. Detskie cerebralnye paralichi i ih preodoleniya: Uchebnik / M.B. Ejdinova, E.N. Pravdina-Vinarskaya - M.: Izdatelstvo «Prosveshenie», 1969. — 173 s.
6. Пастухова С. А. Закономерности речевого развития детей Логопедия сегодня. – Москва. - 2007.-№4.- С. 49-52.
Pastuhova S. A. Zakonomernosti rechevogo razvitiya detej Logopediya segodnya. – Moskva. - 2007.-№4.- S. 49-52.
7. Смирнова И. А. Логопедическая диагностика, коррекция и профилактика нарушений речи у дошкольников с ДЦП. Алалия, дизартрия, ОНР: Учебно-методическое пособие И. А. Смирнова. – СПб.: Издательство «Детство-пресс», 2010. –320 с.
Smirnova I. A. Logopedicheskaya diagnostika, korrekciya i profilaktika narushenij rechi u doshkolnikov s DCP. Alaliya, dizartriya, ONR: Uchebno-metodicheskoe posobie I. A. Smirnova. – SPb.: Izdatelstvo «Detstvo-press», 2010. –320 s.
8. Фетисова М. В. Проблема дизартрии: взгляд логопеда практика Логопед. – Москва.- 2012.-№4.- С. 118-122.
Fetisova M. V. Problema dizartrii: vzglyad logopeda praktika Logoped. – Moskva.- 2012.-№4.- S. 118-122.

ФОРМИРОВАНИЕ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИННОВАЦИОННЫХ РОССИЙСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

Литус А.Ю., Феськов Г.П., Шошина Е.А., Образцова А.А.
Центр междисциплинарных технологий и реабилитации

Россия, Санкт-Петербург

DEVELOPMENT OF A PROGRAM FOR THE REHABILITATION OF CHILDREN WITH MOTOR DISABILITIES USING INNOVATIVE RUSSIAN TECHNOLOGIES

Litus A.Y., Feskov G. P., Shoshina E. A., Obratsova A.A.
CMTR

Russia, St.Petersburg

Аннотация. На текущий момент существует множество проблем в современной двигательной реабилитации, которые существенно влияют на постуральный статус. Прежде всего это дефицит знаний у специалистов, низкий уровень понимания картины в целом у родителей, отсутствие единого протокола ведения детей с двигательными нарушениями и единого подхода к лечению осложнений, а также отсутствие правил подбора и возможности выбора ТСР. Именно поэтому формирование программы реабилитации детей с двигательными нарушениями должно осуществляться комплексно, в междисциплинарном взаимодействии и с полной информационной поддержкой родителей.

Abstract. At the current time, there are many problems in the modern motor rehabilitation, which significantly affect the postural status. First of all, this is a lack of knowledge among specialists, a low level of understanding of the picture as a whole among parents, the lack of a single protocol for the management of children with motor disorders and a unified approach to the treatment of complications, as well as the lack of selection rules and the choice of assistive technologies.. That is why the development of rehabilitation program of children with motor disabilities should be carried out in a complex manner, in interdisciplinary interaction and with full information support of parents.

Ключевые слова: двигательные нарушения, постуральный менеджмент, техническое средство реабилитации, информационная поддержка родителей, комплексная программа реабилитации. **Key words.** Motor disorders, postural management, assistive technologies, informative support, complex program of rehabilitation

На текущий момент существует множество проблем в современной двигательной реабилитации, имеющих существенное влияние на постуральный статус. Прежде всего – это дефицит знаний у специалистов, низкий уровень понимания картины в целом у родителей, отсутствие единого протокола ведения детей с двигательными нарушениями и единого подхода к лечению осложнений, а также отсутствие правил подбора и возможности выбора технических средств реабилитации (ТСР). Именно поэтому формирование программы реабилитации детей с двигательными нарушениями должно осуществляться комплексно, в междисциплинарном взаимодействии и с полной информационной поддержкой родителей как активных участников реабилитационного процесса.

В основе работы центров междисциплинарных технологий и реабилитации (ЦМТР) с детьми с нарушениями опорно-двигательного аппарата (ОДА) лежит комплексная программа постуральной коррекции. В ЦМТР применяется ряд высокотехнологичных инновационных методик, среди которых новые принципы проведения междисциплинарной комиссии, постуральный менеджмент, применение методики коррекции баланса мышц антагонистов при помощи программируемого костюма «Reforma», коррекция белково-кальциевого обмена, составление алгоритмов действий по окончании программы, полное информационное сопровождение и ведение ребенка за пределами центра.

Основопологающим в программе механизмом воздействия на ОДА является организация позы ребёнка (постуральный менеджмент) при помощи ТСР с обязательным информационным участием родителей. Цель программы - формирование навыков, позволяющих посадить, поставить или уложить ребёнка в анатомически корректную позу и закрепить её при практическом применении во время оказания услуг в формировании понимания важности поддержания правильного положения ребенка, а так же получение знаний о влиянии этих навыков и положения на физическое, психологическое и социальное развитие ребенка.

Поэтому при оказании услуг во время проведения программы специалистам необходимы не только знания по поструральной коррекции (а они являются основополагающими), но также методики и технологии подачи информации и обучения родителей.

Все услуги проводятся непрерывно и последовательно, подготавливая одна к другой.

Применяемые в центрах ТСП позволяют откорректировать позу ребенка, формируя мышечную память правильного положения на длительный период времени, снизить спастичность, подготовить ребенка к развитию двигательных навыков, стоянию и ходьбе и реализовать программу контроля и оценки состояния тазобедренных суставов, а так же проводить профилактические мероприятия по предотвращению вывихов.

Методика импульсного движения с использованием индивидуально-программируемого костюма-тренажера «Реформа ТЭКТ» заслуживает отдельного внимания. Ранее исследованиями было показано, что электрическая стимуляция является эффективной в снижении спастичности и увеличении подвижности [1]. Она может также использоваться в сочетании с физиотерапией и физическими упражнениями, чтобы снизить активность в α -мотонейронах спинного мозга[2]. На основании этих выводов была разработана методика импульсного движения. В рамках программы правительства РФ по импортозамещению, был создан проект «Реформа» - реабилитационная форма (Rehabilitation form for activity), включающий в себя внедрение новейших технологий (электронных методологических) в реабилитацию и спорт.

Принцип работы методики импульсной стимуляции мышц основан на реципрокном торможении. Реципрокное – это взаимное торможение, при котором возбуждение одной группы нервных клеток обеспечивает торможение других клеток через вставочный тормозной нейрон, т.е. при сокращении мышцы, ее мышцы-антагонисты будут расслабляться, а не противодействовать движению. Следовательно, через стимуляцию антагонистических мышц уменьшается тонус спастических мышц и увеличивается объем движений в суставах.

Реабилитационный костюм «Реформа» предназначен для терапевтической регуляции мышечного тонуса при спастических параличах различной этиологии, атонии мышц вследствие заболеваний, нарушении чувствительности при различных травматических повреждениях, наличии патологических тонических рефлексов.

Костюм «Реформа» представляет собой набор из куртки и брюк, в котором с внутренней стороны расположено 58 электродов, располагающиеся попарно в области крупных мышц. И блок управления, закрепленный на ремне, который генерирует прямоугольные монофазные импульсы с длительностью от 25 до 175 мкс и напряжением 20 В (20 В на нагрузке 1 кОм), подающиеся на электроды миостимулятора с частотой 20 Гц (или периодом 50 мкс).

Доказано, что частота в 20 Гц наиболее эффективна для того что бы "собрать" нейроны, тем самым делая их более эффективными для передачи синапсов. [3]

Выбор места стимуляции зависит от клинической картины, а напряжение, подаваемое на электроды, устанавливаются для каждого случая индивидуально и в соответствии с возрастом. Перед процедурой программирования производится мануально-мышечное тестирование и оценка физических навыков пациента.

Клинические случаи, а также исследование с проведением гониометрии, подтверждают эффективность применения данной методики для снижения спастичности, вызванной ДЦП, инсультом, рассеянным склерозом, а так же последствиями черепно-мозговой травмы.

Опираясь на клинический опыт и положительные эффекты, такие как снижение спастичности, улучшение качества сна, улучшение функций верхних конечностей, снижение количества произвольных движений и др., методика импульсного движения с использованием индивидуально-программируемого костюма-тренажера «Реформа» может быть рекомендована в качестве инновационного метода реабилитации пациентов со спастичностью.

Все программы центра могут быть полностью интегрированы в работу реабилитационных отделений и включать в себя уже имеющиеся в них медицинские услуги и процедуры.

Высокий профессионализм и командная работа специалистов центра позволяют слаженно работать на достижение поставленных целей с максимальным положительным эффектом. Присутствие родителей и непосредственное их участие при проведении всех мероприятий позволяет не только оценить эффективность их применения, но понять правила их проведения, научиться правильно организовывать положение ребенка самостоятельно, предотвращая развитие осложнений, осознать и принять важность факторов, способствующих развитию ребенка при осуществлении подобных мероприятий, механизмов и последовательности действий, зависящих только от них.

В течение курса реабилитации проводится экспертная оценка семьи и окружения ребенка с целью разработки программы ежедневной помощи. В конце курса выдается полное заключение для ребенка с перечнем проведенных мероприятий, достигнутых результатов, а также составленная инструкция и дальнейший алгоритм действий по реабилитации ребенка в условиях дома и школы и возможности приобретения ТСП, индивидуально подходящего только конкретному ребенку.

В целом программа позволяет сформировать новые стереотипы статического и динамического состояния, навыков и развития у ребенка, но и новые знания, практическое комплексное понимание алгоритмов действий родителей.

Список литературы:

1. Карпов А.В., Феськов Г.П., Литус А.Ю. Межведомственные интегративные механизмы в создании высокотехнологичной системы реабилитации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Монография. - Великий Новгород, 2017.

Karpov A.V., Feskov G.P., Litus A.Yu. Mezhvedomstvennyye integrativnyye mehanizmy v sozdaniy vysokotekhnologichnoy sistemy reabilitacii detej s narusheniyami oporno-dvigatel'nogo apparata. Monografiya. - Velikij Novgorod, 2017.

2. Карпов А.В., Феськов Г., Литус А. Применение высокотехнологичных систем реабилитации детей – инвалидов. LAP Lambert Academic Publishing (2017-05-05).

Karpov A.V., Feskov G., Litus A. Primeneniye vysokotekhnologichnyh sistem reabilitacii detej – invalidov. LAP Lambert Academic Publishing (2017-05-05).

3. Карпов А.В., Феськов Г.П., А.Ю. Литус, А.В. Ассовская. Технические средства, как основа современной реабилитации детей-инвалидов // Сборник клиническая медицина «Вопросы клиники, диагностики, профилактики и лечения», том 21, с. 141-144, 2013 г., В. Новгород-Алматы.

Karpov A.V., Feskov G.P., A.Yu. Litus, A.V. Assovskaya. Tehnicheskie sredstva, kak osnova sovremennoj reabilitacii detej-invalidov // Sbornik klinicheskaya medicina «Voprosy kliniki, diagnostiki, profilaktiki i lecheniya», tom 21, s. 141-144, 2013 g., V. Novgorod-Almaty.

4. Литус А.Ю., Асеева Д.А. Вертикализация. Клинические и терапевтические аспекты// Вестник всероссийской гильдии протезистов-ортопедов, 2013, N2 (52), с. 44-47.

Litus A.Yu., Aseeva D.A. Vertikalizaciya. Klinicheskie i terapevticheskie aspekty// Vestnik vserossijskoj gildii protezistov-ortopedov, 2013, N2 (52), s. 44-47.

5. Литус А.Ю., Феськов Г.П., Сорокина Д.Б. Технические средства реабилитации для инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Методическое пособие. Часть II. – Санкт-Петербург, 2014.

Litus A.Yu., Feskov G.P., Sorokina D.B. Tehnicheskie sredstva reabilitacii dlya invalidov s narusheniyami oporno-dvigatel'nogo apparata. Metodicheskoe posobie. Chast II. – Sankt-Peterburg, 2014.

6. Феськов Г. П., Литус А. Ю., Ассовская А. В. «О принципах системного подхода в реабилитации детей-инвалидов с применением технических средств». — Великий Новгород, 2013.

Feskov G. P., Litus A. Yu., Assovskaya A. V. «O principah sistemnogo podhoda v reabilitacii detej-invalidov s primeneniem tehnicheskikh sredstv». — Velikij Novgorod, 2013.

7. Феськов Г.П., Литус А.Ю. Постуральная коррекция – ведущий фактор повышения качества жизни детей с ОДА с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Методическое пособие. – Великий Новгород 2017.

Feskov G.P., Litus A.Yu. Posturalnaya korrekciya – vedushij faktor povysheniya kachestva zhizni detej s ODA s narusheniyami oporno-dvigatel'nogo apparata. Metodicheskoe posobie. – Velikij Novgorod 2017.

8. Feskov G.P., Litus A.Y., Karpov A.V. The application of postural management in the rehabilitation system for disabled children with cerebral palsy.// Medical Education Issue 12 (2), December 2017, 1397-1406.

9. Gracies JM. Pathophysiology of impairment in patients with spasticity and use of stretch as a treatment of spastic hypertonia. Phys Med Rehabil Clin N Am 2001 [2]

10. Jensen O., Goel P., Kopell N., Pohja M., Hari R., Ermentrout B. 2005[3]

11. Robertson V, Ward A, Low J, Reed A. Electrotherapy Explained: Principles and Practice, Elsevier 2006 [1]

РАЗДЕЛ 4. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ. САНАТОРНО-КУРОРТНЫЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ

CHAPTER 4. PHYSICAL AND REHABILITATION MEDICINE. RESORT STAGE OF REHABILITATION

616-002.5-053.2/.6

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ В ТУБЕРКУЛЕЗНОМ САНАТОРИИ

Лозовская М.Э., Осипова М.А., Сулова Г.А.
ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет» МЗ РФ

Россия, Санкт-Петербург

EVALUATION OF LIFE QUALITY IN THE COURSE OF CHILDREN REHABILITATION IN TUBERCULAR SANATORIUM

Lozovkaya M.E., Osipova M.A., Suslova G.A.
St.Petersburg State Pediatric Medical Univtrcity

Russia, St.Petersburg

Аннотация: В настоящей работе представлены результаты определения качества жизни у детей 13-17 лет, больных туберкулезом органов дыхания (49) и инфицированных *Mycobacterium tuberculosis* (43). Опросник PedsQL использовали в начале санаторного лечения и при его завершении. Установлено, что использование метода определения качества жизни позволяет оценивать эффективность реабилитационных мероприятий.

Abstract. The results of determination of life quality of children (13-17 years old) suffering from respiratory tuberculosis (49) and infected with *Mycobacterium tuberculosis* (43) were presented in this work . PedsQL questionnaire was used by start of sanatorium treatment and its completion. It is established that use of life quality method allows to estimate efficiency of rehabilitation.

Ключевые слова: реабилитация, дети, туберкулез, качество жизни.

Key words. rehabilitation, children, tuberculosis, life quality.

Принятая в настоящее время биопсихосоциальная модель здоровья требует учета субъективного мнения человека о своем благополучии. С этой целью разработаны критерии оценки качества жизни (КЖ) [1,4]. Метод оценки КЖ – инструмент интегральной характеристики физиологического, психологического и социального функционирования здорового и больного человека, основанной на его субъективном восприятии [1,3,4]. Работы по оценке качества жизни у детей при туберкулезе – единичны [5,6]. Тяжесть и длительность туберкулезной инфекции, последствия ее влияния на организм больного, обуславливают необходимость реабилитации с целью восстановления здоровья в клиническом, функциональном и социальном отношении. Наиболее благоприятные условия для комплексной реабилитации детей с туберкулезной инфекцией создаются в туберкулезных санаториях [2].

Цель исследования: изучение КЖ детей с туберкулезом органов дыхания и инфицированных микобактериями туберкулеза (МБТ) в начале санаторного этапа лечения и по его окончании с целью оптимизации подходов к формированию программ реабилитации.

Материалы и методы. Проведена оценка качества жизни 92 пациентов 13-17 лет, проходивших лечение в ФБГУ «Детский туберкулезный санаторий «Пушкинский» Минздрава России (Санкт-Петербург), страдающих различными формами локального туберкулеза и инфицированных МБТ. Выделено 2 группы детей: дети, больные локальными формами туберкулеза – 49 больных, и дети, инфицированных МБТ, без развития заболевания – 43 ребенка. Среди больных локальными формами туберкулеза: пациенты с туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов – 18, первичным туберкулезным комплексом – 3, очаговым туберкулезом –

6, туберкулезным плевритом – 5, инфильтративным туберкулезом – 11, состоянием после операции – 6. Девочек было 58 человек, мальчиков – 34 человека, детей 13 – 14 лет – 55 человек, 15 – 17 лет – 37 человек. Распределение по полу и возрасту в группах детей не имели существенных различий. В ходе исследования анализировался исходный уровень КЖ (при поступлении в санаторий) и его изменение после окончания курса санаторного лечения (в среднем 3 мес.). У пациентов, больных туберкулезом, до поступления в санаторий интенсивная фаза химиотерапии проведена в условиях стационара. КЖ оценивалось с использованием сертифицированного детского опросника PedsQL (Pediatric Quality of Life Inventory). Опросник состоит из 23 вопросов, распределенных по шкалам: физическое функционирование – ФФ, эмоциональное функционирование – ЭФ, социальное функционирование – СФ, жизнь в школе или школьное функционирование – ШФ. Психосоциальное функционирование – ПСФ (оценивается по шкалам ЭФ и СФ), обобщенная оценка качества жизни проводится по суммарной шкале (СШ). Количество баллов рассчитывается по 100-балльной шкале (от 0 до 100 баллов). Программа реабилитации, проводившаяся детям, помимо использования необходимого медикаментозного (этиотропного, патогенетического, общеукрепляющего) лечения, включала: санаторный гигиено-диетический режим, физиотерапию, фитотерапию, лечебную физкультуру, включая йогатерапию дыхательной системы и опорно-двигательного аппарата, лечение сопутствующей патологии, индивидуальные и групповые занятия с психологом, школьную реабилитацию, арт-терапию. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием пакета анализа данных программы Microsoft Excel 2010. Для определения различий между величинами использовали t-критерий Стьюдента, статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. Оценка качества жизни детей в динамике в начале и в конце санаторного лечения в исследуемых группах по различным шкалам оценки функционирования (в баллах) представлена в таблице 1. Изучение исходных шкал эмоционального и психосоциального функционирования показало, что субъективная оценка своего состояния детьми, больными туберкулезом, несколько ниже, чем у инфицированных МБТ детей (ЭФ: больные – $59,6 \pm 19,5$ баллов; инфицированные – $66,7 \pm 18,9$ баллов, ПСФ: больные – $68,9 \pm 16,5$; инфицированные МБТ – $73,5 \pm 14,7$). Более низкое психоэмоциональное функционирование детей с локальными формами туберкулеза может быть обусловлено осознанием ребенком своего тяжелого хронического заболевания, продолжительным лечением в стационаре, ограничением контактов со сверстниками, длительным пребыванием вне семьи. Это подтверждает и оценка детьми своего школьного функционирования (ШФ): дети с туберкулезом – $63,8 \pm 19,7$ баллов, дети, инфицированные МБТ, – $68,6 \pm 19,2$ баллов. Сравнительный анализ исходной шкалы физического функционирования (ФФ) у детей с локальными формами туберкулеза и инфицированных МБТ не выявил различий ($81,7 \pm 13,6$ и $79,8 \pm 12,9$ баллов соответственно).

Таблица 1. Оценка качества жизни в динамике у больных туберкулезом и инфицированных МБТ детей

Аспекты КЖ	Инфицированы МБТ, n=43 (M±σ)		Больные туберкулезом, n=49 (M±σ)		Все дети, n=92 (M±σ)	
	До лечен	После лечени	До лечения	После лечения	До лечени	После лечени
Физическое функционирование (ФФ)	79,8±12,9	82,6±13,9	81,7±13,6	86,3±12,8*	80,8±13,3	84,7±13,3
Эмоциональное функционирование (ЭФ)	66,7±18,9	64,9±17,4	59,6±19,5	64,3±18,6	62,8±19,4	65,0±17,7
Социальное функционирование (СФ)	80,1±16,5	82,7±15,6	77,9±18,9	83,5±15,7*	78,9±17,7	83,5±15,4
Школьное функционирование (ШФ)	68,6±19,2	66,7±19,4	63,8±19,7	67,4±21,0	66,0±19,5	67,7±20,1
Психосоциальное функционирование (ПСФ)	73,5±14,7	73,9±14,8	68,9±16,5	74,0±13,7*	71,0±15,8	74,4±13,9
Суммарная шкала (СШ)	73,8±11,8	74,4±12,3	70,9±13,9	75,4±13,2*	72,7±12,9	75,4±12,5

Примечание: * – достоверность различий между начальными и конечными результатами ($p < 0,05$).

Таким образом, наиболее низкие показатели у детей, как инфицированных МБТ, так и больных туберкулезом (менее 70 баллов) отмечались по шкалам эмоционального функционирования (ЭФ) и школьного функционирования (ШФ).

Исходная суммарная шкала (СШ) в группе больных составила $70,9 \pm 13,9$ баллов, а у инфицированных – $73,8 \pm 11,8$ баллов.

Оценка КЖ детей после проведения комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий в санатории показывает значительное улучшение по большинству шкал функционирования у детей, больных локальными формами туберкулеза: достоверные различия между исходными и конечными результатами получены по шкалам ФФ, СФ, ПСФ, СШ ($p < 0,05$), по остальным шкалам – тенденция к улучшению. В группе детей, инфицированных МБТ, достоверных различий исходных и конечных данных КЖ, не выявлено.

Выводы. Рассмотрение результатов оценки КЖ детей позволяет определить особенности физических, психологических и социальных аспектов их функционирования на санаторном этапе лечения туберкулезной инфекции. Оценка КЖ показывает, что наиболее проблемными сферами жизнедеятельности детей 13-17 лет, больных туберкулезом, требующими реабилитационных мероприятий являются: эмоциональное функционирование (ЭФ) и школьное функционирование (ШФ). Результаты повторного анкетирования больных детей при завершении санаторного лечения могут быть критерием эффективности лечебных и реабилитационных мероприятий.

Список литературы:

1. Винярская, И.В., Современное состояние изучения проблемы качества жизни в педиатрии. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2006. – № 3. – С. 28 – 31.

Vinyarskaya, I.V., Sovremennoe sostoyaniye izucheniya problemy kachestva zhizni v pediatrii. Problemy socialnoy gigieny, zdravoohraneniya i istorii mediciny. – 2006. – № 3. – S. 28 – 31.

2. Лозовская, М.Э., Задачи и критерии эффективности санаторного лечения туберкулеза у подростков в современных социально-эпидемиологических условиях / М.Э. Лозовская, Г.Г.Карасев, Г.А. Сулова Туберкулез и болезни легких. – 2012. №1. – С. 49-53.

Lozovskaya, M.E., Zadachi i kriterii effektivnosti sanatornogo lecheniya tuberkuleza u podrostkov v sovremennyh socialno-epidemiologicheskikh usloviyah / M.E. Lozovskaya, G.G.Karasev, G.A. Suslova Tuberkulez i bolezni legkih. – 2012. №1. – S. 49-53.

3. Лукьянова, Е.М., Оценка качества жизни в педиатрии //Качественная клин. практика. – 2002. – № 4. – С. 34 – 42.

Lukyaynova, E.M., Ocenka kachestva zhizni v pediatrii //Kachestvennaya klin. praktika. – 2002. – № 4. – S. 34 – 42.

4. Новик, А.А., Руководство по исследованию качества жизни в медицине/ А.А. Новик, Т.И. Ионова // М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. – 320с.

Novik, A.A., Rukovodstvo po issledovaniyu kachestva zhizni v medicine/ A.A. Novik, T.I. Ionova // M.: ZAO «OLMA Media Grupp», 2007. – 320s.

5. Солохина, Л.В., Изучение качества жизни детей, больных туберкулезом / Л.В. Солохина, О.А. Дьяченко, Е.И. Яринчук // Дальневосточный медицинский журнал. – 2010. – №1. – С. 134-137.

Solohina, L.V., Izuchenie kachestva zhizni detej, bolnyh tuberkulezom / L.V. Solohina, O.A. Dyachenko, E.I. Yarinchuk // Dalnevostochnyj medicinskij zhurnal. – 2010. – №1. – S. 134-137.

6. Юрьев, В.К., Оценка динамики качества жизни детей как критерий эффективности стационарного лечения / В.К. Юрьев, М.Х. Сайфулин// Вопросы современной педиатрии. – 2009. – том 8. – № 6.

Yurev, V.K., Ocenka dinamiki kachestva zhizni detej kak kriterij effektivnosti stacionarnogo lecheniya / V.K. Yurev, M.H. Sajfulin// Voprosy sovremennoj pediatrii. – 2009. – tom 8. - № 6.

ЛЕЧЕБНЫЕ ЭФФЕКТЫ СКАНДИНАВСКОЙ ХОДЬБЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Крысюк О.Б.^{1,2}, Кантемирова Р.К.^{1,2}, Фидарова З.Д.¹

¹ ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России

² ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»
Россия, Санкт-Петербург

THERAPEUTIC EFFECTS OF THE SCANDINAVIAN WALK IN THE REHABILITATION OF WOMEN OF AGE

Krasyuk, O.B.^{1,2}, Kantemirova R.K.^{1,2}, Fidarova Z.D.¹

¹ Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled n.a. G.A. Albrecht" of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation

² FGBOU VO "St. Petersburg State University" Saint-Petersburg, Russia
Russia, St. Petersburg

Аннотация: Людям пожилого возраста для сохранения здоровья и творческого долголетия необходима сбалансированная двигательная активность, учитывающая их психофизические особенности и потребности, направленная на приостановление процессов преждевременного старения [1]. Инволюционные изменения сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата и других систем не позволяют лицам старшего возраста выполнять многие физические упражнения, так как они могут вызвать перенапряжение организма и стать толчком к негативным изменениям в нем [1].

Abstract: Elderly people need a balanced motor activity to maintain health and creative longevity, taking to account their characteristics and needs, aimed at the suspension of premature aging [1]. Involutional changes in the cardiovascular system, the musculoskeletal system and other systems do not allow older people perform many physical exercises, since they can cause overvoltage organism and become a push to negative changes [1].

Ключевые слова: пожилой возраст, скандинавская ходьба, реабилитация, качество жизни.

Key words. elderly age, scandinavian walking, rehabilitation, quality of life.

Скандинавская ходьба (ходьба с палками, Финская ходьба, Северная ходьба, Nordic Walking) заслуженно является гордостью финнов. В последние десятилетия она приобрела популярность не только на родине в Финляндии, но и во многих других странах планеты. В XXI веке ее практикуют не только в Скандинавских странах и Европе, но также в Канаде и США, Мексике, Австралии и многих других уголках нашей планеты. Почти треть населения Финляндии всех возрастов занимается Скандинавской ходьбой [2, 3]. Количество занимающихся ходьбой с палками в мире в нынешнем веке ежегодно прирастает приблизительно по 1 миллиону человек в год, составив более 16 млн. человек к настоящему моменту [2]. Корни Скандинавской ходьбы в России произрастают из Санкт-Петербурга, где в первом десятилетии нынешнего века был изучен и освоен опыт северных соседей в ходьбе с палками. Здесь же Скандинавскую ходьбу начали практиковать не только как вид физической активности, но и как метод медицинской реабилитации, наиболее популярный у людей пенсионного возраста [1,2, 3].

Современная научная литература дает обоснования оздоровительного и восстановительного влияния ходьбы с палками на человеческий организм [4, 5, 6]. Но остается и целый ряд нерешенных проблем. Например, данные о влиянии занятий ходьбой с палками на качество жизни и здоровье российских женщин пожилого возраста, наиболее восприимчивых к

данному виду физической активности, нуждаются в изучении и осмыслении[1,3]. Это особо актуально с учетом наличия у них коморбидной патологии, представленной кардиоваскулярными заболеваниями, остеохондрозом, артрозами, избыточной массой тела и др.

Цель настоящего исследования состояла в изучении влияния занятий ходьбой с палками на отдельные показатели качества жизни и здоровья женщин пожилого возраста, занимавшихся Скандинавской ходьбой в Санкт-Петербурге под руководством дипломированного инструктора с целью укрепления и восстановления здоровья.

Методы исследования. Проведен ретроспективный анализ результатов занятий ходьбой с палками в группе 20-ти жительниц Санкт-Петербурга, возраст от 65 до 85 лет, средний возраст которых составил 72,5±3,6 года. Занятия проходили под руководством подготовленного по методике INWA инструктора Скандинавской ходьбы на базе медицинского учреждения Санкт-Петербурга 2 – 3 раза в неделю. Продолжительность каждого занятия составляла от 90 до 100 минут. В структуре занятия был представлен комплекс разминочных упражнений, основная часть (ходьба с палками с интенсивностью 55% - 65% от максимальной частоты сердечных сокращений) и комплекс упражнений на восстановление. У всех занимающихся на время начала занятий были диагностированы гипертоническая болезнь (ГБ) I или II стадии, ишемическая болезнь сердца (ИБС), а также диффузно-дистрофическое заболевание позвоночника (ДДЗП) – остеохондроз различных отделов позвоночника, у 15-ти женщин (75%) был диагностирован деформирующий остеоартроз (ДОА). Все занимающиеся заполняли опросники качества жизни (КЖ) – специализированный Миннесотский опросник для больных хронической сердечной недостаточностью и общепопуляционный опросник MOS SF-36 и вели дневники артериального давления.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ групповых занятий ходьбой с палками по истечении первого года тренировок продемонстрировал следующие результаты. Так специализированный кардиологический Миннесотский опросник КЖ выявил тенденцию к улучшению КЖ через полгода (28,7±2,39 до начала занятий против 22,7±1,64 после полгода занятий, $p=0,0617$) и достоверное улучшение КЖ по окончании первого года тренировок (28,7±2,39 до начала занятий против 10,6±1,46 после 1 года занятий, $p=0,0001$). Результаты анализа качества жизни по шкале боли опросника MOS SF-36 (кардиалгии, цефалгии, цервикалгии, артралгии) продемонстрировали достоверное улучшение показателей данной шкалы через полгода (99,4±3,28 до начала занятий против 92,6±3,48 после полгода занятий, $p=0,001$) и к окончанию первого года занятий (99,4±3,28 до начала занятий против 83,0±3,49 после 1 года занятий, $p=0,0001$).

Динамика показателей артериального давления через 1 год тренировок выявила достоверное уменьшение как систолического артериального давления (141,8±3,01 до занятий против 127,9±1,74 после 1 года занятий, $p=0,0016$), так и диастолического артериального давления (85,7±1,18 до занятий против 80,5±0,83 после 1 года занятий, $p=0,0032$). При этом ни у одной из пациенток не увеличилась стадия гипертонической болезни и степень артериальной гипертензии, а более половины занимавшихся (13 чел. – 65%) в течение года уменьшили суточную дозу назначенных гипотензивных и кардиотропных средств.

Следовательно, в результате групповых занятий ходьбой с палками под руководством подготовленного инструктора уже через полгода достоверно возросло качество жизни женщин пожилого возраста. В частности, уменьшились показатели шкалы боли опросника MOS SF-36 и появилась тенденция к улучшению качества жизни по Миннесотскому опроснику. По истечении первого года занятий выявлено значимое улучшение качества жизни по обоим опросникам, а также достоверное уменьшение как систолического, так и диастолического артериального давления.

Таким образом, скандинавская ходьба обладает выраженным реабилитационным потенциалом у женщин пожилого возраста с наличием таких коморбидных заболеваний как ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, дегенеративно-дистрофическое заболевание позвоночника и деформирующий остеоартроз. Лечебные эффекты данной реабилитационной технологии в виде тенденций и значимых фактов появляются уже через полгода занятий и достоверно возрастают к окончанию первого года занятий ходьбой с палками.

Список литературы:

1. Кантемирова Р.К. Модели гериатрической реабилитации // Гериатрия: национальное руководство / под ред. О.Н. Ткачевой, Е.В. Фроловой, Н.Н. Яхно. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2018. – С.608.
Kantemirova R.K. Modeli geriatricheskoj reabilitacii // Geriatriya: nacionalnoe rukovodstvo / pod red. O.N. Tkachevoj, E.V. Frolovoj, N.N. Jahno. – М.: ГЕОТАР-Media, 2018. – С.608.
2. Крысюк О.Б., Волков А.В. Северная ходьба как оздоровительная технология (первый российский опыт) // Адаптивная физическая культура– 2013. – № 3 (55). – С. 47-49.
Krysyuk O.B., Volkov A.V. Severnaya hodba kak ozdorovitel'naya tehnologiya (pervyj rossijskij opyt) // Adaptivnaya fizicheskaya kultura.– 2013. – № 3 (55). – С. 47-49.
3. Крысюк О.Б., Дейнеко В.В. Скандинавская ходьба в кардио- профилактике у женщин пенсионного возраста // Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2018; 17 (июнь) / Материалы XI Международной конференции «ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ КАРДИОЛОГИЯ 2018», 5-6 июня 2018 года, Москва. – 2018. – С. 34-35.
Krysyuk O.B., Dejneko V.V. Skandinavskaya hodba v kardio- profilaktike u zhenshin pensionnogo vozrasta // Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika, 2018; 17 (iyun) / Materialy XI Mezhdunarodnoj konferencii «PROFILAKTICHESKAYA KARDIOLOGIYA 2018», 5-6iyunya 2018 goda, Moskva. – 2018. – С. 34-35.
4. Schwanbeck K. The Ultimate Nordic Pole Walking Book // Meyer & Meyer Sport. - 2012. - 181 p.
5. Svensson M. Nordic Walking (Outdoor adventures) // Human Kinetics. - 2009. - 205 p.
6. Walter C. Nordic Walking: The Complete Guide to Health, Fitness and Fun // Hatherleigh Press. - 2009. - 199 p.

УДК 616-002.5-053.2-082

САНАТОРНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОДРОСТКОВ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ СОЦИАЛЬНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ

Карасев Г. Г.¹, Лозовская М.Э.², Власова Е.Ю.¹

¹ФГБУ Детский туберкулезный санаторий «Пушкинский» МЗ РФ, г.Санкт- Петербург

²ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ,

Россия, Санкт-Петербург

SANATORIUM REHABILITATION OF ADOLESCENTS WITH TUBERCULOSIS ACCORDING TO THEIR SOCIAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTIC

Karasev G.G., Lozovkaya M.E., Vlasova E.YU.

¹Children tuberculosis sanatorium «Pushkinskiy» St.Petersburg

²St.Petersburg State Pediatric Medical Univtrcity,

Russia St.Petersburg

Аннотация: В настоящей работе представлены данные о деятельности туберкулезного санатория за 23 года (1994-2017). Проанализированы истории болезни 920 подростков 15-17 лет, которые были пациентами санатория в разные годы. Установлено увеличение числа пациентов с семейным туберкулезным контактом с низким социальным уровнем, рост туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий. Санаторное лечение включало специфические, физические и природные методы, воспитательную работу. В результате дифференцированного подхода к каждому пациенту у большинства подростков (87,1%) удалось добиться клинического излечения.

Abstract. In this work the results of activity of tubercular sanatorium for 23 years (1994-2017) were presented. The cases of history of 920 teenagers of 15-17 years, who were patients of sanatorium in various years, were analyzed. Increase in number of patients from the family tuberculosis contact with low social level, increase of tuberculosis with multiple drug resistance of mycobacteria. Sanatorium

treatment included specific, physical and natural methods, educational work. As a result of the differentiated approach to each patient in most of adolescents (87,1%) there was succeeded to achieve of clinical recovery.

Ключевые слова: реабилитация, подростки, туберкулез, санаторий.

Key words. rehabilitation, adolescents, tuberculosis, sanatorium.

Актуальность. В современных условиях подростки 15-17 лет остаются группой повышенного риска по заболеванию туберкулезом и его неблагоприятному течению [2,3,4]. Этому способствуют как анатомо- физиологические, так и социальные особенности пубертатного возраста, диктующие необходимость проведения длительной реабилитации в случае возникновения туберкулезного процесса [6,7]. Туберкулезные санатории позволяют наиболее полноценно проводить комплексную реабилитацию больных туберкулезом, так как в них используются природные немедикаментозные методы, педагогическая, психологическая поддержка [7,8]. Особенно в современных условиях возрастает роль федеральных санаториев, которые могут стать лечебно - реабилитационными центрами для наиболее сложных пациентов [1,2,4,5,6].

Цель: разработка подходов к санаторной реабилитации подростков больных туберкулезом на основе их социально-эпидемиологических особенностей.

Материалы и методы. Проведен анализ пациентов 15-17 лет ФГБУ «Детский туберкулезный санаторий «Пушкинский» МЗ РФ», за 23 года (1994- 2017), выборка 920 подростков. Выделено три группы: 1-я гр. (1994-2002 гг.) – 300 больных , 2- я гр. (2005-2009 гг.) – 270 больных и 3-я гр. (2012-2017гг.) – 350 больных. Анализировались истории болезни, анамнестические сведения, результаты лечения. В лечении, помимо химиотерапии, использовались природно-климатические факторы и санаторные методы лечения: гигиенический режим, диета, аэротерапия, закаливающие процедуры, патогенетическое и общеукрепляющее лечение, лечебная физкультура, фитотерапия, физиотерапия, трудотерапия, психологическая реабилитация, арт- терапия, школьная реабилитация.

Статистическая обработка данных выполнена с использованием компьютерных программ MS Excel 2007, Statistica v.6. При определении достоверности разности относительных величин применяли χ^2 - критерий Пирсона. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. Как показал эпидемиологический анамнез, в 2012–2017 гг. (3-я гр.) отмечалось увеличение доли пациентов из очагов семейного туберкулеза, составив 70,3%, что больше, чем во 2-ой группе – 61,9% ($p > 0,05$) и первой группе – 48,0% ($p < 0,05$). Доля подростков из семейного очага туберкулеза с летальным исходом увеличилась: с 22,6% в 2005-2009 гг., до 26,8% в 2012-2017гг. ($p > 0,05$). Среди подростков 3-ей группы, бывших бактериовыделителями, в 24,7% случаев наблюдалась множественная лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза (МЛУ МБТ), что у больных 1-2 групп встречалось реже ($p < 0,05$). Эпидемиологические факторы риска сочетались с семейным и социальным неблагополучием. Как следствие, подростки из очагов туберкулеза допускали в санатории серьезные нарушения режима в 19,7% случаев, тогда как подростки из неустановленных контактов в 2 раза реже – в 9,1% ($p < 0,05$). Были составлены программы санаторно- реабилитационных мероприятий у подростков в зависимости от социально- эпидемиологической характеристики очагов семейного туберкулеза (табл.1).

Благодаря сочетанию специфических и природных санаторных методов лечения, воспитательной и педагогической работы в санатории, удалось добиваться клинического излечения большинства подростков в результате завершения основного курса лечения (ОКЛ). В последние годы (2012-2017) клиническое излечение было достигнуто в 87,1% случаев, что превосходит период 2005-2009 г. – 84,5% но несколько ниже, чем в 1991-2004 гг. – 91,7% ($p > 0,05$). Досрочная выписка в 2012-2017 гг. была связана с переводом на плановое хирургическое лечение – 3,7%, выпиской нарушения режима – 2,0%, собственным желанием – 7,2%. Причинами прерванного лечения были отягощенный социальный анамнез, неудовлетворенность материально- бытовыми условиями в санатории, невозможность сдачи ЕГЭ за 9 и 11 классы, так как санаторная школа не имеет соответствующих полномочий.

Программы санаторно-реабилитационных мероприятий у подростков в зависимости от социально-эпидемиологической характеристики очагов

Мероприятия	Группы больных подростков		
	Контакт не установлен	Очаг без летального исхода	Очаг с летальным исходом, больные с лекарственной устойчивостью МБТ
Средний срок ОКЛ	13 мес.	16 мес.	18 мес.
Противоречивные курсы	Амбулаторно или в санатории	В санатории	В санатории
Рассасывающая и физиотерапия	показаны	показаны	ограничены, при МЛУ не показаны
Консультация хирурга	Чаще не требуется	Требуется при больших остаточных изменениях	Как правило, требуется
Особенности педагогической реабилитации	программа средней школы	программа средней школы, дополнительные занятия	программа средней школы, дополнительные занятия, проф.
Диета	стол №11	стол №11	Стол №11, дополнительное
Особенности воспитания	Здоровый образ жизни	Здоровый образ жизни, профилактика нарушений режима	Здоровый образ жизни, профилактика нарушений режима, асоциального поведения
Психологическая реабилитация	Групповая работа психолога, комната релаксации	Групповая работа психолога, комната релаксации	Индивидуальная работа психолога, комната релаксации, психологическая реабилитация

Выводы. Необходим дифференцированный подход к подросткам, находящимся на лечении в санатории, в зависимости от их социально-эпидемиологических характеристик. Для повышения приверженности подростков к санаторному лечению требуется улучшить материальную базу санаториев, развивать социальную направленность их работы.

Список литературы:

1. Байчорова Л.Х., Гербекова Д.Ю. Медицинская реабилитация больных туберкулезом легких на курорте Теберда // Медицинский альянс – №4. – 2014 – С. 28-30.
Bajchorova L.H., Gerbekova D.Yu. Medicinskaya reabilitaciya bolnyh tuberkulezom legkih na kurorte Teberda // Medicinskij alyans – №4. – 2014 – S. 28-30.
2. Лозовская М.Э., Карасев Г.Г., Сулова Г.А. Задачи и критерии эффективности санаторного лечения туберкулеза у подростков в современных социально-эпидемиологических условиях // Туберкулез и болезни легких. – 2012. – №1. – С. 49-53.
Lozovskaya M.E., Karasev G.G., Suslova G.A. Zadachi i kriterii effektivnosti sanatornogo lecheniya tuberkuleza u podrostkov v sovremennyh socialno-epidemiologicheskikh usloviyah // Tuberkulez i bolezni legkih. – 2012. – №1. – S. 49-53.
3. Овсянкина Е.С., Куфакова Г.А. Туберкулез у детей и подростков как социальная проблема // Проблемы туберкулеза – 1996. - №6. – С.36-37.
Ovsyankina E.S., Kufakova G.A. Tuberkulez u detej i podrostkov kak socialnaya problema // Problemy tuberkuleza – 1996. - №6. – S.36-37.

4. Орел В.И., Лозовская М.Э., Карасев Г.Г., Быкова В.В. Особенности медико-социальной помощи детям старшего возраста в условиях туберкулезного санатория // Российский педиатрический журнал. – 2016. – 19 (2). – С. 92-96.
- Orel V.I., Lozovskaya M.E., Karasev G.G., Bykova V.V. Osobennosti mediko-socialnoj pomoshi detyam starshego vozrasta v usloviyah tuberkuleznogo sanatoriya // Rossijskij pediatricheskij zhurnal. – 2016. – 19 (2). – S. 92-96.
5. Петров М.Б., Закирова З.М. Задачи федеральных противотуберкулезных санаториев на современном этапе // Медицинский альянс – 2015 – №1 – С.48-49.
- Petrov M.B., Zakirova Z.M. Zadachi federalnyh protivotuberkuleznyh sanatoriev na sovremennom etape // Medicinskij alyans – 2015 – №1 – S.48-49.
6. Русских Н.Ю., Мотанова Л.Н. Социальная дезадаптация, как фактор, определяющий особенности клинического течения туберкулеза органов дыхания у детей и подростков Туберкулез в России, год 2007: Матер. VIII Российского съезда фтизиатров. – С.263.
- Russkih N.Yu., Motanova L.N. Socialnaya dezadaptaciya, kak faktor, opredelyayushij osobennosti klinicheskogo techeniya tuberkuleza organov dyhaniya u detej i podrostkov Tuberkulez v Rossii, god 2007: Mater. VIII Rossijskogo sezda ftiziatrov. – S.263.
7. Сенчихина О.Ю., Мизерницкий Ю.Л., Аксенова В.А. Опыт применения расширенной схемы реабилитации в группах риска по развитию туберкулеза в условиях местных детских санаториев. // Пульмонология детского возраста: проблемы и решения – выпуск 5 – Москва, 2005. – С.223-228.
- Senchihina O.Yu., Mizernickij Yu.L., Aksenova V.A. Opyt primeneniya rasshirennoj shemy rehabilitacii v gruppah riska po razvitiyu tuberkuleza v usloviyah mestnyh detskih sanatoriev. // Pulmonologiya detskogo vozrasta: problemy i resheniya – vypusk 5 – Moskva, 2005. – S.223-228.
8. Хисамов Ф.Г., Ахметсафина С.Д. 80 лет детскому противотуберкулезному санаторию «Толпар» республики Башкортостан // Туберкулез и болезни легких – 2015 – №4. – С.65-67.
- Hisamov F.G., Ahmetsafina S.D. 80 let detskomu protivotuberkuleznomu sanatoriyu «Tolpar» respubliky Bashkortostan // Tuberkulez i bolezni legkih – 2015 – №4. – S.65-67.

УДК 61:616-009.8

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ ВИРТУАЛЬНОЙ РЕАЛЬНОСТИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Бутко Д.Ю.¹, Иванов Д.О.¹, Давыдов А.Т.², Сергеева Т.В.¹

¹«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург

² ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России
Россия, Санкт-Петербург

THE USE OF VIRTUAL REALITY METHODS IN REHABILITATION OF CHILDREN AND ADOLESCENTS.

Butko D.Y.¹, Ivanov D.O.¹, Davydov A.T.², Sergeeva T.V.¹

¹Federal State Budget Educational Institution of Higher Education "St. Petersburg State Pediatric Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation

² Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled n.a. G.A. Albrecht" of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation
Russia, St. Petersburg

Аннотация: В настоящем исследовании анализируется роль и место использования современных методов виртуальной реальности в реабилитации детей и подростков.

Abstract. In this study, the role and place of using virtual reality methods in the rehabilitation of children and adolescents are being analyzed.

Ключевые слова: виртуальная реальность, медицинская реабилитация, дети и подростки.

Keywords: virtual reality, rehabilitation, children and adolescents.

Актуальность. В настоящее время традиционная реабилитационная терапия в значительной степени зависит от ее частоты и продолжительности, а также нуждается в непосредственном участии

персонала. Зеркальные визуальные методики с использованием биологической обратной связи являются эффективными подходами, но применимы только к ряду конкретных, как правило, односторонних неврологических нарушений. Роботизированная механотерапия в последнее десятилетие стала почти рутинным методом реабилитации и постоянно расширяет спектр своих показаний, при этом результаты имеющихся в научной литературе исследований неоднозначны. На сегодняшний день в мире создана целая сеть реабилитационных центров, занимающихся роботизированной реабилитацией для объединения результатов и разработки стандартов реабилитации в зависимости от диагноза [1]. Этот вид реабилитации способствует восстановлению движений преимущественно проксимальной мускулатуры и достоверному увеличению объема движений в крупных суставах, существенно уступая физическим упражнениям в восстановлении двигательного объема в лучезапястном суставе и кисти, что должно учитываться при постановке реабилитационных задач [2]. Эффективность повторных курсов роботизированной механотерапии поставлена под вопрос серьезными исследованиями [3]. В связи с этим этот метод реабилитации требует уточнения показаний.

Методы медицинской реабилитации с захватом виртуальной реальности включают себя целый ряд систем и методик. В 2018 г. были опубликованы данные рандомизированного двойного слепого исследования Re Train, проведенного в Великобритании Sarah G. Dean по эффективности и безопасности обучения пациентов самореабилитации с использованием методов виртуальной реальности, длительностью до 9 месяцев и видеоанализом проводимых упражнений. Актуальность исследования обусловлена необходимостью определения роли и места методов виртуальной реальности в комплексной реабилитации инвалидов детского возраста.

Целью работы явилось объективное и независимое определение роли и места использования современных методов захвата виртуальной реальности в комплексной реабилитации детей и подростков.

Материалы и методы. В Санкт-Петербургском государственном педиатрическом медицинском университете и на его клинических базах были проанализированы и апробированы методы медицинской реабилитации пациентов детского возраста с обращением к виртуальной реальности в качестве биологической обратной связи, оценена их роль и место в реабилитационной схеме.

Результаты и их обсуждение. В исследовании были проанализированы и апробированы современные методы использования виртуальной реальности, применяемые в ведущих мировых реабилитационных центрах. Были оценены их преимущества и недостатки, конкретизированы и уточнены показания и противопоказания.

Так, широко используемая сегодня методика Nirvana позволяющая создавать виртуальную реальность с помощью проектора для игрового поля для пациента и сенсорами, оценивающими положение и движения пациента, позволяет взаимодействовать с виртуальными объектами и выполнять различные реабилитационные упражнения. Одни из них направлены на восстановление двигательных функций независимо от причины их нарушения. Другие упражнения со специфической визуальной и акустической обратной связью применяются исключительно при конкретных неврологических нарушениях, в частности, они эффективны при синдроме неглекта [4].

Метод Tiro Motion является роботизированным комплексом для руки и кисти, используемый в нейрореабилитации и травматологии с биологической обратной связью в форме компьютерной игры [5], что является его главным преимуществом в системе медицинской реабилитации детей и подростков. Этот современный роботизированный реабилитационный комплекс, имеет оборудование с обратной связью, которое позволяет восстанавливать движение руки и кисти в пассивном, активном и активно-пассивном режимах. В комплекс также входит стабиллоплатформа и сенсорный стол. В нем датчики давления, акселерометры, сенсорные панели встроены в оборудование. Система включает в себя установленный набор упражнений и игр. Причем, программное обеспечение и задания едины для всех типов оборудования. Преимущество и недостаток: единая платформа для всех устройств, ребенку не надо привыкать к новым играм, так они одинаковые, но и быстро надоедают. Это же замечание можно отнести и к методике Hand Tutor, которая осуществляет восстановление мелкой моторики кисти с использованием методов сенсорной терапии и биологической обратной связью [6].

Метод Nosoma Valedo представляет из себя комплекс упражнений для мобилизации и стабилизации поясничного отдела позвоночника [7]. В частности, беспроводные датчики оценивают положение позвоночника в сагитальной и фронтальной плоскости. Проводится неинвазивная экспресс-диагностика состояния позвоночника, а также мотивационная двигательная терапия болей в поясничном отделе с обратной связью. Упражнения направлены на стабилизацию или мобилизацию поясничного отдела позвоночника и профилактику рецидивов заболевания. В комплекс входят два

аппарата Valedo Shape для диагностики и Valedo Motion для функциональной терапии. Для лечения беспроводные датчики наклеивают на тело вдоль позвоночника. Датчики оценивают положение относительно друг друга и выдают интерпретированный результат подвижности поясничного отдела позвоночника в сагитальной и фронтальной плоскостях. Фактически это виртуальная среда для мотивации занятий. Его можно использовать во время занятий спортом как самостоятельно, так и вместе с другими тренажерами. Недостатки: наличие расходных материалов, человеческий фактор установки сенсоров снижает точность, не может использоваться для исследований и оценки динамики, так как достоверность данных недостаточна, а сенсоры требуют подзарядки.

Рабочая станция Re Joysce от Orthorent - механотерапевтический тренажер, предназначенный для эффективной реабилитации верхних конечностей после травм, неврологических заболеваний и болезней опорно-двигательного аппарата [8]. Особое внимание уделяется движениям, которые соответствуют повседневным действиям, что позволяет добиться максимальных результатов в социальной адаптации. Интенсивные тренировки маскируются под мотивационными компьютерными играми, что делает реабилитацию более комфортной и приятной. Это несомненно является ее достоинством. В комплекте имеется 12 игр, каждая из которых настраивается по скорости и сложности.

Виртуальная реабилитация SeeMe включает активные тренировки в форме игр [9]. Имеет 12 предустановленных программ и различные уровни сложности, а также позволяет осуществлять индивидуальный анализ результатов.

Методика Nabilect является отечественной разработкой и представляет из себя программно-аппаратный комплекс с биологической обратной связью, предназначенный для восстановления двигательной активности и повышения мотивации пациентов [10]. Является бесконтактной и безмаркерной системой для анализа баланса, походки и упражнениями с записью и оценкой качества выполняемых движений по трехмерной модели. Врач легко создает индивидуальный курс из множества упражнений или выбирает комплекс по нозологии. Участие персонала ограничивается наблюдением за пациентом и изменением программы при необходимости, а затем ребенок может продолжать реабилитационное лечение дистанционно как в клинике, так и на дому. Комплекс состоит из лазерно-оптического сенсора и компьютера. Ребенок занимается перед комплексом, а система контролирует правильность выполнения упражнений и их количество. Врач может полностью контролировать процесс удаленно с помощью программного обеспечения установленного на компьютере. Система может использоваться с дополнительным оборудованием для усложнения упражнений и оценки паттерна ходьбы в течение длительного времени. Проводится диагностика движений, оценка равновесия и походки, исследование нагрузки на суставы, осуществляется реабилитация с индивидуальной программой упражнений, имеется динамический контроль равновесия и когнитивный модуль.

Мультисенсорная комната SHX является новым поколением традиционных мультисенсорных комнат под общим названием Snoezelen [11]. Она предлагает полный комплекс физических, виртуальных и психологических стимулов, гарантирующих максимальный отклик со стороны ребенка, помогая улучшить эмоциональное состояние даже у практически здорового человека, снимая стресс и стимулируя все органы чувств. Мультисенсорная комната SHX оказывает влияние на соматическое, визуальное, проприоцептивное, вестибулярное, слуховое и обонятельное восприятие. Консоль SHX позволяет комбинировать и изменять стимулы, соответствующие этим типам восприятия, что дает возможность работать индивидуально и полностью погружать ребенка в реабилитационно-релаксационную среду.

Преимущества системы SHX: объединение традиционных элементов мультисенсорных комнат (трубки, оптоволокно) с общей иллюминацией помещения, звуковыми эффектами, запахами, трансляцией видео и изображений, вибрацией мебели и специальными эффектами, такими как потоки воздуха, пузырьки, проекции; полная координация всех стимуляторов позволяет создать целостную атмосферу; все элементы системы можно контролировать с помощью различных средств (планшетная консоль, кнопки, иконки, настраиваемые команды, специальный коврик, сенсорный экран). Систему очень просто настроить под каждую сессию и пользователя, она также позволяет загружать собственные изображения и видео пациента. Взаимодействие с комнатой может осуществляться путем управления голосом, движением глаз или через единую консоль. Преимущество мультисенсорных комнат для детей с заболеваниями нервной системы в том, что благодаря соматическим, вестибулярным и проприоцептивным элементам, мы можем напрямую влиять на контроль положения тела, тона голоса, равновесия и движения. При нейрореабилитации подобная стимуляция позволяет вывести на максимальный уровень нейронную пластичность, что

усиливает эффект традиционного лечения. Важно отметить, что такая система может эффективно использоваться для реабилитации детей в состоянии минимального сознания, что позволяет осуществлять базальную стимуляцию и налаживать контакт с ребенком после тяжелых травм, поскольку проводится индивидуализированная когнитивная стимуляция процессов, связанных с концентрацией внимания, познавательными способностями, памятью, взаимосвязью между импульсом и действием. В результате происходит повышение уровня визуального восприятия и концентрации, причинно-следственных связей, различения цветов, равновесия. При этом, повышается мотивация пациента к общению и восстановлению речи с использованием альтернативных способов коммуникации и осуществлением взаимосвязи с другими методами реабилитации, как например, работой с голосом и дыханием, осуществлением контроля за положением тела, движением, изменением мышечного тонуса и т.д., что несомненно служит усилением мотивации продолжать лечение.

Метод Virtual Rehab - инновационная платформа для реабилитации, которая использует технологию видеоигр в дополнение к традиционным методам терапии [12]. Метод является набором лечебных упражнений в игровой форме, созданных для восстановления двигательных функций верхних и нижних конечностей. Она использует технологию захвата движения, позволяя ребенку скучную и не всегда приятную реабилитацию превратить в увлекательную игру. Дети могут работать в стимулирующей реабилитационной компьютерной программе как в лечебно-профилактических учреждениях, так и у себя дома. Программа была создана относительно недавно при поддержке ведущих неврологов и терапевтов Европы для реабилитации детей с неврологическими заболеваниями и заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Упражнения в игровой форме с возможностью изменения параметров применяются для мотивации детей в достижении и поддержании повышенного уровня физического функционирования и когнитивной независимости. Платформа позволяет точно дозировать количество повторяющихся движений. Пакет включает в себя легкую в использовании программу, которая позволяет врачу запрограммировать индивидуальные лечебные сессии с учетом индивидуальных потребностей каждого ребенка. Вся информация о лечебных сессиях напрямую отправляется в базу данных, что позволяет отслеживать и анализировать динамику каждого пациента. Благодаря использованию высоко мотивирующих игровых упражнений система позволяет восстановить такие функции, как баланс, перенос веса, определение расстояния и достижение цели, выносливость, сила и осознанность. Он позволяет точно следить за всем телом пациента в режиме реального времени без необходимости устанавливать сенсоры. Это помогает создавать игры, которые эффективно направлены на реабилитацию, не ограничивая движений, так как нет датчиков на теле пациента. Virtual Rehab Body с использованием сенсора Leap Motion представляет из себя инновационный миниатюрный сенсор захвата движения, который улавливает малейшие жесты и движения рук и пальцев, переводя их в специфические интерактивные команды с высокой точностью и предлагает 9 игр для работы с опорно-двигательным аппаратом. Метод направлен на развитие и реабилитацию мелкой моторики верхних конечностей, а также на визуально-моторную координацию, скорость реакции и удержание внимания. Настраивается легко и быстро с помощью компьютера или ноутбука.

Выводы:

1. Использование методов виртуальной реальности в реабилитации детей и подростков представляется высокоэффективным направлением в медицине.

2. Современные методы виртуальной реальности с биологически обратной связью целесообразно максимально широко внедрять в систему медицинской реабилитации, особенно у маленьких пациентов. Однако они должны отвечать определенным требованиям: быть универсальными в плане применения при разных заболеваниях, видах и степенях выраженности нарушений, простыми в настройке и использовании, без ущерба достоверности, иметь надежное программное обеспечение, позволяющее анализировать и дистанционно восстанавливать двигательные и координаторные нарушения, чтобы отчет о проведенной работе и каждом занятии ребенка формировался автоматически, что даст возможность достоверно отследить динамику восстановления и проводить научную работу, в том числе в направлении исследования эффективности других методов реабилитации.

3. Методы виртуальной реальности, прежде всего, должны давать преимущества пациентам в восстановлении способности совершать повседневные действия, улучшении отклика на лечение, простоту и интуитивность в использовании, подходить для разных степеней нарушения двигательной активности, возможности настройки программы в соответствии с индивидуальными потребностями и установки дома у ребенка. Кроме того, они должны быть удобны для врачей за счет простой в использовании программы управления, индивидуального отслеживания результатов, оценки и

графического анализа результатов. Современные технологии виртуальной реальности призваны улучшать качество работы клиник за счет повышения уровня обслуживания пациентов, объективного и индивидуального отслеживания программ реабилитации, позитивной реакции на процесс и конечный итог лечения.

4. Наличие отдельного программного обеспечения для врача и пациента на разных устройствах позволит эффективно применять телемедицину в реабилитации.

5. Полученные результаты могут служить основой для выбора наиболее адекватных методов виртуальной реальности в реабилитации детей и подростков.

Список литературы:

1. Hubertus J. A., Van Hedel et al., *Journal of Neuro Engineering and Rehabilitation*, (2018). 15:30, p. 1-16.

2. Beretta E., Biffi E. *Journal of Healthcare Engineering*. (March 2018), article ID 4208492.

3. PeLo Gait Ammann-Reiffer et al., *BMC Pediatrics* (2017), 17:64, p. 1-9. *Clinical Trials*. gov: NCT00887848.

4. Saposnik G., Levin M. Outcome Research Canada (SOR - Can) Working Group. Virtual reality in stroke rehabilitation: a meta-analysis and implications for clinicians. *Stroke* 2011 May; 42 (5): 1380-6.

5. Vanoglio F., Luisa A., Garofali F., Mora C. Evaluation of the effectiveness of Hand Rehabilitation Glove on hemiplegic patients. Pilot study // XIII Congress of Italian Society of Neurorehabilitation, 2013.

6. Аретинский В.Б. Восстановление двигательной функции кисти у больных с инсультом с использованием системы "Handtutor" / В.Б. Аретинский, Е.В. Телегина, Л.И. Волкова // Уральский медицинский журнал. - 2014. - № 9 (123). - С. 46-49.

Aretinskij V.B. Vosstanovlenie dvigatelnoj funkcii kisti u bolnyh s insultom s ispolzovaniem sistemy "Handtutor" / V.B. Aretinskij, E.V. Telegina, L.I. Volkova // *Uralskij medicinskij zhurnal*. - 2014. - № 9 (123). - S. 46-49.

7. Brokaw E.B., Black I., Holley R.J., Lum P.S. Hand Spring Operated Movement Enhancer (Hand SOME): a portable, passive hand exoskeleton for stroke rehabilitation. *IEEE Trans Neural Syst Rehabil Eng*. 2011 Aug; 19(4):391-9. Epub. 2011 May 27.

8. Stoller, D.W. *Stoller's atlas of orthopaedics and sports medicine*: Wolters Kluwer: Lippincott Williams & Wilkins, 2011. - 1040 p.: ill. - Index: p. 999-1039.

9. Marc Aurel Schnabel, Xiangyu Wang, Hartmut Seichter and Tom Kvan. From Virtuality to Reality and Back. <http://www.drhu.eu/wp-content/uploads/2012/05/FromVirtualityToRealityAndBack.pdf>. 2.

10. Khizhnikova A., Klochkov A., Chernikova L., Suponeva N. Efficacy of the post-stroke arm function rehabilitation using Kinect-based virtual biofeedback system. 3rd Congress of the European Academy of Neurology, Amsterdam, Netherlands, 24-27.06.2017.

11. Lambert, G., Vodungbo, B., Gautier, J. et al. Towards enabling femtosecond helicity-dependent spectroscopy with high-harmonic sources // *Nature Communications*. 2015, 6:61675.

12. Galvin J., Levac D. Facilitating clinical decision-making about the use of virtual reality within pediatric motor rehabilitation: describing and classifying virtual reality systems. *Developmental neurorehabilitation*. 2011; 14 (2): 112-122.

ПРИМЕНЕНИЕ ТРЕНАЖЕРА «НОВОЕ ДЫХАНИЕ» НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА

Ежов В.В., Мизин В.И., Дышко Б.А., Царев А.Ю., Платунова Т.Е.

ГБУЗ РК «Академический НИИ физических методов лечения, медицинской климатологии и реабилитации им. И.М.Сеченова»

Россия, Ялта

APPLICATION OF SIMULATORS "NEW BREATH" ON SANATORIUM STAGE OF REHABILITATION OF PATIENTS WITH CHRONIC BRAIN ISCHEMIA

Ezhov V.V., Mizin V.I., Dishko B.A., Tsarev A.Y., Platunova T.E.

State Budgetary Institution of Healthcare of the Republic of Crimea «Academic scientific-research Institute of physical treatment methods, medical climatology and rehabilitation named after I. M. Sechenov»

Russian Federation, Republic of Crimea, Yalta

Аннотация: Целью работы явилась оценка эффективности технологии тренировок дыхательных мышц в движении в комплексном санаторно-курортном восстановительном лечении больных с цереброваскулярной патологией. Метод обладает системными реабилитационными эффектами в виде улучшения показателей психологического тестирования, гемодинамики, липидного обмена и качества жизни по профилям «боль», «физическое здоровье», «психическое здоровье» и «жизнеспособность». Разработана комплексная методика санаторно-курортной медицинской реабилитации с тренировками дыхательных мышц в движении для пациентов с цереброваскулярной патологией.

Abstract. The aim of the work was to evaluate the effectiveness of respiratory muscle training technology in motion in complex sanatorium-resort rehabilitation treatment of patients with cerebrovascular pathology. The method has systemic rehabilitation effects in the form of improved indicators of psychological testing, hemodynamics, lipid metabolism and quality of life in the profiles of "pain", "physical health", "mental health" and "vitality". The complex technique of sanatorium-resort medical rehabilitation with the use of training of respiratory muscles in motion for patients with cerebrovascular pathology has been developed.

Ключевые слова: тренировки дыхательных мышц в движении, хроническая ишемия мозга, санаторно-курортное лечение

Keywords: training of respiratory muscles in motion, chronic cerebral ischemia, spa-resort treatment

Актуальность. К числу современных направлений первичной и вторичной профилактики мозгового инсульта относится развитие методов коррекции функциональных нарушений у больных с хронической ишемией мозга (ХИМ), обусловленной прогрессирующим ухудшением кровоснабжения ткани головного мозга с ранним возникновением аффективных и когнитивных расстройств у лиц молодого и среднего возраста [4, 6, 7]. Наблюдаемые при данной патологии изменения сосудистой стенки определяют нарастание органной и тканевой гипоксии, в т.ч. - мозговых структур, что сопровождается формированием соответствующих клинических проявлений. В результате нарушений кровообращения возникает целый каскад метаболических нарушений, что обосновывает необходимость адекватной лечебно-профилактической стратегии, в первую очередь, ориентированной на снижение гипоксических процессов в организме [5].

Целесообразность реализации данной стратегии на санаторно-курортном этапе обусловлена тем, что в современных программах восстановительного лечения на курортах не учитывается возможность непосредственного действия физических факторов на уровень тканевой гипоксии и ишемии органов. Поэтому, применение респираторных методов, основанных на формировании гиперкапнии и усилении сопротивления выдоху, может способствовать стимуляции регуляции паттернов дыхания и повышению кислородной емкости крови [1]. Представляется актуальным исследование лечебных эффектов применения дыхательного тренажера «Новое дыхание» - устройства для тренировки организма путем создания положительного давления выдоха, сопровождающегося кратковременным снижением содержания кислорода и повышением содержания углекислого газа в дыхательном объеме в физиологических пределах. Конструкция тренажера позволяет, как и в других современных нагрузочных тренажерах-спирометрах с вибрационной функцией, регулировать механическое сопротивление и осуществлять низкочастотную вибрацию потоку выдыхаемого воздуха, и что особенно важно - осуществлять тренировку дыхательных мышц в движении (ТДМД) при выполнении физических упражнений различной интенсивности [2].

Цель работы – оценить эффективность и разработать показания для включения технологии ТДМД в комплексном санаторно-курортном восстановительном лечении больных с цереброваскулярной патологией.

Методы исследования и лечения Методы исследования и лечения применялись в соответствии с особенностями оценки состояния и эффектов лечения, конкретной нозологической формы заболевания, индивидуальными показаниями, стандартами санаторно-курортной помощи, утвержденными приказами МЗ РФ № 212 от 22.11.2004 г., и «Порядка организации медицинской реабилитации», утвержденным приказом МЗ РФ от №1705н от 29.12.2012 г. В их состав вошли: клиническое исследование больных, антропометрия, лабораторные клинические и биохимические исследования, функциональные исследования сердечно-сосудистой, легочной и нервной систем (спирография, электрокардиография), психологические исследования и оценка качества жизни (SF36), профильные неврологические (MoCA, шкала Хачинского) опросники. Все методы исследования применялись дважды - до и после лечения. Общий перечень методов лечения включал:

климатотерапию, методы физиотерапии (электросветолечение), средства лечебной физкультуры (УГГ, классический массаж, дозированные пешеходные прогулки, диетотерапию, базисную фармакотерапию (антиагреганты, статины, гипотензивные препараты, ноотропы).

В группе контроля (К, n=11) проводились процедуры базового комплекса лечения. В двух других исследуемых группах назначались тренировки дыхательных мышц в движении (группа ТДМД, n=13) и аналогичные тренировки в сочетании с приемом сухих углекислых ванн (группа ТДМД+СУВ, n=20).

Курс ТДМД (12 процедур) осуществлялся при проведении лечебной гимнастики с применением тренажера «Новое дыхание», которая состояла из физических упражнений на развитие диафрагмального дыхания, общей моторики, координации и статики с допустимым нарастанием ЧСС до 25 уд/мин и максимальным порогом ЧСС – 110-120 уд/мин.

В группе ТДМД+СУВ, дополнительно с физическими упражнениями применялись сухие углекислые ванны (СУВ), курс – 10-12 процедур. 1-6-я процедуры - концентрация CO₂ - 18-20 об% (время подачи газа – 2 минуты), продолжительность – 15 минут, через день. 7-12-я процедуры - концентрация CO₂ – 25 об% (время подачи газа – 3 минуты), продолжительность – 20 минут, ежедневно.

Результаты обследования и лечения фиксировались в тематической карте пациента. Данные тематических карт анализировались с использованием клинико-статистических методов. Оценка эффективности проводилась по 5 категориям («значительное улучшение», «улучшение», «незначительное улучшение», «без перемен», «ухудшение»).

Результаты исследования Обследовано 44 больных с ХИМ I ст. – 36 (81,9%) и ХИМ II ст. – 8 (18,1%). Мужчин – 4 (9,0 %), женщин – 40 (91,0 %), средний возраст – 60,9±1,2 лет. Преобладающими у наблюдаемых больных являлись вестибуло-атактический – 31 (47,7%) и тревожно-астено-невротический – 19 (29%) синдромы. В меньшей степени выявлялись астено-тревожно-депрессивный – 7 (10,7%), астенический, астено-невротический – 5 (7,7%) синдромы и синдром вегетативной дисфункции – 2 (3,1%). Нарушения высшей нервной деятельности познавательных функций в виде легких когнитивных нарушений выявлялось у 17 (26,1%) пациентов. Вертеброгенная цервико-кранио-торакалгия регистрировалась у 4 (6,1%).

Для суждения о влиянии проведенных лечебно-реабилитационных воздействий на состояние сердечно-сосудистой системы исследовалась динамика артериального давления (АД). Наблюдения свидетельствовали, что во всех группах наблюдений наблюдалось умеренное снижение данного показателя. При этом статистически достоверное (p<0,05) снижение систолического артериального давления (САД) выявлено в группе СУВ+ТДМД, снижение диастолического артериального давления (ДАД) – в группах ТДМД и СУВ+ТДМД. В контрольной группе К отмечена положительная тенденция в нормализации уровня АД у пациентов с ХИМ (таблица 1).

Таблица 1. Динамика показателей артериального давления у больных хронической ишемией мозга (M±m)

Показатели (мм.рт.ст.)		Группы больных		
		ТДМД n=13	СУВ+ТДМД n=20	К n=11
		M±m	M±m	M±m
САД	п	127,7±4,76	131,8±4,0*	140,0±7,98
	в	119,2±3,46	119,8±2,46	122,22±2,99
ДАД	п	83,8±3,03*	84,3±2,15*	86,4±4,49
	в	75,4±1,73	78,0±1,54	78,9±1,0

Примечание: п - при поступлении, в – при выписке, * - p<0,05.

По данным биохимических исследований у больных принимавших комплекс ТДМД+СУВ регистрировалось статистически достоверное снижение холестерина и бета-липопротеидов (p<0,001). В контроле наблюдалось снижение уровня холестерина (p<0,05), по другим изучаемым биохимическим показателям в данной группе изменений не наблюдалось. Во всех трех группах динамики показателей коагулограммы (уровень фибриногена) отмечено не было (таблица 2).

Таблица 2. Динамика биохимических показателей крови у больных хронической ишемией мозга (M±m)

Показатели		Группы больных		
		ТДМД n=13	СУВ+ТДМД n=20	К n=11
		M±m	M±m	M±m
Холестерин, ед	п	5,83±0,23	6,3±0,28***	6,3±0,42*
	в	5,54±0,42	5,1±0,22	4,8±0,24
β-липопротеиды, ед	П	65,3±5,63	60,4±3,08***	63,5±6,49
	В	58,3±5,11	51,5±3,57	56,7±3,39
Фибриноген, г/л	П	3,7±0,27	3,4±0,12	3,6±0,18
	В	3,8±0,19	3,6±0,14	3,8±0,20

Примечание: п - при поступлении, в – при выписке, * - p<0,05; ** - p<0,01; *** - p<0,001.

Проведенные наблюдения по данным опросника SF36 свидетельствовали о статистически достоверном улучшении (p<0,05) показателей физического состояния, болевых проявлений, самооценки психического статуса, жизнеспособности, как составляющих общего качества жизни пациентов с ХИМ, которые принимали сочетание процедур ТДМД+СУВ (таблица 3).

Таблица 3. Динамика показателей качества жизни в зависимости от лечебного комплекса у больных хронической ишемией мозга (M±m), в баллах

Показатели		Группы больных		
		ТДМД n=13	СУВ+ТДМД n=20	К n=11
		M±m	M±m	M±m
Физическая активность	п	63,08±5,63	61,8±4,31	57,3±5,99
	в	60,45±3,46	69,7±4,92	61,5±6,99
Физические проблемы	п	40,38±8,66	23,8±6,15*	31,8±9,98
	в	37,50±6,49	44,7±6,15	35,0±9,98
Боль	п	59,31±6,06	52,6±4,92*	58,9±6,65
	в	66,33±5,88	67,1±4,18	60,56±6,65
Жизнеспособность	п	56,15±5,63	56,8±3,08*	51,0±4,99
	в	60,56±3,03	65,8±1,85	56,7±6,99
Социальная активность	п	79,81±4,33	69,4±3,84	67,5±8,73
	в	88,89±4,33	75,0±4,61	77,8±8,73
Роль эмоциональных проблем	п	41,02±8,66	45,0±6,15	42,5±9,98
	в	40,76±2,88	50,9±6,15	43,3±9,98
Психическое здоровье	п	59,38±5,54	57,2±3,94*	55,6±5,59
	в	61,78±5,54	72,2±3,44	62,2±7,98
Общее здоровье	п	49,38±3,64	51,2±1,97	49,1±2,69
	в	45,89±2,77	56,2±2,28	53,3±2,69

Примечание: п - при поступлении, в – при выписке, * - p<0,05.

Оценка непосредственных результатов лечения больных ХИМ под влиянием различных лечебных комплексов, свидетельствовала, что в группе ТДМД с улучшением было выписано 13 (100%) пациентов, в группе СУВ+ТДМД с улучшением - 18 (90%) пациентов и со значительным улучшением - 2 (10%), в контроле с улучшением - 11 (100%) пациентов.

Заключение. Согласно полученным данным, проведенные лечебные воздействия оказывают положительное влияние на основные клинико-функциональные показатели. Оцениваемая технология применения дыхательных тренажеров в комплексе с сухими углекислыми ваннами на санаторно-курортном этапе реабилитации больных с цереброваскулярной патологией обладает системными реабилитационными эффектами в виде улучшения показателей психологического тестирования, гемодинамики, липидного обмена и качества жизни по профилям «боль», «физическое здоровье», «психическое здоровье» и «жизнеспособность».

Список литературы

1. Горанчук В.В., Сапова Н.И., Иванов А.О. Гипокситерапия. Спб: ООО «Олби-Спб», 2003. - 536 с.
Goranchuk V.V., Sapova N.I., Ivanov A.O. Gipoksiterapiya. Spb: ООО «Olbi-Spb», 2003. - 536 s.
2. Дышко Б.А., Головачев А.Е. Инновационные подходы к совершенствованию физической работоспособности спортсменов на основе применения тренажеров комплексного воздействия на дыхательную систему // Вестник спортивной науки.-2011.-№ 1.-С.7-12.
Dyshko B.A., Golovachev A.E. Innovacionnye podhody k sovershenstvovaniyu fizicheskoj rabotosposobnosti sportsmenov na osnove primeneniya trenazherov kompleksnogo vozdejstviya na dyhatelnyuyu sistemu // Vestnik sportivnoj nauki.-2011.-№ 1.-S.7-12.
3. Дышко Б.А., Кочергин А.Б., Головачев А.И. Инновационные технологии тренировки дыхательной системы.-М.: Теория и практика физической культуры и спорта. 2012.-122 с.
Dyshko B.A., Kochergin A.B., Golovachev A.I. Innovacionnye tehnologii trenirovki dyhatelnoj sistemy.-М.: Teoriya i praktika fizicheskoj kultury i sporta. 2012.-122 s.
4. Осьмак Е.Д., Асанов Э.О. Особенности умственной и психомоторной работоспособности в условиях гипоксии при старении //Проблемы старения и долголетия.-2011.-№4.-С.402-409.
Osmak E.D., Asanov E.O. Osobennosti umstvennoj i psihomotornoj rabotosposobnosti v usloviyah gipoksii pri starenii //Problemy stareniya i dolgoletiya.-2011.-№4.-S.402-409.
5. Уянаева А.И., Тупицына Ю.Ю., Турова Е.А., Львова Н.В., Ксенофонтова И.В. Немедикаментозные методы профилактики и лечения больных нейроциркуляторной астенией с повышенной метеочувствительностью // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. -2017. - №94(5).-С.4-9.
Uyanaeva A.I., Tupicyna Yu.Yu., Turova E.A., Lvova N.V., Ksenofontova I.V. Nemedikamentoznye metody profilaktiki i lecheniya bolnyh nejrocirkulyatornoj asteniej s povyshennoj meteochuvstvitelnostyu // Voprosy kurortologii, fizioterapii i lechebnoj fizicheskoj kultury. -2017. - №94(5).-S.4-9.
6. Царев А.Ю., Солдатченко С.С., Ежова В.А., Куницына Л.А., Глотова Г.И. Церебральный атеросклероз //Крым. Мед.формуляр.-2003.-№5.-95 с.
Carev A.Yu., Soldatchenko S.S., Ezhova V.A., Kunicyna L.A., Glotova G.I. Cerebralnyj ateroskleroz //Krym. Med.formulyar.-2003.-№5.-95 s.
7. Ay.H., Koroshetz V.I., Vangel M. et all Conversion of ischemic brain. tissue into infarction, increases age //H .Ay et all //Strokc.-2005.-36.-P.1655-1711.

УДК 616.36+616.61+612.12]-0.89.843-036.82/.85

РАННЯЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧЕК

Власова-Розанская Е.В.

ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации»,
Республика Беларусь, г. Минск

EARLY REHABILITATION OF PATIENTS AFTER KIDNEY TRANSPLANTATION

Vlasova-Razanskaya A. V.

State University "Republican scientific and practical center of medical examination and rehabilitation",
Republic of Belarus, Minsk

Аннотация: Трансплантация почек-современный метод лечения тяжёлой почечной патологии. Реабилитация после трансплантации почек начинается в раннем послеоперационном периоде - лечебно - реабилитационный этап, проводится в отделении интенсивной терапии и реанимации и специализированном хирургическом отделении в раннем послеоперационном периоде реципиента. В 1-ую неделю (с 4 дня) после операции назначают полупостельный режим. Далее после снятия швов (как правило, на 14-16 сутки после операции) и отсутствии ухудшения функционального состояния пациента переводят на свободный режим. Назначают дозированную ходьбу 30 мин. ежедневно или 1 час через день в среднем темпе. Этап ранней медицинской реабилитации пациентов после пересадки печени, почки проводится в отделении медицинской реабилитации многопрофильных реабилитационных центров в позднем послеоперационном периоде.

Abstract. kidney Transplantation is a modern method of treatment of severe renal pathology. Rehabilitation after kidney transplantation begins in the early postoperative period-the treatment and

rehabilitation stage, is carried out in the intensive care unit and the specialized surgical Department in the early postoperative period of the recipient. In the 1st week (from 4 days) after the operation, a half-bed regime is prescribed. Further, after the removal of sutures (usually on 14-16 days after surgery) and the absence of deterioration of the functional state of the patient is transferred to a free regime. Appointed dosed walking 30 mins every day or 1 hour a day in average pace. The stage of early medical rehabilitation of patients after liver and kidney transplantation is carried out in the Department of medical rehabilitation of multidisciplinary rehabilitation centers in the late postoperative period.

Ключевые слова: Ранняя реабилитация, этапы реабилитации, период реабилитации, трансплантация почек, лечебная физкультура

Key words. Early rehabilitation, rehabilitation stages, rehabilitation period, kidney transplantation, physical therapy

Актуальность. Трансплантация почки является единственным методом в лечении тяжелых заболеваний этого органа в терминальной стадии, когда все возможности других методов исчерпаны. В настоящее время здравоохранение Республики Беларусь имеет достаточный опыт пересадки почки и тенденцию к увеличению количества операций по трансплантации этих органов. Наиболее востребованной является операция по пересадке почки при хронической почечной недостаточности (ХПН). Частота ХПН колеблется в различных странах от 100 до 600 на 1 млн взрослого населения и увеличивается с возрастом [1,2,3].

Цель исследования - разработка комплексов реабилитационных мероприятий на ранних этапах оказания реабилитационной помощи.

Материалы и методы.

Для решения поставленных в исследовании задач сформирована целевая выборка, состоящая из 61 пациента, перенёвших трансплантацию почек. Среди обследуемых лиц было 39 (63,9%) мужчин и 22 (36,1%) женщин. Средний возраст обследованного контингента составил $45,3 \pm 1,4$ лет.

Методы исследования: статистический, социологический, клинический, информационно-аналитический, сравнительного и системного анализа. Методы обследования соответствовали наиболее значимым в оценке клинико-функционального состояния, включенных в протоколы диагностики и лечения.

Результаты.

Лечебно - реабилитационный этап проводится в отделении интенсивной терапии и реанимации и специализированном хирургическом отделении в раннем послеоперационном периоде реципиента.

Алгоритм физической реабилитации реципиента после трансплантации почки включает 2 периода. Период А – 1-3 сутки после операции, и период Б - первые 3 месяца после операции.

Целью ЛФК в периоде А является: профилактика ранних послеоперационных осложнений. Задачи лечебной физкультуры (ЛФК): профилактика пневмонии, ателектаза легкого, атонии кишечника, тромбэмболических осложнений; улучшение оттока жидкости через дренаж, нормализация деятельности сердечно-сосудистой системы (ССС), адаптация реципиента к возрастающей физической нагрузке [1].

Двигательный режим – постельный в палате интенсивной терапии. Применяют дыхательную гимнастику, постуральный дренаж, раннюю активацию реципиента.

Целями ЛФК в периоде Б являются: профилактика ранних и поздних послеоперационных осложнений; улучшение функционального состояния. Задачи ЛФК: улучшение функционального состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем, профилактика спаечного процесса, формирование эластичного рубца, восстановление правильной осанки, укрепление мышц плечевого пояса, туловища и конечностей, улучшение психоэмоционального статуса [1].

Двигательные режимы: в 1-ую неделю (с 4 дня) после операции назначают полупостельный режим.

С целью улучшения дренажной функции трахеобронхиального дерева и профилактики бронхолегочных осложнений с первых суток после операции показано назначение тепловлажных щелочных ингаляций ежедневно, 1-2 раза в день, курс 8-10 процедур.

С целью профилактики инфекционных осложнений применяется фототерапия поляризованным светом на область послеоперационной раны в подвздошной области 1-2 раза в день во время перевязок.

Массаж с 3 дня после операции: спины и/или конечностей, ежедневно, курс 10-15 процедур.

Со 2-ой недели в зависимости от функционального состояния ССС, удаления мочевого катетера и общего самочувствия пациента разрешается палатный режим, в котором добавляют упражнения сидя на стуле, и дозированную ходьбу по палате. Далее после снятия швов (как правило, на 14-16 сутки после операции) и отсутствии ухудшения функционального состояния сердечно-сосудистой и мочевыделительной систем в соответствии с самочувствием пациента назначается примерный комплекс сроком до 5-6 недели после операции. Затем, с 7-12 недели (при отсутствии хирургических противопоказаний и стабильной функции сердечно-сосудистой и мочевыделительной систем), пациента переводят на свободный режим.

Назначают дозированную ходьбу 30 мин. ежедневно или 1 час через день в среднем темпе.

Проводят физиотерапевтические процедуры 1-го этапа, дополнительно по показаниям используют:

Транскраниальная импульсная электротерапия (электросонотерапия, транскраниальная электростимуляция, транскраниальная электроаналгезия и др.) – ежедневно, курс 8-10 процедур.

Лазерная или магнитолазерная гемотерапия – ежедневно, курс 8-10 процедур.

Этап ранней медицинской реабилитации пациентов после пересадки печени, почки 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 функции соответствующих систем организма.

Занятия лечебной гимнастикой проводят в начале в щадящем режиме, затем щадяще-тренирующем. Продолжительность занятий 20-30 минут. Релаксация между упражнениями 5-7 сек. 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 проведении 6-минутной шаговой пробы перед началом и в конце теста оценивают частоту дыхания и пульс.

При отсутствии осложнений назначают дозированную ходьбу. Расстояние дистанции при дозированной ходьбе постепенно увеличивают на 500 метров при хорошей переносимости реципиента.

Выводы.

1. Более раннее начало реабилитационных мероприятий способствует ранней активизации пациентов
2. Более раннее начало реабилитационных мероприятий способствует нормализации деятельности сердечно-сосудистой системы, адаптации реципиента к возрастающей физической нагрузке
3. Более раннее начало реабилитационных мероприятий способствует улучшению функционального состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем, профилактика спаечного процесса, формирование эластичного рубца, восстановление правильной осанки, укрепление мышц плечевого пояса, туловища и конечностей, улучшение психоэмоционального статуса.

Список литературы:

1. Данович Габриэль М. Трансплантация почки / Габриэль М. Донович; пер. с англ.; под. ред. Я.Г. Мойсюка. – М. ГЭОТАР – Медиа, 2013. – 848 с.
Danovich Gabriel M. Transplantaciya pochki / Gabriel M. Donovich; per. s angl.; pod. red. Ya.G. Mojsyuka. – М. GEOTAR – Media, 2013. – 848 s.
2. Аляхнович Н.С. Хроническая почечная недостаточность. Гемодиализ. Трансплантация почки / Н.С. Аляхнович // Актуальные вопросы современной медицины и формации: матер. науч. - практ. конф. студентов и молодых ученых. – Витебск, 2007. - С. 451-452.
Alyahnovich N.S. Hronicheskaya pochechnaya nedostatochnost. Gemodializ. Transplantaciya pochki / N.S. Alyahnovich // Aktualnye voprosy sovremennoj mediciny i formacii: mater. nauch. - prakt. konf. studentov i molodyh uchenyh. – Vitebsk, 2007. - S. 451-452.

3. Хотиловская И.И. Трансплантация почки. Её социально-экономическая значимость / И.И. Хотиловская // Актуальные проблемы современной медицины: материалы 63-й междунар. науч. конф. студентов и молодых ученых. – Минск, 2009. – ч.:2. - С. 434-436.
- Hotilovskaya I.I. Transplantaciya pochki. Eyo socialno-ekonomicheskaya znachimost / I.I. Hotilovskaya // Aktualnye problemy sovremennoj mediciny: materialy 63-j mezhdunar. nauch. konf. studentov i molodyh uchenyh. – Minsk, 2009. – ch.:2. - S. 434-436.

УДК 617 + 617.3

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Потемкина С.В., Николаев В. Ф., Андриевская А. О., Смирнова Л.М.
ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России
Россия, Санкт-Петербург

REHABILITATION OF PATIENTS AFTER HIP JOINT REPLACEMENT

Potemkina S.V., Nikolaev V. F., Andrievskaya A. O., Smirnova L.M.
Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled n.a. G.A. Albrecht" of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation
Russia, St. Petersburg

Аннотация: Обследовано 63 больных после эндопротезирования тазобедренного сустава, проходившие медицинскую реабилитацию на хирургическом отделении клиники ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России. Программы реабилитации составлялись с учетом физического и соматического состояний больных, обусловленных сопутствующей патологией и перенесенной операцией. В перечень реабилитационных мероприятий входили: лечебная физкультура, массаж, физиотерапевтические процедуры, лечебный бассейн, использование технических средств реабилитации.

Abstract. The study included 63 patients after hip replacement undergoing medical rehabilitation at the surgical Department of the Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after. G.A. Albrecht, the Ministry of Labour of Russia. Rehabilitation programs were made taking into account the physical and somatic condition of patients due to concomitant pathology and surgery. The list of rehabilitation measures included: physical therapy, massage, physiotherapy, therapeutic pool, the use of technical means of rehabilitation. The effectiveness of medical rehabilitation of patients participating in the study was evaluated comprehensively based on the results of clinical examination. It has been practically confirmed that with the help of rehabilitation measures, it is possible to restore various labor and household skills (self-care, movement, etc.) in the patient, return to the still active lifestyle, prevention of complications, especially in gerontological practice.

Ключевые слова: реабилитация; эндопротезирование тазобедренного сустава

Key words. rehabilitation; hip joint replacement

Эффективность медицинской реабилитации пациентов, участвовавших в исследовании, оценивалась комплексно на основе результатов клинического обследования.

Практически подтверждено, что с помощью реабилитационных мероприятий возможно восстановление различных трудовых и бытовых навыков (самообслуживание, передвижение и др.) у пациента, возвращение к прежнему активному образу жизни, предупреждение осложнений, особенно в геронтологической практике.

Актуальность. По прогнозам ВОЗ количество заболеваний и повреждений тазобедренного сустава будет расти с увеличением продолжительности жизни и общим старением населения [1; 2]. При этом удельный вес заболеваний и повреждений тазобедренного сустава среди патологии опорно-двигательной системы увеличится на 80 % [1].

Эндопротезирование – один из основных высокотехнологичных методов лечения тяжелых форм дегенеративно-дистрофических заболеваний тазобедренного сустава, переломов шейки бедра и их последствий. Ежегодно в мире выполняется более 450 тыс. таких операций [3; 6].

Своевременно начатая комплексная восстановительная терапия позволяет закрепить результаты операции. Все реабилитационные мероприятия при эндопротезировании тазобедренного сустава подразделяют на 3 периода: предоперационный (1,5–2 недели до операции);

послеоперационный (от 1,5 мес. до 8–10 мес. после операции); резидуальный (от 11 мес. и более после операции) [4; 5].

Укрепление и сохранение жизненных функций, обеспечение высокого уровня физической работоспособности, качества жизни является одной из актуальных задач реабилитации больных, перенесших операцию эндопротезирования тазобедренного сустава.

Цели статьи: обратить внимание на необходимость своевременной комплексной реабилитации после эндопротезирования тазобедренного сустава и представить её результаты в условиях клиники ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России

Методы. Проведено обследование пациентов после эндопротезирования тазобедренного сустава, проходивших медицинскую реабилитацию на хирургическом отделении клиники ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России за период с января 2017 г. до июля 2018 г.

При выполнении обследования использовались клинические методы: фиксировались жалобы пациента, анамнез, изучался ортопедический статус и характер нарушения статодинамической функции.

Результаты.

За полтора года (в период 01.01.2017 – 30.06.2018) обследованы 63 пациента в возрасте от 38 до 82 лет, прошедших медицинскую реабилитацию после эндопротезирования тазобедренного сустава на хирургическом отделении клиники ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России.

Чаще обращались пациенты в возрасте 60 лет и старше. Женщин было больше, чем мужчин (рис. 1).

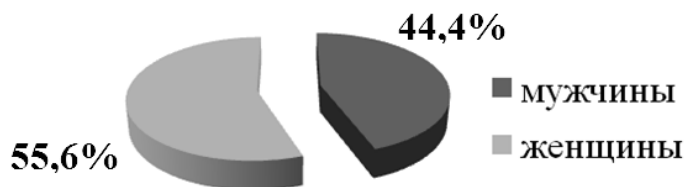


Рисунок 1 – Распределение по полу пациентов, прошедших реабилитацию после эндопротезирования тазобедренного сустава.

Код МКБ обследуемых соответствовал: M16.1, M16.5, M16.7, S72.0, T93.1. Среди обследуемых 18 человек имели III группу инвалидности; 12 чел. – II группу; 30 чел. инвалидности не имели и обращались с открытым листком нетрудоспособности; 3 чел. инвалидности не имели и в выдаче листка нетрудоспособности не нуждались.

На реабилитацию пациенты поступали в период с 30-го дня по 11 мес. после операции. Длительность пребывания в клинике составила в среднем 24 дня.

Программы реабилитации составлялись с учетом физического и соматического состояний больных, обусловленных сопутствующей патологией и перенесенной операцией. В перечень реабилитационных мероприятий входили следующие реабилитационные услуги: лазеротерапия № 8, фототерапия № 8, магнитотерапия № 10, лечебный душ № 10, массаж № 10, дарсонваль кожи № 7, групповые и индивидуальные занятия ЛФК по № 10, занятия на тренажерах № 10, роботизированная механотерапия № 16, пособие по восстановлению позостатических функций № 10, лечебный бассейн № 6, орторелаксация № 15.

По результатам проведенного курса медицинской реабилитации получена положительная динамика: улучшение скорости и темпа ходьбы (84 % обследованных); увеличение амплитуды движений в оперированном тазобедренном суставе (96 % обследованных); обучены новому двигательному стереотипу и переведены с ходьбы с костылями на ходьбу с тростью, т.е. с меньшей степенью переноса веса тела на средство дополнительной опоры (35 % обследованных); обучены и переведены с ходьбы с тростью на ходьбу без дополнительной опоры (12 % обследованных); возвращение к трудовой деятельности после длительного периода временной нетрудоспособности (в 25 % случаев) (рис. 2).



Рисунок 2 – Результаты реабилитации пациентов после эндопротезирования тазобедренного сустава.

В течение первых трех дней пребывания в клинике 43 пациентам была проведена медико-техническая комиссия и рекомендованы технические средства реабилитации (ТСР): ходунки, костыли, опорные трости, аппарат на тазобедренный сустав, корсет полужесткой фиксации. Данные виды ТСР использовались больными во время нахождения в клинике, что так же способствовало положительной динамике от проводимых реабилитационных мероприятий.

Выводы. Своевременное начало, преемственность на всех этапах реабилитации и длительное применение комплекса реабилитационных мероприятий позволит восстановить трудовые и бытовые навыки (самообслуживание, передвижение и др.), возвратиться к прежнему активному образу жизни, предупредить осложнения у пациентов после эндопротезирования тазобедренного сустава, особенно у лиц старшего возраста.

Список литературы:

1. Выступление генерального секретаря ООН Кофи Аннана на второй Всемирной Ассамблее по проблемам старения [Текст] / ООН в России, 2 (21) март–апрель 2002.
Vystuplenie generalnogo sekretarya OON Kofi Annana na vtoroj Vsemirnoj Assamblee po problemam stareniya [Tekst] / OON v Rossii, 2 (21) mart–aprel 2002.
2. Всемирный доклад о старении и здоровье. ВОЗ. 2015 г.: [Электронный ресурс], режим доступа: www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/ru/, – дата обращения: 18.07.2018
Vsemirnyj doklad o starenii i zdorove. VOZ. 2015 g.: [Elektronnyj resurs], rezhim dostupa: www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/ru/, – data obrasheniya: 18.07.2018
3. Загородний Н.В. Эндопротезирование тазобедренного сустава. Основы и практика: руководство. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2013. –704с.: ил.
Zagorodnij N.V. Endoprotezirovanie tazobedrennogo sustava. Osnovy i praktika: rukovodstvo. – M.: GEOTAR – Media, 2013. –704s.: il
4. Кинезотерапия в реабилитации пациентов после эндопротезирования тазобедренного сустава / Кочетков А.В., Кочунева О.Я. /Методическое пособие – Москва, 2013. – 44с.
Kinezoterapiya v rehabilitacii pacientov posle endoprotezirovaniya tazobedrennogo sustava / Kochetkov A.V., Kochuneva O.Ya. /Metodicheskoe posobie – Moskva, 2013. – 44s.
5. Кораблева Н. Н. Комплексная реабилитация пациентов с остеоартрозом крупных суставов [Электронный ресурс], режим доступа: www.lvrach.ru/2016/04/15436442/ – дата обращения: 18.07.2018
Korableva N. N. Kompleksnaya reabilitaciya pacientov s osteoartrozom krupnyh sustavov [Elektronnyj resurs], rezhim dostupa: www.lvrach.ru/2016/04/15436442/ – data obrasheniya: 18.07.2018

6. Травматология. Национальное руководство [Электронный ресурс] / под ред. Г.П. Котельникова, С.П. Миронова – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2017.
Travmatologiya. Nacionalnoe rukovodstvo [Elektronnyj resurs] / pod red. G.P. Kotelnikova, S.P. Mironova – М.: GEOTAR – Media, 2017.

УДК 316.356.2

ИЗУЧЕНИЕ ОТНОШЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ К РЕГУЛЯРНЫМ ЗАНЯТИЯМ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ И СПОРТОМ

Курникова М. В.

ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет им.
Н.И. Лобачевского»

Россия, Нижний Новгород

STUDYING THE CHILDREN WITH DISABILITIES PARENTS ATTITUDE TO REGULAR ACTIVITIES IN ADAPTIVE PHYSICAL CULTURE AND SPORTS

Kurnikova M.V.

National Research Lobachevsky State University of Nizhny Novgorod

Russia, Nizhny Novgorod

Аннотация: В статье анализируются результаты анкетирования родителей детей-инвалидов города Нижнего Новгорода. Сделаны выводы о положительном отношении семей, воспитывающих ребенка-инвалида, к систематическим занятиям адаптивной физической культурой, спортом и взаимодействию со специалистами.

Abstract. The article analyzes the parents of children with disabilities questioning result in the city of Nizhny Novgorod. Conclusions about the families raising a disabled child positive attitude to systematic employment in adaptive physical culture, sports and interaction with specialists are made.

Ключевые слова: семья с ребенком-инвалидом, социальная политика, физическая активность, адаптивная физическая культура.

Key words. family with a disabled child, social policy, physical activity, adaptive physical culture.

Актуальность. Внедрение физической культуры и регулярной физической активности в быт детей и подростков с инвалидностью, превращение их в привычку и жизненную необходимость, часть активного отдыха и культурного досуга, является одной из основных задач реализации принципов доступности и массовости социальной политики государства в сфере поддержки семей, воспитывающих ребенка-инвалида [3]. Регулярная физическая активность для ребенка с особенностями развития является необходимым и обязательным средством абилитации, профилактикой осложнений основного заболевания. Тренировки в физкультурно-спортивном учреждении – мощный фактор социализации детей и подростков с инвалидностью, они чувствуют себя равноправными членами общества, «как все» занимаются спортом [2].

Задача социума - стимулировать ребенка-инвалида поддерживать общую физическую активность на максимально возможном для него уровне, а так же создавать условия, в которых он мог бы самостоятельно накапливать двигательный опыт, задействуя силу, выносливость, другие физические качества и заниматься различными видами спорта. В Российской Федерации разработана правовая база для организации адаптивной физкультурно-спортивной деятельности, нормативные показатели приема (зачисления) в спортивные секции, нормативы по наполняемости учебных групп и распределения, утверждены типовые программы для секций адаптивного спорта [1]. Современные города имеют необходимую материально-техническую базу для создания отделений и групп для детей-инвалидов на базе муниципальных физкультурно-спортивных учреждений (детско-юношеских спортивных школ, дворцов спорта, учреждений дополнительного образования), расположенных в каждом районе городе и находящихся в «шаговой» доступности для проживающих в этом районе инвалидов. Организация и обеспечение безопасности занятий требует повышенной ответственности со стороны администрации и координации усилий всех служб и отделов, так как муниципальные физкультурно-спортивные учреждения имеют свой регламент работы, внутренний распорядок, требования к правилам посещения, рассчитанные, как правило, на здоровый контингент [4].

При этом инициатором и активным организатором вовлечения в регулярную двигательную активность ребенка с нарушениями развития в необходимом объеме может быть только семья. Семья является одним из основных агентов социализации детей. Возможность посещения и регулярность физкультурных занятий напрямую зависит от желания родителей.

Цель данного исследования - оценка готовности родителей ребенка-инвалида к регулярным занятиям адаптивной физической культурой и спортом.

Методы и организация исследования. Исследование проводилось при содействии Департамента по спорту и молодежной политике города Нижнего Новгорода. В анкетировании приняли участие родители детей-инвалидов, $n = 624$, проживающие в Сормовском, Канавинском, Ленинском, Автозаводском, Нижегородском и Приокском районах города Нижнего Новгорода, из них: родители девочек ($n = 267$), родители мальчиков ($n=357$). Средний возраст детей $11,1 \pm 6,7$ лет.

Результаты и их обсуждение. Наибольшую часть опрошенных составили родители детей с нарушением интеллекта и с соматическими заболеваниями (35,4% и 29,2% соответственно). Указали поражение опорно-двигательного аппарата (детский церебральный паралич, ампутация конечностей, травма спинного мозга) как основную причину инвалидности ребенка 15,1% родителей.

Наименьшую часть опрошенных составили родители детей с поражением органов зрения и слуха (6,4% и 3,2% соответственно). Не указали нозологическую группу инвалидности своего ребенка 67 человек, что составило 10,7%. Таким образом, основной массив исследуемой группы составили родители детей с нарушением интеллекта, с соматическими заболеваниями и с заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

Для выбора вида спорта лимитирующим фактором является степень нарушения функции передвижения у ребенка. В наш опрос была включена Functional Ambulation Classification, категории 1-5 [5]. По способности детей к самостоятельному передвижению исследуемая группа распределилась следующим образом:

категория 1. Не способен самостоятельно передвигаться, перевозится в кресле, требуется постоянная помощь для передвижения - 2,6%;

категория 2. Нуждается в физической помощи для передвижения по ровной поверхности для предотвращения падения, помощь состоит в лёгкой постоянной или периодической поддержке для баланса и координации - 2,1%;

категория 3. Способен передвигаться по ровной поверхности без физической помощи, но в целях безопасности нуждается в страховке - 6,1%;

категория 4. Независимое передвижение только по ровной поверхности - 7,7%;

категория 5. Независимое передвижение как по ровной поверхности, так и по ступенькам, откосам, перешагивании препятствий - 72,1%.

Не указали степень нарушения функции передвижения - 9,4%.

Как следует из приведенных выше данных, две трети детей-инвалидов опрошенных семей не имеют ограничений функции передвижения. В помощи при передвижении различной степени участия нуждаются 18,5% детей.

На вопрос «Занимается ли Ваш ребенок физической культурой, спортом (каким и где)?» ответы родителей распределились следующим образом: посещает уроки физкультуры в образовательной организации - 39,7%; тренируется в спортивной секции - 17,2%; делает гимнастику дома - 12,7%; занимается лечебной гимнастикой в реабилитационном центре - 12,2%; самостоятельно делает упражнения на уличной спортивной площадке - 0,5%. Следует отметить, что наибольшее количество детей вовлечены в физическую активность посредством уроков физкультуры в школах и тренировок в организованных группах при спортивных учреждениях (56,9%). Меньшее количество детей (25,4%), занимаются при активном участии родителей, так как упражнения дома, на уличной спортивной площадке, посещение реабилитационного центра подразумевает совместное времяпрепровождение ребенка и взрослого члена семьи и требует дополнительных временных и эмоциональных ресурсов от родителей. Совсем не занимаются ни какими видами физической активности 17,8% детей с инвалидностью.

При этом 86,2% родителей хотят, чтобы их ребенок занимался физической культурой, и 70,5% готовы сопровождать ребенка на систематические тренировки в муниципальные физкультурно-спортивные учреждения города для занятий спортом в группах для детей с особенностями развития. Категорически против физических нагрузок для ребенка-инвалида – 12,3% семей. Не готовы тратить время на сопровождение своих детей на тренировки 27,2% родителей по причине отсутствия свободного времени и плотного рабочего графика. При этом следует отметить, что только 4 семьи

считают, что физкультурные занятия для ребенка с инвалидностью зависят не от желания родителей, а от разрешения врача.

Присутствовать на тренировках, нести совместную ответственность вместе с тренером за безопасность и здоровье ребенка готовы 73,1% опрошенных, отказались от такой нагрузки 25,4% родителей.

При выборе вида спорта своему ребенку наиболее востребованным оказалось плавание - 62,5%, на втором месте - игровые виды (футбол, волейбол, баскетбол, настольный теннис, бадминтон) – 36,2%. Далее по убыванию популярности - шахматы, шашки (10,4%), гимнастика, спортивные танцы, фигурное катание (5,3%), конный спорт (4,1%). Остальные опрошенные единично выбирали легкую атлетику, боевые искусства, велоспорт. Затруднились выбрать вид спорта 10,9% семей. Оптимальная частота тренировок по мнению родителей составляет 2-3 раза в неделю (73,2%).

Большинство родителей (68,1%) положительно относятся к участию в спортивных соревнованиях детей с отклонениями в состоянии здоровья. Против высказались 26,1% семей, т.к. считают, что соревнования несут в себе опасность для здоровья и вредную стрессовую нагрузку.

Выводы. Большинство семей с ребенком-инвалидом, проживающих в городе Нижнем Новгороде, положительно относятся к расширению спектра регулярной физической активности своих детей. Родители, воспитывающие ребенка-инвалида, готовы к сопровождению и участию в тренировочном процессе в избранном виде адаптивного спорта на базе муниципальных учреждений и сотрудничеству со специалистами в этом направлении.

Список литературы.

1. Абусева Г.Р. Физическая и реабилитационная медицина: нормативное правовое регулирование Г.Р. Абусева, М.Д. Дидур [и др.] – Санкт-Петербург, 2018. – 168 с.

Abuseva G.R. Fizicheskaya i reabilitacionnaya medicina: normativnoe pravovoe regulirovanie G.R. Abuseva, M.D. Didur [i dr.] – Sankt-Peterburg, 2018. – 168 s.

2. Винник Джозеф П. Адаптивное физическое воспитание и спорт / под ред. Джозефа П. Винника; пер. с англ. И. Андреев. – К.: Олимп. лит., 2010. - 608 с.

Vinnik Dzhozef P. Adaptivnoe fizicheskoe vospitanie i sport / pod red. Dzhozefa P. Vinnika; per. s angl. I. Andreev. – K.: Olimp. lit., 2010. - 608 s.

3. Колобков П. А. О создании условий для занятий физической культурой и спортом для лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов / П.А. Колобков, С.П. Евсеев [и др.] // Адаптивная физическая культура. – 2014. - № 4 (60) – С. 2 – 8.

Kolobkov P. A. O sozdanii uslovij dlya zanyatij fizicheskoy kulturoj i sportom dlya lic s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorovya i invalidov / P.A. Kolobkov, S.P. Evseev [i dr.] // Adaptivnaya fizicheskaya kultura. – 2014. - № 4 (60) – S. 2 – 8.

4. Курникова М.В. Практический опыт организации работы группы по плаванию для детей и подростков с инвалидностью (на базе муниципального физкультурно-спортивного учреждения) / М.В. Курникова, Н.И. Гольшев, Н.А. Лабутина // Адаптивная физическая культура. - №1(65), 2016. – с. 46-47.

Kurnikova M.V. Prakticheskij opyt organizacii raboty gruppy po plavaniyu dlya detej i podrostkov s invalidnostyu (na baze municipalnogo fizkulturno-sportivnogo uchrezhdeniya) / M.V. Kurnikova, N.I. Golyshhev, N.A. Labutina // Adaptivnaya fizicheskaya kultura. - №1(65), 2016. – s. 46-47.

5. Holden, M. K. Clinical gait assessment in the neurologically impaired. Reliability and meaningfulness / M. K. Holden, K.M. Gill et al. // Phys. Ther. 64(1). - 1984. - P. 35-40.

УДК 616-021.3: 616.711-007.55]–036.82.865.

ПОИСК ОПТИМАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ЭКСПЕРТНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОМ СКОЛИОЗЕ

Осипов Ю.В.

ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации»
Республика Беларусь, Городище

THE SEARCH FOR THE OPTIMAL SYSTEM OF EXPERT-REHABILITATION DIAGNOSTICS OF IDIOPATHIC SCOLIOSIS

Osipov Y.V.

State Institution «National Science and Practice Centre of Medical Assessment and Rehabilitation»
Republic of Belarus, Gorodische

Аннотация: Обследовано 60 пациентов с идиопатическим сколиозом. Экспертно-реабилитационная диагностика ограничений жизнедеятельности у пациентов с идиопатическим сколиозом проведена с позиции Международной классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. Полученные при исследовании данные, характеризуют разработанный метод, как более эффективный при проведении диагностики нарушений функций и ограничений жизнедеятельности у пациентов с идиопатическим сколиозом.

Abstract. 60 patients with idiopathic scoliosis were examined, and the more advanced methodology for monitoring the health indicators of such patients were developed, based on the International Classification of Functioning, Disability and Health. The results of the study have shown that the developed methodology can be successfully used for diagnostic functional disorders and disability of such patients.

Ключевые слова: идиопатический сколиоз, экспертно-реабилитационная диагностика, Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья.

Key words. idiopathic scoliosis, medical rehabilitation, International Classification of Functioning, Disability and Health.

Актуальность проблемы. Идиопатический сколиоз (далее - ИС) – термин введен в практику американским исследователем Олджернон Уитман в 1922 г. и дословно означает «болезнь сама по себе» – является сложной деформацией позвоночника, которая кроме изменения положения и ориентации во фронтальной, сагиттальной и горизонтальной плоскостях, включает также трехмерные структуральные изменения позвонков. Изменение формы позвоночника и грудной клетки лишь демонстративное проявление сколиоза, а следствием его является глубокое нарушение функций основных органов и систем организма, часто приводящее к ранней инвалидизации больных [1].

Проведенный анализ первичной инвалидности (далее – ПИ) при сколиозе в Республике Беларусь за период 2006-2015 гг. определил, что за указанную декаду лет всего впервые признано инвалидами (далее – ВПИ) по последствиям заболеваний данной группы 1305 пациентов, среднее значение ПИ составило $0,07 \pm 0,018$ на 10 тыс. населения, что определяет социальную значимость проблемы. В нозологической структуре ПИ при сколиозе преобладал идиопатический сколиоз – 81,6%. Основной контингент ВПИ при сколиозе составили пациенты возрасте до 18 лет, уровень ПИ в среднем в данной подгруппе был $0,41 \pm 0,08$ на 10 тыс. населения, что в 4,5 раза выше, чем среди взрослого населения – $0,09 \pm 0,08$ на 10 тыс. населения. Среди ВПИ лиц женского пола значительно больше – 76,3%, лица мужского пола составили 23,7%.

Очевидно, что диагностика проявлений сколиоза, ограничивающих жизнедеятельность, требует уточненной детализации всех его последствий, что характеризует разработку оптимальной системы экспертно-реабилитационной диагностики (далее – ЭРД), как актуальное исследование, направленное на решение данной многоплановой медико-социальной проблемы.

Цель исследования: Разработать систему ЭРД при ИС, позволяющую описывать здоровье пациента в расширенном медико-биологическом аспекте.

Материалы и методы. Обследовано 60 пациентов со сколиозом на базе консультативно-поликлинического отделения Государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации» (ГУ «РНПЦ МЭиР») и Минской областной медико-реабилитационной экспертной комиссии. Средний возраст пациентов составил $28,4 \pm 13,5$ лет. Гендерное распределение свидетельствовало о преобладании сколиоза у лиц женского пола: количество лиц женского пола составило 43 (71,7%), лиц мужского пола – 17 (28,3%) человек.

Методы исследования включали: изучение анкетных данных, медицинской документации (медицинские стационарная и амбулаторная карты, карта пациента медико-реабилитационной экспертной комиссии), сбор жалоб и анамнеза, оценку ортопедического и неврологического статуса, анализ данных лабораторных исследований, спондилографии, функции внешнего дыхания, оценку ограничений категорий жизнедеятельности.

Результаты и их обсуждение. Наиболее встречаемым среди обследованного контингента при анализе нозологической структуры сколиоза по кодам Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее – МКБ-10) являлся юношеский ИС (M41.1) – 31 (51,7%) случаев. Далее по частоте встречаемости следовали другие ИС (M41.2) – 11 (18,3%) случаев. Инфантильный ИС (M41.0) и сколиоз неуточненный (M41.9) были выявлены в равной частоте – по 4 (6,7 %) случая. Врожденная деформация позвоночника (Q67.5) составила 3 (5,1%) случая, заболевания и другие формы сколиоза (M41.8) – 2 (3,3%) случая. Врожденный сколиоз, вызванный пороком развития кости (Q76.3) – один случай (1,7%) (рисунок 1).

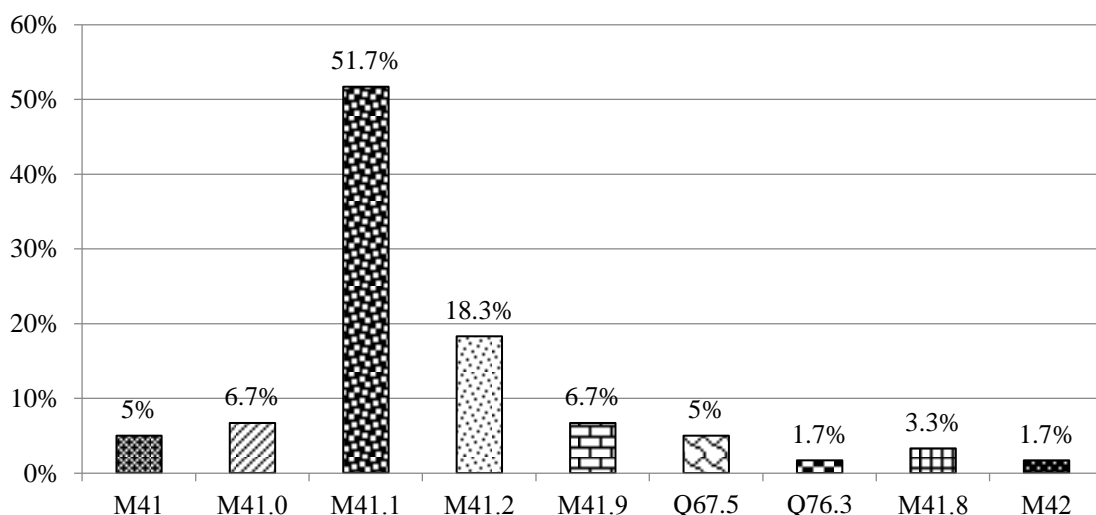


Рисунок 1. – Нозологические формы сколиоза по МКБ-10, выявленные среди обследованных пациентов

По локализации основной дуги деформации позвоночника чаще встречались поражения груднопоясничного отдела – 30 (50%) случаев, деформации грудного отдела наблюдались в 26 (43,3%) случаях. Наименьшая доля расположения наибольшей по значению дуги деформации позвоночника отмечалась в поясничном отделе – 4 (6,7%) случая (рисунок 2).

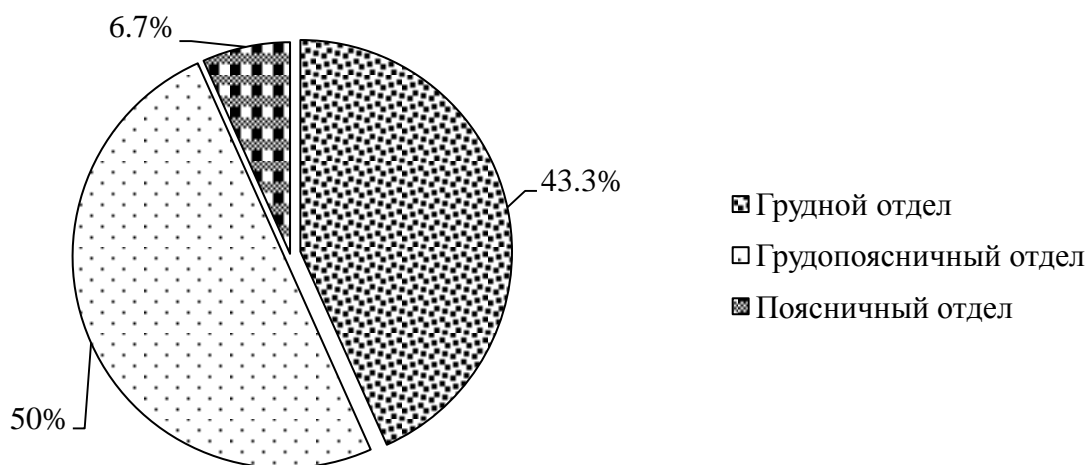


Рисунок 2 – Локализация основной дуги деформации при сколиозе среди обследованного контингента пациентов

Превалирующей степенью сколиотической деформации была наиболее тяжелая IV – 40 (68,0%) случая. Среднее значение основной дуги деформации при IV степени составило $72,2 \pm 19,4$ градуса по Коббу. Менее часто выявлялась III степень сколиотической деформации – 13 (21,6%) случаев, среднее значение основной дуги деформации – $32,8 \pm 7,1$ градуса. Реже встречалась II степень сколиотической деформации – 4 (6,8%) случая, среднее значение основной дуги деформации при второй степени – $18,3 \pm 6,7$ градуса (таблица 1). Сколиотическая осанка с деформацией до 5 градусов определена в 2 случаях.

Таблица 1 – Степень сколиотической деформации и среднее значение основной дуги деформации среди обследованного контингента пациентов

Степень сколиотической деформации	Количество пациентов		Среднее значение основной дуги деформации (по Коббу, градусы)
	Абс.	%	
Первая степень	1	1,7	–
Вторая степень	4	6,8	18,3±6,7
Третья степень	13	21,6	32,8±7,1
Четвертая степень	40	68,0	72,2±19,4

ЭРД ограничений жизнедеятельности (далее – ОЖ) у пациентов с ИС проведена с позиции, действующей на сегодняшний день в Республике Беларусь Международной классификации нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности (далее – МКН). Установлено, что практически у 96,7% пациентов имелись ОЖ различной степени выраженности. Однако детализация ОЖ с позиции МКН недостаточно полно отражает, как клинико-функциональное состояние последствий ИС, так и состояние функционирования лиц с особенностями физического развития – отсутствует полная детализация ОЖ и отражение возможностей их компенсации в окружающей среде (таблица 2).

Таблица 2 – Ограничения жизнедеятельности у обследованного контингента пациентов с ИС с позиции МКН

Категории ограничения жизнедеятельности	ФК0 нет нарушений		ФК1 Незначительные нарушения		ФК2 Умеренные нарушения		ФК3 Выраженные нарушения		Всего:	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Передвижение	4	6,7	22	36,7	28	46,7	6	10,2	60	100
Самообслуживание	2	3,3	24	40	28	46,7	6	10,2	60	100

В настоящее время остро стоит вопрос применения новых эффективных способов комплексной ЭРД у пациентов с ИС. При ИС реабилитационные мероприятия должны иметь патогенетическую экстраполяцию и одновременно основываться на комплексе медицинских и социальных критериев. Достижение поставленной цели возможно при решении задачи создания условий для объективизации оценок ОЖ пациентов с ИС путем разработки новых критериев ЭРД с учетом положений Международной классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (далее – МКФ), позволяющие определить потребности инвалидов в различных видах социальной защиты [2].

Для проведения ЭРД при ИС разработан перечень МКФ – кодов категорий доменов для описания функционирования пациента с ИС:

b-функции организма – b280, b410, b440, b7101, b7151, b7303;

s-структуры организма – s120, s4302, s7600;

d-мобильность – d410, d415, d450, d465, d470;

d-самообслуживание – d510, d520, d530, d540;

d-бытовая жизнь – d620, d630, d640;

d-главные сферы жизни – d825, d8451, d8452, d8502;

e-факторы окружающей среды (физическая и социальная среда) – e115, e120, e575 (таблица 3).

Таблица 3 – Набор МКФ-кодов категорий доменов при ИС

Код домена		Наименование категории домена
s	120	Спинальный мозг и относящиеся к нему структуры
s	4302	Грудная клетка
s	7600	Структура позвоночника
b	280	Ощущение боли
b	410	Функции сердца
b	440	Функции дыхания
b	7101	Подвижность нескольких суставов (подвижность позвоночника)
b	7151	Стабильность нескольких суставов (стабильность позвоночника)
b	7303	Сила мышц нижней половины тела
d	410	Изменение позы тела
d	415	Поддержания положения тела
d	450	Ходьба (одна нога постоянно касается поверхности)
d	465	Передвижение с использованием технических средств реабилитации
d	470	Использование пассажирского транспорта
d	d510	Мытье
d	d520	Уход за частями тела
d	d530	Физиологические отправления
d	d540	Одевание
d	d620	Приобретение товаров и услуг
d	d630	Приготовление пищи
d	d640	Выполнение работы по дому
d	825	Профессиональное обучение
d	8451	Выполнение трудовых обязанностей
d	8452	Получение работы
d	8502	Полная трудовая занятость
e	115	Изделия и технологии для личного повседневного пользования
e	120	Изделия и технологии персонального передвижения и перевозки
e	575	Службы, административные системы и политика социальной поддержки

Степень выраженности нарушений и ограничений в доменах МКФ – b-функции организма, s-структуры организма, d-активность и участие, указывалась с помощью определителя категорий доменов (далее – ОКД) вводимого в информационную панель, после точки, следующей за кодом категории домена: 0 – нет нарушений; 1 – легкие нарушения (5-24%); 2 – умеренные нарушения (25-49%); 3 – выраженные (50-95%); 4 – абсолютные нарушения (96-100%).

Для определения значений ОКД проводили обследование пациента с ИС на предмет нарушений функций и структур организма, ограничений активности и участия методами клинического обследования. Объем обследования при проведении ЭРД пациентам с ИС включал основную и дополнительный объемы консультаций специалистов, методов клиничко-лабораторной и инструментальной диагностики.

Основной объем обследования: консультации врачей-специалистов – терапевта, хирурга, невролога, травматолога-ортопеда; рентгенография позвоночника в 2 проекциях (прямая и боковая) в положении стоя; спирография; электрокардиография; ЭХО-кардиография; общий анализ крови, биохимический анализ крови на сиаловые кислоты, белок и фракции, С-реактивный белок, общий анализ мочи.

Дополнительный объем диагностики: консультация пульмонолога при ДН I-II ст. и выше; консультация кардиолога при наличии изменений на электрокардиограмме и показателей ЭХО-кардиографии; консультация в Государственном учреждении «Республиканский научно-практический центр травматологии и ортопедии» при быстро прогрессирующем развитии

деформации позвоночника (более 10 градусов за год) для уточнения клинического диагноза, дальнейшей тактики лечения и необходимости проведения оперативного лечения; рентгенография грудной клетки при ИС 2 степени и более; магнитно-резонансная томография позвоночника для уточнения состояния анатомии позвоночного канала, структуры межпозвоночных дисков и структур спинного мозга при наличии стойкого болевого синдрома, неврологической симптоматики; электронейромиография при наличии неврологической симптоматики в виде сенсорных и двигательных нарушений.

Проведение указанного объема ЭРД позволяет сформировать при ИС клиничко-функциональный диагноз с указанием: кода заболевания по МКБ-10, вида и анатомического типа сколиотической деформации, ее степени тяжести и компенсированности, проведенных методов корсетной коррекции и оперативного лечения, характера течения сколиотической деформации в динамике, степени НФ подвижности позвоночника, СДФ, ОЖ, проведенных методом оценки ОКД МКФ.

Оценка контекста облегчающих факторов окружающей среды, включающих технические средства реабилитации, проводилась с учетом особенностей их применения при ИС:

корсет для грудного и поясничного отделов позвоночника при значении ОКД активности 3 имеет значение облегчающего фактора +1 при отсутствии показаний к операции, а так же в послеоперационном периоде;

имплантированная металлоконструкция типа CDI (Cotrel – Dubousset) при значении ОКД активности 3 имеет значение легкого облегчающего фактора +1, при значении ОКД активности 4 – имеет значение умеренного облегчающего фактора +2, при отсутствии признаков нестабильности элементов импланта.

При проведении ЭРД пациентам с ИС вынесение экспертного решения проводилось по значениям ОКД участия в доменах мобильность, самообслуживание, бытовая жизнь, главные сферы жизни, с учетом влияния барьеров и облегчающих факторов окружающей среды. Случаи не установления группы инвалидности составили 3 (5,1%) случаев.

Доминирующая при сколиозе среди обследованного контингента – 49 (81,6%) случаев – умеренная социальная недостаточность, требующая социальной защиты или помощи вследствие расстройства здоровья вызванных ИС и являющаяся основанием для определения 3-й группы инвалидности, возникала у пациентов со стойкими умеренными или выраженными нарушениями структур и функций организма, приводящими к стойкому умеренному ограничению одной из следующих категорий доменов жизнедеятельности или их сочетанию:

s120.2-3, s7600.2-3, s4302.2-3, приводящие к стойкому умеренному или выраженному нарушению функций b280. 2-3, b7101. 2-3, b7303. 2-3, вызывающих социальную недостаточность вследствие умеренного ограничения категории (значение ОКД=2) реализации активности и участия, не компенсируемых применением облегчающих факторов окружающей среды, или вследствие выраженного ограничения категории (значение ОКД=3 при ограничении $\leq 75\%$) реализации активности и участия, компенсируемых применением облегчающих факторов окружающей среды до умеренных ограничений (значение ОКД=2): d410.2-3 ($\leq 75\%$), d415.2-3 ($\leq 75\%$), d450.2-3 ($\leq 75\%$), d465.2, d470.2-3 ($\leq 75\%$), d510.2-3 ($\leq 75\%$), d520.2-3 ($\leq 75\%$), d530.2-3($\leq 75\%$), d540.2-3($\leq 75\%$), d620.2-3($\leq 75\%$), d630.2-3($\leq 75\%$), d640.2-3($\leq 75\%$), d825.2-3($\leq 75\%$) d8451.2-3($\leq 75\%$), d8452.2-3($\leq 75\%$), d8502.2-3($\leq 75\%$), реабилитационный потенциал (далее – РП) средний, реабилитационный прогноз (далее – РПП) относительно неблагоприятный.

Выраженная социальная недостаточность, составившая среди обследованного контингента – 7 (11,6%) случаев, требующая социальной защиты или помощи и являющаяся критерием для определения 2-й группы инвалидности при ИС, возникала вследствие нарушения здоровья со стойкими выраженными или резко выраженными нарушениями структур, и функций организма, приводящими к стойкому выраженному ограничению одной из категорий доменов активности и участия или их сочетанию:

s120.3-4, s7600.3-4, s4302.3-4, приводящие резко-выраженным нарушениям функций, или комбинации выраженных нарушений функций с невозможностью компенсаторного замещения b280.3-4, b7101.3-4, b7303.3-4, приводящие к социальной недостаточности вследствие выраженного ограничения реализации активности и участия (ОКД=3 не более 75%), не компенсируемых применением облегчающих факторов окружающей среды: d410.3 ($\leq 75\%$), d415.3($\leq 75\%$), d450.3($\leq 75\%$), d465.3($\leq 75\%$), d470.3($\leq 75\%$), d510.3($\leq 75\%$), d520.3($\leq 75\%$), d530.3($\leq 75\%$), d540.3($\leq 75\%$), d620.3($\leq 75\%$), d630.3($\leq 75\%$), d640.3($\leq 75\%$), d8451.3-4($>75\%$), d8452.3-4($>75\%$), РП низкий, РПП сомнительный.

Резко-выраженная социальная недостаточность – 1 (1,7%) случай. Резко-выраженная социальная недостаточность требует назначения постороннего ухода и помощи и является критерием для определения I группы инвалидности при ИС. К данной группе могут быть отнесены последствия

стойкого нарушения здоровья вследствие ИС со стойким выраженным или резко выраженными нарушениями структур и функций организма, приводящими к резко выраженному ограничению одной из категорий жизнедеятельности активности и участия или их сочетанию:

s120.3-4, s7600.3-4, s4302.3-4, приводящие к резко выраженному нарушению функции или выраженным множественным нарушениям функций b280.4, b7101.4, b7303.3-4, вызывающие социальную недостаточность вследствие выраженного (ОКД=3 более 75%) или резко выраженного ограничения реализации активности и участия (ОКД=4) не компенсируемых применением облегчающих факторов окружающей среды: d410.3-4(>75%), d415. 3-4(>75%), d450. 3-4(>75%), d465.3-4(>75%), d470.3-4(>75%), d510.3-4(>75%), d520.3-4(>75%), d530.3-4(>75%), d540.3-4(>75%), d620.3-4(>75%), d630.3-4(>75%), d3-4(>75%), имеющие крайне низкий на ближайшие 12 месяцев РП и абсолютно неблагоприятный РПР.

Выводы. Одним из направлений повышения качества экспертно-реабилитационной диагностики при идиопатическом сколиозе на современном этапе является применение предложенной Всемирной организацией здравоохранения Международной классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья

Проведенная разработка системы экспертно-реабилитационной диагностики с позиции МКФ, позволяет детализировано клинко-функционально и в аспекте ограничений жизнедеятельности описывать здоровье пациента с идиопатическим сколиозом.

Список литературы:

1. Дудин, М. Г. Идиопатический сколиоз. Диагностика, патогенез / М.Г. Дудин, Д.Ю. Пинчук – СПб.: Человек, 2009.– 335 с.
Dudin, M. G. Idiopaticheskij skolioz. Diagnostika, patogenez / M.G. Dudin, D.Yu. Pinchuk – Spb.: Chelovek, 2009.– 335 s.
2. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья – Женева: ВОЗ/ Санкт-Петербург.-2003.- 342С.
Mezhdunarodnaya klassifikaciya funkcionirovaniya, ogranichenij zhiznedeyatel'nosti i zdorov'ya – Zheneva: VOZ/ Sankt-Peterburg.-2003.- 342S.

УДК 376.37

ПРИМЕНЕНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ГИМНАСТИКИ В ПРОЦЕССЕ АДАПТИВНОГО ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

Заходякина К. Ю.

ЧОУВО "Институт специальной педагогики и психологии.

Россия, Санкт-Петербург

THE USE OF RESPIRATORY GYMNASTICS IN THE PROCESS OF ADAPTIVE PHYSICAL EDUCATION OF CHILDREN WITH SEVERE SPEECH DISORDERS

Zakhodyakina K. Y.

"Institute of special education and special psychology

Russia St.Petersburg

Аннотация: Включение комплекса дыхательной гимнастики в программу адаптивного физического воспитания младших школьников с общим недоразвитием речи явилось эффективным средством коррекции нарушений со стороны дыхательной функции.

Abstract. The inclusion of a complex of respiratory gymnastics in the program of adaptive physical education of primary school children with a common speech underdevelopment was an effective means of correcting violations by respiratory function.

Ключевые слова: адаптивное физическое воспитание, дыхательная гимнастика, дети с общим недоразвитием речи.

Key words. adaptive physical education, respiratory gymnastics, children with a common speech underdevelopment.

Актуальность и цель.

Тяжёлые нарушения речи (ТНР) относятся к одной из самых распространенных категорий отклоняющегося развития. Речевые дисфункции у детей данной нозологической группы сочетаются с нарушениями со стороны физической, психической и эмоциональной сфер и сопровождаются нарушениями в работе таких жизненно важных систем организма, как дыхательная, сердечно-

сосудистая, нервная, костно-мышечная системы (Шипицына Л.М., 1993; Литош Н.Л., 2002; Якубович М.А. и др., 2006). В частности нарушения со стороны дыхательной функции проявляются различными отклонениями в состоянии функции внешнего дыхания (ФВД) и хроническими заболеваниями органов дыхания.

В процессе коррекционно-развивающей работы с детьми с ТНР на логопедических занятиях предметом особого внимания является работа над дыханием как составной частью звукопроизношения. Во время занятий по адаптивному физическому воспитанию (АФВ) также решаются задачи по укреплению дыхательной системы. Не вызывает сомнения, что объединение усилий обоих специалистов в рамках комплексного подхода в коррекционной работе позитивно отразится на решении общей задачи по развитию дыхательной функции. В частности целесообразно совместно разрабатывать и внедрять в учебно-воспитательный процесс комплексы дыхательной гимнастики, направленные на обучение диафрагмальному дыханию, совершенствованию продолжительного и плавного выдоха, укреплению мышц, обеспечивающих акт вдоха/выдоха и активизации речи. Таким образом, целью исследования явилось обоснование применения разработанного комплекса дыхательной гимнастики на занятиях по АФВ младших школьников с ТНР.

Методы. В качестве методик исследования дыхательной системы были использованы: спирометрия с вычислением ЖЕЛ; пневмотахометрия с вычислением индекса Тиффно (объема форсированного выдоха за первую секунду дыхательного манёвра); пробы с задержкой дыхания на вдохе (Штанге) и выдохе (Генча). В качестве вспомогательных методов были использованы измерения окружности грудной клетки (ОКГ) на вдохе и выдохе.

Результаты. В педагогическом эксперименте приняли участие 44 школьника в возрасте от 7 до 9 лет. Основной диагноз детей – общее недоразвитие речи (ОНР) (III-IV уровень речевого развития). Основную группу составили 9 девочек и 14 мальчиков, в контрольную группу вошли 6 девочек и 15 мальчиков. Различий по возрасту в основной и контрольной группах не было.

В течение учебного года в уроки по АФВ детей основной группы включались упражнения из разработанного совместно с логопедом комплекса дыхательной гимнастики. Дети контрольной группы занимались по традиционной программе АФВ, принятой в данной школе.

Разработанный комплекс дыхательной гимнастики включает пять блоков упражнений коррекционно - развивающей направленности: обучение координированному носовому и ротовому дыханию; обучение диафрагмальному дыханию; обучение активному выдоху; совершенствование продолжительности и плавности выдоха; дыхательные упражнения в сочетании со звуковой гимнастикой, которые способствуют регуляции темпа и ритма, силы голоса, амплитуды и выразительности речевой деятельности, совершенствованию голосового аппарата.

Позитивное влияние проведенной коррекционно-развивающей работы на развитие дыхательной системы обследованных детей с ОНР было подтверждено при анализе результатов функциональных проб респираторными нагрузками (табл.1).

Таблица 1

Динамика показателей функциональных проб у детей опытной (n=23) и контрольной (n=21) групп в процессе наблюдения (M±m)

Показатель, ед. измерения	Этап обследования группа					
	1-й этап (исходное состояние)		2-й этап (промежуточный контроль)		3-й этап (после эксперимента)	
	Опытная	Контр.	Опытная	Контр.	Опытная	Контр.
Проба Штанге, с	21,4±1,7	19,1±1,8	23,7±1,8	20,8±2,0	28,8±1,7**	23,9±2,3*+
Проба Генча, с	11,9±0,9	0,30±1,5	13,2±0,9	0,31±0,02	16,3±1,0**	11,9±0,9*++

Примечание. Достоверность различий: по сравнению с исходным состоянием: * - p<0,05, ** - p<0,01; между группами детей - + - p<0,05, ++ - p<0,01.

Анализ исходных данных младших школьников с ОНР, позволил заключить, что для большинства детей обеих групп характерными оказались пониженные значения рассматриваемых показателей по сравнению с возрастной нормой. При этом межгрупповых различий перед началом педагогического эксперимента не зарегистрировано.

Дальнейшее наблюдение показало, что достоверные изменения показателей функциональных проб по сравнению с исходным состоянием у детей обеих групп имели место только к 3-му этапу исследований.

Из представленных данных видно, что в группе детей, где применялся комплекс дыхательной гимнастики позитивные сдвиги показателей пробы Штанге оказались почти на 10%, а показатель пробы Генча - на 5% выше, чем в контрольной группе. Это обусловило наличие достоверных межгрупповых различий по всем представленным функциональным параметрам к концу периода педагогического эксперимента (по показателю пробы Генча различия были высоко достоверными – $p < 0,01$).

Важно подчеркнуть, что у школьников, включенных в опытную группу, средние значения рассмотренных параметров к окончанию педагогического эксперимента достигли границ нормативных значений, что не наблюдалось в контрольной группе.

Следующая серия исследований была посвящена анализу динамики показателей внешнего дыхания, поскольку известно, что при ОНР имеют место частые нарушения данной функции (табл. 2).

Таблица 2

Динамика показателей развития дыхательной функции у детей опытной ($n=23$) и контрольной ($n=21$) групп за период педагогического эксперимента ($M \pm m$)

Показатель, ед. измерения	Этап эксперимента			
	Группа			
	исходное состояние		после эксперимента	
	Опытная	Контр.	Опытная	Контр.
Жизненная емкость легких, л	1,20±0,06	1,28±0,05	1,30±0,05	1,32±0,05
Индекс Тиффно, %	76,3±2,7	77,1±2,8	84,8±1,7**	79,9±2,0 ⁺

Примечание. Достоверность различий: по сравнению с исходным состоянием: ** - $p < 0,01$; между группами детей - + - $p < 0,05$.

Анализ данных исходного состояния дыхательной функции показал, что у большинства из младших школьников наблюдались сниженные значения рассмотренных параметров относительно среднестатистических норм, что подтверждает соматическую ослабленность обследованных детей с ОНР, отражая сниженный функциональный потенциал функции внешнего дыхания. Проведенное в конце эксперимента повторное обследование показало наличие тенденций к увеличению показателей ЖЕЛ в обеих группах, не достигшее, однако, степени достоверности по сравнению с первичным обследованием. Несмотря на существенно больший абсолютный и относительный прирост показателя у детей опытной группы, значимых межгрупповых различий по средней ЖЕЛ также не отмечено.

Несколько более убедительными оказались результаты пневмотахометрического обследования, базирующегося на анализе не абсолютных, а относительных значений показателей легочной вентиляции. Так, в опытной группе детей при исходно сниженных значениях индекса Тиффно, к концу педагогического эксперимента наблюдался высоко достоверный ($p < 0,01$) прирост данного параметра, причем среднegrupповая величина показателя даже достигла нижних границ нормы (80%). У детей контрольной группы увеличение показателя к окончанию периода наблюдения было существенно меньшим, нормы не достигало, что определило наличие достоверных межгрупповых различий.

Анализируя данные окружности грудной клетки младших школьников можно констатировать, что в среднем по основной и контрольной группам по показателю «ОГК на выдохе» наблюдается отставание от нормативных значений примерно на 1,3 – 3,9%, по показателю «ОКГ на вдохе» - 1,6 – 4,1% (табл.3).

К середине учебного года у мальчиков основной группы окружность грудной клетки на вдохе достигла возрастной нормы, остальные участники эксперимента все ещё демонстрировали некоторое отставание от показателей здоровых сверстников. По показателям ОКГ на выдохе на втором срезе выявлено минимальное отставание у мальчиков основной и контрольной групп (0,2 и 0,3% соответственно), и чуть ниже результаты показали девочки тех же групп (1 и 2% соответственно).

Таблица 3

Среднегрупповые значения показателей окружности грудной клетки у школьников опытной (n=23) и контрольной (n=21) групп в процессе наблюдения (M±m)

Показатель, ед.изм.		Этап обследования							
		Группа							
		1-й этап (исходное состояние)		2-й этап (промежуточный контроль)		3-й этап (после эксперимента)			
		Опытная	Контроль- ная	Опытная	Контроль- ная	Опытная	Прир ост, %	Контроль- ная	Прир ост, %
1		2	3	4	5	6	7	8	9
Мальчики									
Окружность грудной клетки на вдохе, см	на вдохе	61,4±1,1	61,5±1,3	62,8±1,2	62,3±1,3	64,0±1,0*	4,3	63,1±0,9 *	2,6
	на выдохе	60,2±0,8	60,4±1,0	61,1±0,8	61,0±0,9	62,6±0,7*	4,0	61,4±0,6 *	1,7
Девочки									
Окружность грудной клетки на вдохе, см	на вдохе	60,2±0,7	60,0±0,8	61,9±0,7	61,5±0,7	64,0±1,0*	6,1	62,7±0,9 *	4,5
	на выдохе	59,0±0,6	58,9±0,6	60,7±0,6	60,1±0,7	62,9±0,8*	6,4	61,3±0,6 *	4,1

Примечание. Достоверность различий: по сравнению с исходным состоянием: * - p<0,05; между группами детей - + - p<0,05

В конце учебного года на третьем этапе тестирования (после эксперимента) все младшие школьники достигли возрастной нормы по показателям ОКГ на вдохе и выдохе. Прирост в основной группе составил примерно 4 см - 6,3%, в контрольной 1,7 см - 4,5%.

Выводы. Таким образом, представленные данные свидетельствуют о более яркой динамике изучаемых показателей в основной группе младших школьников с ОНР по сравнению с контрольной группой. Параллельное логопедическое обследование также констатирует более выраженные сдвиги в формировании речевого дыхания у младших школьников, которые занимались по программе АФВ, дополненной дыхательными упражнениями. Полученные результаты исследования в целом подтверждают эффективность занятий по разработанному комплексу дыхательной гимнастики.

Список литературы:

1. Шипицына Л.М., Волкова Л.С. Некоторые особенности эмоционально-личностных качеств у младших школьников с общим недоразвитием речи. Дефектология. 1993. №4. С. 8 - 13.
Shipicyna L.M., Volkova L.S. Nekotorye osobennosti emocionalno-lichnostnyh kachestv u mladshih shkolnikov s obshim nedorazvitiem rechi. Defektologiya. 1993. №4. S. 8 - 13.
2. Литош Н.Л. Адаптивная физическая культура. Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушениями в развитии: Учебное пособие. М.: СпортАкадемПресс, 2002. 140 с.
Litosh N.L. Adaptivnaya fizicheskaya kultura. Psihologo-pedagogicheskaya harakteristika detej s narusheniyami v razvitii: Uchebnoe posobie. M.: SportAkademPress, 2002. 140 s.
3. Якубович М.А., Преснова О.В. Коррекция двигательных и речевых нарушений методами физического воспитания: пособие для учителя. М.: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2006. 287 с.
Yakubovich M.A., Presnova O.V. Korrekciya dvigatelnyh i rechevyh narushenij metodami fizicheskogo vospitaniya: posobie dlya uchitelya. M.: Gumanitar. izd. centr VLADOS, 2006. 287 s

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ В ТУБЕРКУЛЕЗНОМ САНАТОРИИ

Лозовская М.Э., Осипова М.А., Сулова Г.А.
ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
МЗ РФ

Россия, Санкт-Петербург

EVALUATION OF LIFE QUALITY IN THE COURSE OF CHILDREN REHABILITATION IN TUBERCULAR SANATORIUM

Lozovskaya M.E., Osipova M.A., Suslova G.A.
St.Petersburg State Pediatric Medical Univtrsrity

Russia, St.Petersburg

Аннотация: В настоящей работе представлены результаты определения качества жизни у детей 13-17 лет, больных туберкулезом органов дыхания (49) и инфицированных *Mycobacterium tuberculosis* (43). Опросник PedsQL использовали в начале санаторного лечения и при его завершении. Установлено, что использование метода определения качества жизни позволяет оценивать эффективность реабилитационных мероприятий.

Abstract. The results of determination of life quality of children (13-17 years old) suffering from respiratory tuberculosis(49) and infected with *Mycobacterium tuberculosis* (43) were presented in this work . PedsQL questionnaire was used by start of sanatorium treatment and its completion. It is established that use of life quality method allows to estimate efficiency of rehabilitation.

Ключевые слова: реабилитация, дети, туберкулез, качество жизни

Key words. rehabilitation, children, tuberculosis, life quality

Принятая в настоящее время биопсихосоциальная модель болезни и здоровья требует учета субъективного мнения человека о своем благополучии. С этой целью разработаны критерии оценки качества жизни (КЖ) [1,4]. Метод оценки КЖ – инструмент интегральной характеристики физиологического, психологического и социального функционирования здорового и больного человека, основанной на его субъективном восприятии [1,3,4]. Работы по оценке качества жизни у детей при туберкулезе – единичны [5,6]. Тяжесть и длительность туберкулезной инфекции, последствия ее влияния на организм больного, обуславливают необходимость реабилитации с целью восстановления здоровья в клиническом, функциональном и социальном отношении. Наиболее благоприятные условия для комплексной реабилитации детей с туберкулезной инфекцией создаются в туберкулезных санаториях [2].

Цель исследования: изучение КЖ детей с туберкулезом органов дыхания и инфицированных микобактериями туберкулеза (МБТ) в начале санаторного этапа лечения и по его окончании с целью оптимизации подходов к формированию программ реабилитации.

Материалы и методы. Проведена оценка качества жизни 92 пациентов 13-17 лет, проходивших лечение в ФБГУ «Детский туберкулезный санаторий «Пушкинский» Минздрава России (Санкт-Петербург), страдающих различными формами локального туберкулеза и инфицированных МБТ. Выделено 2 группы детей: дети, больные локальными формами туберкулеза – 49 больных, и дети, инфицированных МБТ, без развития заболевания – 43 ребенка. Среди больных локальными формами туберкулеза: пациенты с туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов – 18, первичным туберкулезным комплексом – 3, очаговым туберкулезом – 6, туберкулезным плевритом – 5, инфильтративным туберкулезом – 11, состоянием после операции – 6. Девочек было 58 человек, мальчиков – 34 человека, детей 13 – 14 лет – 55 человек, 15 – 17 лет – 37 человек. Распределение по полу и возрасту в группах детей не имели существенных различий. В ходе исследования анализировался исходный уровень КЖ (при поступлении в санаторий) и его изменение после окончания курса санаторного лечения (в среднем 3 мес.). У пациентов, больных туберкулезом, до поступления в санаторий интенсивная фаза химиотерапии проведена в условиях стационара. КЖ оценивалось с использованием сертифицированного детского опросника PedsQL (Pediatric Quality of

Life Inventory). Опросник состоит из 23 вопросов, распределенных по 6 шкалам: физическое функционирование – ФФ, эмоциональное функционирование – ЭФ, социальное функционирование – СФ, жизнь в школе или школьное функционирование – ШФ. Психосоциальное функционирование – ПСФ (оценивается по шкалам ЭФ и СФ), обобщенная оценка качества жизни проводится по суммарной шкале (СШ). Количество баллов рассчитывается по 100-балльной шкале (от 0 до 100 баллов). Программа реабилитации, проводившаяся детям, помимо использования необходимого медикаментозного (этиотропного, патогенетического, общеукрепляющего) лечения, включала: санаторный гигиено-диетический режим, физиотерапию, фитотерапию, лечебную физкультуру, включая йогатерапию дыхательной системы и опорно-двигательного аппарата, лечение сопутствующей патологии, индивидуальные и групповые занятия с психологом, школьную реабилитацию, арт-терапию. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием пакета анализа данных программы Microsoft Excel 2010. Для определения различий между величинами использовали t-критерий Стьюдента, статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. Оценка качества жизни детей в динамике в начале и в конце санаторного лечения в исследуемых группах по различным шкалам оценки функционирования (в баллах) представлена в таблице 1. Изучение исходных шкал эмоционального и психосоциального функционирования показало, что субъективная оценка своего состояния детьми, больными туберкулезом, несколько ниже, чем у инфицированных МБТ детей (ЭФ: больные – $59,6 \pm 19,5$ баллов; инфицированные – $66,7 \pm 18,9$ баллов, ПСФ: больные – $68,9 \pm 16,5$; инфицированные МБТ – $73,5 \pm 14,7$). Более низкое психоэмоциональное функционирование детей с локальными формами туберкулеза может быть обусловлено осознанием ребенком своего тяжелого хронического заболевания, продолжительным лечением в стационаре, ограничением контактов со сверстниками, длительным пребыванием вне семьи. Это подтверждает и оценка детьми своего школьного функционирования (ШФ): дети с туберкулезом – $63,8 \pm 19,7$ баллов, дети, инфицированные МБТ, – $68,6 \pm 19,2$ баллов. Сравнительный анализ исходной шкалы физического функционирования (ФФ) у детей с локальными формами туберкулеза и инфицированных МБТ не выявил различий ($81,7 \pm 13,6$ и $79,8 \pm 12,9$ баллов соответственно).

Таблица 1.

Оценка качества жизни в динамике у больных туберкулезом и инфицированных МБТ детей

Аспекты КЖ	Инфицированы МБТ, n=43 (M±σ)		Больные туберкулезом, n=49 (M±σ)		Все дети, n=92 (M±σ)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Физическое функционирование (ФФ)	$79,8 \pm 12,9$	$82,6 \pm 13,9$	$81,7 \pm 13,6$	$86,3 \pm 12,8^*$	$80,8 \pm 13,3$	$84,7 \pm 13,3$
Эмоциональное функционирование (ЭФ)	$66,7 \pm 18,9$	$64,9 \pm 17,4$	$59,6 \pm 19,5$	$64,3 \pm 18,6$	$62,8 \pm 19,4$	$65,0 \pm 17,7$
Социальное функционирование (СФ)	$80,1 \pm 16,5$	$82,7 \pm 15,6$	$77,9 \pm 18,9$	$83,5 \pm 15,7^*$	$78,9 \pm 17,7$	$83,5 \pm 15,4$
Школьное функционирование (ШФ)	$68,6 \pm 19,2$	$66,7 \pm 19,4$	$63,8 \pm 19,7$	$67,4 \pm 21,0$	$66,0 \pm 19,5$	$67,7 \pm 20,1$
Психосоциальное функционирование (ПСФ)	$73,5 \pm 14,7$	$73,9 \pm 14,8$	$68,9 \pm 16,5$	$74,0 \pm 13,7^*$	$71,0 \pm 15,8$	$74,4 \pm 13,9$
Суммарная шкала (СШ)	$73,8 \pm 11,8$	$74,4 \pm 12,3$	$70,9 \pm 13,9$	$75,4 \pm 13,2^*$	$72,7 \pm 12,9$	$75,4 \pm 12,5$

Примечание: * – достоверность различий между начальными и конечными результатами ($p < 0,05$).

Таким образом, наиболее низкие показатели у детей, как инфицированных МБТ, так и больных туберкулезом (менее 70 баллов) отмечались по шкалам эмоционального функционирования (ЭФ) и школьного функционирования (ШФ).

Исходная суммарная шкала (СШ) в группе больных составила $70,9 \pm 13,9$ баллов, а у инфицированных – $73,8 \pm 11,8$ баллов.

Оценка КЖ детей после проведения комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий в санатории показывает значительное улучшение по большинству шкал функционирования у детей, больных локальными формами туберкулеза: достоверные различия между исходными и конечными результатами получены по шкалам ФФ, СФ, ПСФ, СШ ($p < 0,05$), по остальным шкалам – тенденция к улучшению. В группе детей, инфицированных МБТ, достоверных различий исходных и конечных данных КЖ, не выявлено.

Выводы. Рассмотрение результатов оценки КЖ детей позволяет определить особенности физических, психологических и социальных аспектов их функционирования на санаторном этапе лечения туберкулезной инфекции. Оценка КЖ показывает, что наиболее проблемными сферами жизнедеятельности детей 13-17 лет, больных туберкулезом, требующими реабилитационных мероприятий являются: эмоциональное функционирование (ЭФ) и школьное функционирование (ШФ). Результаты повторного анкетирования больных детей при завершении санаторного лечения могут быть критерием эффективности лечебных и реабилитационных мероприятий.

Список литературы

1. Винярская, И.В., Современное состояние изучения проблемы качества жизни в педиатрии. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2006. – № 3. – С. 28 – 31.
Vinyarskaya, I.V., Sovremennoe sostoyanie izucheniya problemy kachestva zhizni v pediatrii. Problemy socialnoj gigieny, zdravooxraneniya i istorii mediciny. – 2006. – № 3. – S. 28 – 31.
2. Лозовская, М.Э., Задачи и критерии эффективности санаторного лечения туберкулеза у подростков в современных социально-эпидемиологических условиях / М.Э. Лозовская, Г.Г.Карасев, Г.А. Сулова Туберкулез и болезни легких. – 2012. №1. – С. 49-53.
Lozovskaya, M.E., Zadachi i kriterii effektivnosti sanatornogo lecheniya tuberkuleza u podrostkov v sovremennyh socialno-epidemiologicheskikh usloviyah / M.E. Lozovskaya, G.G.Karasev, G.A. Suslova Tuberkulez i bolezni legkih. – 2012. №1. – S. 49-53.
3. Лукьянова, Е.М., Оценка качества жизни в педиатрии //Качественная клин. практика. – 2002. – № 4. – С. 34 – 42.
Lukyanova, E.M., Ocenka kachestva zhizni v pediatrii //Kachestvennaya klin. praktika. – 2002. – № 4. – S. 34 – 42.
4. Новик, А.А., Руководство по исследованию качества жизни в медицине/ А.А. Новик, Т.И. Ионова // М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. – 320с.
Novik, A.A., Rukovodstvo po issledovaniyu kachestva zhizni v medicine/ A.A. Novik, T.I. Ionova // M.: ZAO «OLMA Media Grupp», 2007. – 320s.
5. Солохина, Л.В., Изучение качества жизни детей, больных туберкулезом / Л.В. Солохина, О.А. Дьяченко, Е.И. Яринчук // Дальневосточный медицинский журнал. – 2010. – №1. – С. 134-137.
Solohina, L.V., Izuchenie kachestva zhizni detej, bolnyh tuberkulezom / L.V. Solohina, O.A. Dyachenko, E.I. Yarinchuk // Dalnevostochnyj medicinskij zhurnal. – 2010. – №1. – S. 134-137.
6. Юрьев, В.К., Оценка динамики качества жизни детей как критерий эффективности стационарного лечения / В.К. Юрьев, М.Х. Сайфулин// Вопросы современной педиатрии. – 2009. – том 8. - № 6.
Yurev, V.K., Ocenka dinamiki kachestva zhizni detej kak kriterij effektivnosti stacionarnogo lecheniya / V.K. Yurev, M.H. Sajfulin// Voprosy sovremennoj pediatrii. – 2009. – tom 8. - № 6.

САНАТОРНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОДРОСТКОВ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ СОЦИАЛЬНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ

Карасев Г. Г.¹, Лозовская М.Э.², Власова Е.Ю.¹

¹ ФГБУ Детский туберкулезный санаторий «Пушкинский» Минздрава России

² ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Минздрава России

Россия, Санкт-Петербург

SANATORIUM REHABILITATION OF ADOLESCENTS WITH TUBERCULOSIS ACCORDING TO THEIR SOCIAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTIC

Karasev G.G.¹, Lozovkaya M.E.², Vlasova E.YU.¹

¹ Children tuberculosis sanatorium «Pushkinskiy»

² St.Petersburg State Pediatric Medical Univrsity

Russia, St.Petersburg

Аннотация: В настоящей работе представлены данные о деятельности туберкулезного санатория за 23 года (1994-2017). Проанализированы истории болезни 920 подростков 15-17 лет, которые были пациентами санатория в разные годы. Установлено увеличение числа пациентов с семейным туберкулезным контактом с низким социальным уровнем, рост туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий. Санаторное лечение включало специфические, физические и природные методы, воспитательную работу. В результате дифференцированного подхода к каждому пациенту у большинства подростков (87,1%) удалось добиться клинического излечения.

Abstract In this work the results of activity of tubercular sanatorium for 23 years (1994-2017) were presented. The cases of history of 920 teenagers of 15-17 years, who were patients of sanatorium in various years, were analyzed. Increase in number of patients from the family tuberculosis contact with low social level, increase of tuberculosis with multiple drug resistance of mycobacteria. Sanatorium treatment included specific, physical and natural methods, educational work. As a result of the differentiated approach to each patient in most of adolescents (87,1%) there was succeeded to achieve of clinical recovery.

Ключевые слова: реабилитация, подростки, туберкулез, санаторий.

Key words. rehabilitation, adolescents, tuberculosis, sanatorium

Актуальность. В современных условиях подростки 15-17 лет остаются группой повышенного риска по заболеванию туберкулезом и его неблагоприятному течению [2,3,4]. Этому способствуют как анатомо-физиологические, так и социальные особенности пубертатного возраста, диктующие необходимость проведения длительной реабилитации в случае возникновения туберкулезного процесса [6,7]. Туберкулезные санатории позволяют наиболее полноценно проводить комплексную реабилитацию больных туберкулезом, так как в них используются природные немедикаментозные методы, педагогическая, психологическая поддержка [7,8]. Особенно в современных условиях возрастает роль федеральных санаториев, которые могут стать лечебно - реабилитационными центрами для наиболее сложных пациентов [1,2,4,5,6].

Цель: разработка подходов к санаторной реабилитации подростков больных туберкулезом на основе их социально-эпидемиологических особенностей.

Материалы и методы. Проведен анализ пациентов 15-17 лет ФГБУ «Детский туберкулезный санаторий «Пушкинский» МЗ РФ», за 23 года (1994-2017), выборка 920 подростков. Выделено три группы: 1-я гр. (1994-2002 гг.) – 300 больных, 2-я гр. (2005-2009 гг.) – 270 больных и 3-я гр. (2012-2017гг.) – 350 больных. Анализировались истории болезни, анамнестические сведения, результаты лечения. В лечении, помимо химиотерапии, использовались природно-климатические факторы и санаторные методы лечения: гигиенический режим, диета, аэротерапия, закаливающие процедуры, патогенетическое и общеукрепляющее лечение, лечебная физкультура, фитотерапия, физиотерапия, трудотерапия, психологическая реабилитация, арт-терапия, школьная реабилитация.

Статистическая обработка данных выполнена с использованием компьютерных программ MS Excel 2007, Statistica v.6. При определении достоверности разности относительных величин применяли χ^2 -критерий Пирсона. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. Как показал эпидемиологический анамнез, в 2012–2017 гг. (3-я гр.) отмечалось увеличение доли пациентов из очагов семейного туберкулеза, составив 70,3%, что больше, чем во 2-ой группе – 61,9% ($p > 0,05$) и первой группе – 48,0% ($p < 0,05$). Доля подростков из семейного очага туберкулеза с летальным исходом увеличилась: с 22,6% в 2005-2009 гг., до 26,8% в 2012-2017 гг. ($p > 0,05$). Среди подростков 3-ей группы, бывших бактериовыделителями, в 24,7% случаев наблюдалась множественная лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза (МЛУ МБТ), что у больных 1-2 групп встречалось реже ($p < 0,05$). Эпидемиологические факторы риска сочетались с семейным и социальным неблагополучием. Как следствие, подростки из очагов туберкулеза допускали в санатории серьезные нарушения режима в 19,7% случаев, тогда как подростки из неустановленных контактов в 2 раза реже – в 9,1% ($p < 0,05$). Были составлены программы санаторно-реабилитационных мероприятий у подростков в зависимости от социально-эпидемиологической характеристики очагов семейного туберкулеза (табл.1).

Благодаря сочетанию специфических и природных санаторных методов лечения, воспитательной и педагогической работы в санатории, удалось добиваться клинического излечения большинства подростков в результате завершения основного курса лечения (ОКЛ). В последние годы (2012-2017) клиническое излечение было достигнуто в 87,1% случаев, что превосходит период 2005-2009 г. – 84,5% но несколько ниже, чем в 1991-2004 гг. – 91,7% ($p > 0,05$). Досрочная выписка в 2012-2017 гг. была связана с переводом на плановое хирургическое лечение – 3,7%, выпиской нарушения режима – 2,0%, собственным желанием – 7,2%. Причинами прерванного лечения были отягощенный социальный анамнез, неудовлетворенность материально-бытовыми условиями в санатории, невозможность сдачи ЕГЭ за 9 и 11 классы, так как санаторная школа не имеет соответствующих полномочий.

Таблица 1.

Программы санаторно-реабилитационных мероприятий у подростков в зависимости от социально-эпидемиологической характеристики очагов

Мероприятия	Группы больных подростков		
	Контакт не установлен	Очаг без летального исхода	Очаг с летальным исходом, больные с лекарственной устойчивостью МБТ
Средний срок ОКЛ	13 мес.	16 мес.	18 мес.
Противорецидивные курсы	Амбулаторно или в санатории	В санатории	В санатории
Рассасывающая и физиотерапия	показаны	показаны	ограничены, при МЛУ не показаны
Консультация хирурга	Чаще не требуется	Требуется при больших остаточных изменениях	Как правило, требуется
Особенности педагогической реабилитации	программа средней школы	программа средней школы, дополнительные занятия	программа средней школы, дополнительные занятия, проф. ориентация
Диета	стол №11	стол №11	Стол №11, дополнительное питание
Особенности воспитания	Здоровый образ жизни	Здоровый образ жизни, профилактика нарушений режима	Здоровый образ жизни, профилактика нарушений режима, асоциального поведения
Психологическая реабилитация	Групповая работа психолога, комната релаксации	Групповая работа психолога, комната релаксации	Индивидуальная работа психолога, комната релаксации психологическая реабилитация

Выводы. Необходим дифференцированный подход к подросткам, находящимся на лечении в санатории, в зависимости от их социально-эпидемиологических характеристик. Для повышения приверженности подростков к санаторному лечению требуется улучшать материальную базу санаториев, развивать социальную направленность их работы.

Список литературы:

1. Байчорова Л.Х., Гербекова Д.Ю. Медицинская реабилитация больных туберкулезом легких на курорте Теберда // Медицинский альянс – №4. – 2014 – С. 28-30.

Vajchorova L.H., Gerbekova D.Yu. Medicinskaya reabilitaciya bolnyh tuberkulezom legkih na kurorte Teberda // Medicinskij alyans – №4. – 2014 – S. 28-30.

2. Лозовская М.Э., Карасев Г.Г., Сулова Г.А. Задачи и критерии эффективности санаторного лечения туберкулеза у подростков в современных социально-эпидемиологических условиях // Туберкулез и болезни легких. – 2012. – №1. – С. 49-53.

Lozovskaya M.E., Karasev G.G., Suslova G.A. Zadachi i kriterii effektivnosti sanatornogo lecheniya tuberkuleza u podrostkov v sovremennyh socialno-epidemiologicheskikh usloviyah // Tuberkulez i bolezni legkih. – 2012. – №1. – S. 49-53.

3. Овсянкина Е.С., Куфакова Г.А. Туберкулез у детей и подростков как социальная проблема // Проблемы туберкулеза – 1996. - №6. – С.36-37.

Ovsyankina E.S., Kufakova G.A. Tuberkulez u detej i podrostkov kak socialnaya problema // Problemy tuberkuleza – 1996. - №6. – S.36-37.

4. Орел В.И., Лозовская М.Э., Карасев Г.Г., Быкова В.В. Особенности медико-социальной помощи детям старшего возраста в условиях туберкулезного санатория // Российский педиатрический журнал. – 2016. – 19 (2). – С. 92-96.

Orel V.I., Lozovskaya M.E., Karasev G.G., Bykova V.V. Osobennosti mediko-socialnoj pomoshi detyam starshego vozrasta v usloviyah tuberkuleznogo sanatoriya // Rossijskij pediatricheskij zhurnal. – 2016. – 19 (2). – S. 92-96.

5. Петров М.Б., Закирова З.М. Задачи федеральных противотуберкулезных санаториев на современном этапе // Медицинский альянс – 2015 – №1 – С.48-49.

Petrov M.B., Zakirova Z.M. Zadachi federalnyh protivotuberkuleznyh sanatoriev na sovremennom etape // Medicinskij alyans – 2015 – №1 – S.48-49.

6. Русских Н.Ю., Мотанова Л.Н. Социальная дезадаптация, как фактор, определяющий особенности клинического течения туберкулеза органов дыхания у детей и подростков Туберкулез в России, год 2007: Матер. VIII Российского съезда фтизиатров. - С.263.

Russkih N.Yu., Motanova L.N. Socialnaya dezadaptaciya, kak faktor, opredelyayushij osobennosti klinicheskogo techeniya tuberkuleza organov dyhaniya u detej i podrostkov Tuberkulez v Rossii, god 2007: Mater. VIII Rossijskogo sezda ftiziatrov. - S.263.

7. Сенчихина О.Ю., Мизерницкий Ю.Л., Аксенова В.А. Опыт применения расширенной схемы реабилитации в группах риска по развитию туберкулеза в условиях местных детских санаториев. // Пульмонология детского возраста: проблемы и решения – выпуск 5 – Москва, 2005. – С.223-228.

Senchihina O.Yu., Mizernickij Yu.L., Aksenova V.A. Opyt primeneniya rasshirennoj shemy reabilitacii v gruppah riska po razvitiyu tuberkuleza v usloviyah mestnyh detskih sanatoriev. // Pulmonologiya detskogo vozrasta: problemy i resheniya – vypusk 5 – Moskva, 2005. – S.223-228.

8. Хисамов Ф.Г., Ахметсафина С.Д. 80 лет детскому противотуберкулезному санаторию «Толпар» республики Башкортостан // Туберкулез и болезни легких – 2015 – №4. – С.65-67.

Hisamov F.G., Ahmet safina S.D. 80 let detskomu protivotuberkuleznomu sanatoriyu «Tolpar» respubliky Bashkortostan // Tuberkulez i bolezni legkih – 2015 – №4. – S.65-67.

АРТ-ТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

Катаева Е. А., Гроховская О. И.

Санкт-Петербургский государственный экономический университет

Россия, Санкт-Петербург

ART THERAPY IN REHABILITATION OF DISABLED PEOPLE

Kataeva E. A., Grokhovskaya O. I.

St. Petersburg state University of Economics

Russia, St. Petersburg

Аннотация: Поднят вопрос об эффективности арт-терапии в работе с людьми с ограниченными возможностями, в особенности, с детьми-инвалидами.

Abstract. The question of the effectiveness of art therapy in working with people with disabilities, especially with children with disabilities is brought up.

Ключевые слова: арт-терапия, социальная работа, инвалиды, драматерапия, изотерапия.

Key words. art therapy, social work, disabled people, drama therapy, isotherapy.

Арт-терапия возникла на стыке искусства и науки. Она вобрала в себя достижения различных дисциплин, таких как: медицина, педагогика, культурология, социология и т.д. Методы арт-терапии уникальны своей универсальностью и возможностью адаптировать их под различные задачи, начиная с решения проблем социальной и психологической дезадаптации и заканчивая повышением человеческого потенциала, планки его психического и духовного здоровья.

По мнению некоторых исследователей, на формирование современной арт-терапии повлияли такие направления как классицизм и романтизм. Влияние классической традиции проявляется в психоаналитическом подходе к арт-терапии: рассмотрение изобразительной деятельности с точки зрения интерпретации символических образов. Влияние романтической традиции связано с распространенным представлением об исцеляющих свойствах спонтанного художественного образа [1]. Кроме этого, многие современные направления в живописи сыграли не маловажную роль в формировании представлений о лечебных свойствах искусства.

В конце XIX, начале XX веков возрос интерес к изучению первобытного искусства, что было связано с возросшим количеством археологических находок. Вместе с этим, большее внимание стали уделять детскому искусству, манеру которого сравнивали с доисторическим. Появляются первые публикации об особенностях детского творчества, а также первые попытки заявить о таком направлении, как арт-терапия [1].

В тот период в психологии появляется теория психоанализа, разработанная известным психоаналитиком и психиатром Зигмундом Фрейдом. Одним из учеников и соратников Фрейда был Карл Густав Юнг, на основе теории архетипов которого был разработан метод символдрамы. Кроме того, К.Г. Юнг был одним из первых, кто считал, что рисунок обладает мощным терапевтическим и лечебным действием.

В самостоятельное научное направление арт-терапия выделилась лишь в 40-ых годах XX века, и изначально, она использовалась для того, чтобы занять пациентов различных лечебных учреждений, в том числе и психиатрических. Однако, заметив, как творческая деятельность влияет на самочувствие и поведение больных, ее стали использовать в качестве терапевтической практики. Термин арт-терапия был введен в употребление в 1938 году британским художником Адрианом Хиллом [2].

Как самостоятельное направление в социальной работе и педагогической практике арт-терапия насчитывает всего несколько десятилетий. В 80-ых и 90-ых годах XX века во многих странах произошло заметное изменение культурного и экономического климата, связанного с притоком иммигрантов, трансформацией гендерных ролей и другими факторами. Арт-терапевтическая деятельность получила распространение во внегоспитальной сфере: появились арт-терапевты при социальных муниципальных центрах, приближенных к населению (центры дневного пребывания) [3].

По мнению некоторых исследователей, терапия средствами искусства составляет большую ценность в социальной работе с детьми и подростками, особенно если у них есть затруднения в выражении своих чувств, эмоций и мыслей. Люди с ограниченными возможностями, в особенности дети зачастую сталкиваются именно с этой проблемой.

В последние годы арт-терапия внедряется в школы, как в обычные, так и в специализированные (для детей с психическими или физическими отклонениями), помогая, например, выявить детей и подростков группы повышенного риска, с целью дальнейшей социальной работы с ними [4].

Арт-терапия сама по себе не может решить социальные, педагогические и психологические задачи, но может содействовать их решению посредством устранения или смягчения психологических проблем или эмоционального напряжения.

Согласно международной классификации существует четыре самостоятельных направления терапии искусством:

1. Арт-терапия в узком смысле или изотерапия (использование изобразительного творчества);
2. Драматерапия (использование сценической игры);
3. Танцевально-двигательная терапия (использование движений и танцев);
4. Музыкальная терапия (использование звуков и музыки) [5].

В работе с людьми с ограниченными возможностями с ментальными заболеваниями наиболее распространенными являются драматерапия и изотерапия, о них будет рассказано подробнее.

Драматерапия – это направление достаточно интенсивно развивается в настоящее время. Одной из причин популярности драматерапии считают неостребованность игрового потенциала человека в современном мире, то есть сценическая игра является одним из мощных средств психологической разрядки и развития заложенного в человеке потенциала. Так же драматерапия эффективный метод для работы с группой [6]. Есть близкое по содержанию направление – психодрама. Не стоит путать драмотерапию и психодраму. Главное отличие психодрамы в том, что в ней присутствует протагонист и драматизация проблемы клиента. Суть психодрамы в том, что клиент продолжает и завершает свои действия посредством театрализации, ролевой игры, драматического самовыражения. Разыгрывается несколько сцен, изображающих, например, воспоминания о специфических событиях прошлого, незавершенные ситуации, внутренние драмы, фантазии, сны, подготовка к предстоящим ситуациям с возможным риском. Эти сцены либо приближены к реальной жизненной ситуации, либо выводят наружу внутренние ментальные процессы [7].

Наиболее распространенный метод арт-терапии – изотерапия; этот метод доказал свою состоятельность и, по мнению некоторых исследователей, его можно считать одним из наиболее эффективных в социальной работе с инвалидами, особенно, с детьми и подростками с ограниченными возможностями. Это связано с тем, что изотерапия не «навязывает» клиенту внешних средств разрешения его проблем (что может вызвать отторжение и психологическую защиту), а мобилизует его внутренние ресурсы. Несомненное преимущество данного метода в том, что ребенок или подросток может увидеть в своем изобразительном продукте личностный смысл, что может стать источником новых позитивных переживаний. Так же изобразительное искусство может компенсировать негативные переживания и помочь проявить себя социально-приемлемыми способами. Поэтому и считается, что «исцеление» посредством изотерапии начинается не после, а еще во время терапии.

Стоит затронуть вопрос об этике использования арт-терапии. Россия имеет сравнительно небольшой опыт использования арт-терапевтических методов в социальной работе и психологии, поэтому правовой и профессиональный контекст использования арт-терапии пока не урегулирован.

Арт-терапия тесно связана с клинической практикой, поэтому ее использование в качестве диагностического или коррекционного метода предполагает базу достаточных клинических знаний у специалиста. Использование арт-терапии в диагностических и коррекционных целях без достаточных клинических знаний может считаться неэтичным. Но как таковая законодательная база, запрещающая использование арт-терапевтических методов неквалифицированному в этой области специалисту, в России отсутствует [8].

За рубежом (например, Великобритания и США), арт-терапия зарегистрирована как самостоятельная парамедицинская специальность. Поэтому арт-терапевтические методы используются профессиональными арт-терапевтами. В России методы арт-терапии зачастую могут использовать разные специалисты, хотя уровень их владения данными методами может быть не всегда достаточно высок.

Некоторые специалисты предлагают использовать несколько уровней арт-терапии в социальной работе, педагогической и психологической практике. Это имеет ряд оснований. Во-первых, применение методов арт-терапии имеет лечебно-коррекционную направленность и предполагает достаточный уровень знаний как в области общей и возрастной психологии, так и

клинической психологии. Во-вторых, для социальной и психологической работы с разными группами детей требуется внедрение дифференцированных форм арт-терапевтической работы (с большим уклоном в коррекционную работу или образовательно-рекреационную).

Из этого следует несколько моделей специализации с разным набором профессиональных компетентностей [8]:

1. Арт-психотерапия (для специалистов с медицинским, психиатрическим, психотерапевтическим образованием);
2. Арт-методы в психологическом консультировании (для психологов);
3. Арт-методы в арт-педагогике (для специалистов с высшим педагогическим образованием);
4. Арт-методы в художественно-творческом развитии личности (для специалистов с художественным образованием).

В перечне отсутствуют арт-методы в социальной работе. На наш взгляд, возможность использования подобного рода методов может быть произведена в рамках арт-методов в арт-педагогике, или возможно, в рамках отдельного направления арт-методов, которым бы обучали социальных работников.

На наш взгляд, для социального работника могут быть полезны знания по практическому применению арт-терапии. Это может повысить эффективность проводимой с клиентами социальной работы. В обществе существует укоренившееся восприятие социальной работы в ее традиционно устоявшихся формах, таких как: социальное обслуживание, социальная защита, социальное развитие социально незащищенных слоев населения. Однако позиционирование такого метода, как арт-терапия, в качестве инструмента социальной работы способно вызвать некоторые сомнения в рациональности данной установки [9]. Возможно, это связано с недостаточным пониманием того, что такое арт-терапия и какие она имеет возможности.

Список литературы:

1. Копытин А. И. Теория и практика арт-терапии — СПб.: Питер, 2002. — 368 с.
Kopytin A. I. Teoriya i praktika art-terapii — SPb.: Piter, 2002. — 368 s.
2. Осипова А. А. Общая психокоррекция учебн. пос. для студ. вузов. — М.: ТЦ Сфера, 2004. — 510 с.
Osipova A. A. Obshaya psihokorreksiya uchebn. pos. dlya stud. vuzov. — M.: TC Sfera, 2004. — 510 s.
3. Практикум по арт-терапии// Под ред. А.И. Копытина. — СПб: Питер, 2000. — 448 с.
Praktikum po art-terapii// Pod red. A.I. Kopytina. — SPb: Piter, 2000. — 448 s.
4. Копытин А.И. Психодиагностика в арт-терапии. — СПб: Речь, 2014. — 288 с.
Kopytin A.I. Psihodiagnostika v art-terapii. — SPb: Rech, 2014. — 288 s.
5. Колошина Т.Ю. Арт-терапия: методические рекомендации. — М.: Изд-во Института психотерапии и клинической психологии, 2002. — 84 с.
Koloshina T.Yu. Art-terapiya: metodicheskie rekomendacii. — M.: Izd-vo Instituta psihoterapii i klinicheskoy psihologii, 2002. — 84 s.
6. Миназов Р.Д. Психодрама как метод психотерапии в реабилитации наркозависимых// Вестник психиатрии и психологии Чувашии. — 2014. — №10. — С. 73-90.
Minazov R.D. Psihodrama kak metod psihoterapii v rehabilitacii narkozavisimyh// Vestnik psihologii Chuvashii. — 2014. — №10. — S. 73-90.
7. Методы арт-терапевтической помощи детям и подросткам: отечественный и зарубежный опыт/ Под ред. А.И. Копытина. — М.: Когито-Центр, 2012. — 286 с.
Metody art-terapevticheskoy pomoshi detyam i podrostkam: otechestvennyj i zarubezhnyj opyt/ Pod red. A.I. Kopytina. — M.: Kogito-Centr, 2012. — 286 s.
8. Бортнюк О.А. Арт-терапия как инструмент социальной работы в сфере охраны общественного здоровья// Современные исследования социальных проблем. — 2015. - №11 (55). — С.107-113.
Bortnyuk O.A. Art-terapiya kak instrument socialnoj raboty v sfere ohrany obshestvennogo zdorovya// Sovremennye issledovaniya socialnyh problem. — 2015. - №11 (55). — S.107-113.

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО ДВИГАТЕЛЬНОГО РЕЖИМА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ АМПУТАЦИЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Кантемирова Р.К.^{1,2,4}, Свиридова Е.О.¹, Бурнос А.А.³, Фидарова З.Д.¹, Суслев В.Г.¹, Поворинский А.А.¹

¹ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России

²Санкт-Петербургский государственный университет

³СПбГБУЗ «Городская больница №20», Санкт-Петербург

⁴Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова
Россия, Санкт-Петербург

THE CHOICE OF THE OPTIMAL MODE OF THE MOTOR IN PATIENTS WHO CARRIED THE AMPUTATION OF THE LOWER LIMBS AT THE REHABILITATION STAGE

Kantemirova R.K.^{1,2}, Sviridova E.O.¹, Burnos A.A.³, Fidarova Z.D.¹, Suslyayev V.G.¹, Povorinsky A.A.¹

¹ Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled n.a. G.A. Albrecht" of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation

²Saint Petersburg State University

³SPbGBUS "City Hospital No. 20"

⁴GBOU NPE SZGMU them. I.I. Mechnikov, St. Petersburg
Russia, St. Petersburg

Аннотация. Ампутация конечностей – крайне серьезное мероприятие, которое навсегда меняет жизнь человека. Это тяжелое испытание для здоровья и психики. Однако сегодня, благодаря достижениям медицины, люди, которые перенесли такую операцию, имеют возможность сохранять работоспособность и продолжать вести активный образ жизни. На этапе протезирования важной проблемой является оценка физического состояния инвалидов, их толерантности к физической нагрузке для выбора оптимального двигательного режима и подбора модулей протеза нижних конечностей, а также для своевременной диагностики кардиальной патологии у пациентов с генерализованным атеросклерозом, ввиду высокого сердечно-сосудистого риска и риска их внезапной смерти [1,5,11]. Наиболее часто ампутации выполняются у пациентов в возрасте 60 лет и старше, когда развиваются стойкие, не поддающиеся коррекции, нарушения кровообращения [3,4]. Учитывая постарение населения (ожидаемая продолжительность жизни при рождении в РФ в 2017г составила 72,6 года), выбор программы реабилитационных мероприятий у пожилых пациентов, подвергшихся ампутации нижних конечностей остается актуальным вопросом [5,6]. У пациента изменяется социальное положение которое ставит перед ним новые проблемы (приспособление к дефекту, изменение профессии) [4,5]. Потеря части тела психически тяжело переносится больными, разрушает приобретенный в процессе жизнедеятельности двигательный стереотип, приводит к существенному ограничению двигательной активности, снижению или потере трудоспособности [6,8]. Применение стандартных функциональных проб (ФП) - тредмил-тест; велоэргометрия; ортостатическая проба; тест 6-минутной ходьбы; проба с различными фармпрепаратами и др. у пожилых с ампутацией может быть резко ограничено или невозможно [1,2,5]. Суть тренировки в многократной, систематически повторяющейся и постепенно повышающейся физической нагрузке, которая вызывает в организме человека положительные функциональные, а порой и структурные изменения [1,2,8]. В этой связи альтернативным методом функциональной пробы нами было выбрано ручное педалирование, или так называемая мануальная велоэргометрия (МВ) [2,3,7].

Отклонения в регулирующих системах и динамика вегетативных показателей являются наиболее ранними прогностическими признаками патологического процесса [1,3,5]. Одним из методов функциональной диагностики, позволяющих решать подобные диагностические задачи, является оценка вариабельности сердечного ритма (ВСР) в комбинации с физической нагрузкой [2,9,10]. ВСР представляет собой показатель, позволяющий судить о состоянии механизмов регуляции физиологических функций в организме человека, а так же оценить функциональные резервы механизмов его управления и вегетативный баланс [3,8,9]. Это обстоятельство активно используют в функциональной диагностике, поскольку оценка ВСР позволяет объективно охарактеризовать физические возможности пациентов [4,6,9]. Также, благодаря своей

неинвазивности, данный вид функционального анализа широко применяется во многих областях современной медицины [1,2,3,10].

Abstract. Amputation of limbs is an extremely serious event that forever changes a person's life. This is a difficult test for health and psyche. However, today, thanks to the achievements of medicine, people who have undergone such an operation, are able to maintain efficiency and continue to lead an active lifestyle. At the stage of prosthetics, an important problem is the assessment of the physical condition of disabled people, their tolerance to physical activity to select the optimal motor mode and selection of lower limb prosthesis modules, as well as for the timely diagnosis of cardiac pathology in patients with generalized atherosclerosis, due to the high cardiovascular risk and the risk of their sudden death [1,5,11]. The most common amputations are performed in patients aged 60 years and older, when persistent, not amenable to correction, circulatory disorders develop [3,4]. Taking into account the aging of the population (life expectancy at birth in the Russian Federation in 2017 was 72.6 years), the choice of a program of rehabilitation measures in elderly patients who underwent lower limb amputation remains an urgent issue [5,6]. The patient's social situation changes which poses new problems (adaptation to the defect, change of profession) [4,5]. The loss of a body part is mentally difficult for patients, destroys the motor stereotype acquired in the course of life, leads to a significant restriction of motor activity, a decrease or loss of ability to work [6,8]. Application of standard functional tests (FP) - treadmill test; Bicycle ergometry; orthostatic test; 6-minute walk test; test with various pharmaceuticals, etc. in elderly people with amputation may be severely limited or impossible [1,2,5]. The essence of training is repeated, systematically repeated and gradually increasing physical activity, which causes positive functional and sometimes structural changes in the human body [1,2,8]. In this regard, we have chosen manual pedaling or so-called manual Bicycle ergometry (MV) as an alternative method of functional testing [2,3,7]. Deviations in regulatory systems and the dynamics of vegetative parameters are the earliest prognostic signs of the pathological process [1,3,5]. One of the methods of functional diagnostics, allowing to solve such diagnostic problems, is the assessment of heart rate variability (HRV) in combination with physical activity [2,9,10]. HRV is an indicator that allows to judge the state of the mechanisms of regulation of physiological functions in the human body, as well as to assess the functional reserves of its control mechanisms and vegetative balance [3,8,9]. This fact is actively used in functional diagnosis, since the evaluation of HRV allows to objectively characterize the physical capabilities of patients [4,6,9]. Also, due to its noninvasiveness, this type of functional analysis is widely used in many areas of modern medicine [1,2,3,10].

Ключевые слова: сердечно-сосудистая система, толерантность к физической нагрузке, ампутация нижних конечностей.

Key words. cardiovascular system, exercise tolerance, lower limb amputation.

Цель исследования. Оценка состояния сердечно-сосудистой системы, толерантности к физическим нагрузкам и резервных возможностей организма у пациентов, перенесших ампутацию нижних конечностей на этапе реабилитации.

Материалы и методы исследования. В клинике ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России функциональная нагрузочная проба на основе методики «ручного педалирования» - мануальная велоэргометрия была адаптирована для применения у больных с ампутированными нижними конечностями. Данная методика обладает возможностью проведения в условиях любого стационара и высокой мобильностью, так как нагрузочные пробы проводятся непосредственно в постели пациента, благодаря чему охватываются практически все группы инвалидов, подвергшихся ампутации. Ручная велоэргометрия с оценкой показателей variability сердечного ритма выполнялась пациентам на этапе первичного протезирования. Для выявления характера адаптивных реакций организма прослеживались изменения физиологических и инструментальных параметров. Регистрацию ЭКГ и оценку variability сердечного ритма проводили по стандартной методике в исходном состоянии: фоновая запись в течение 30 с. Затем проводилась нагрузочная проба в течение шести минут с непрерывной регистрацией ЭКГ и оценкой variability сердечного ритма.

В статистическом временном анализе оценивались показатели variability сердечного ритма: HF - High Frequency компонент спектра; LF - Low Frequency компонент спектра; LF/HF - индекс соотношения симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы; VLF - Very Low Frequency компонент спектра; TP - Total power - Общая мощность спектра или полный спектр частот, характеризующих ВРС; RRNN - средняя длительность интервалов R-R. Полученные данные сопоставлялись со стандартизованными нормальными значениями variability сердечного ритма (спектрального анализа 5-минутной записи ЭКГ).

Обследовано 40 пациентов пожилого и старческого возраста: 11 женщин и 29 мужчин в возрасте от 61 до 87 лет (средний возраст 71 год). Группа пациентов с облитерирующим

атеросклерозом составила 32 человека (80% обследуемых), группа пациентов с сахарным диабетом – 8 человек (20% обследуемых). Контрольную группу составили 20 пациентов сопоставимого возраста без сахарного диабета и кардиологических заболеваний, которым была проведена ампутация по поводу травмы. Результаты обрабатывались с применением параметрических и непараметрических методов математической статистики с использованием пакета программного обеспечения «Statistica 6.1». Данные представлены как $M \pm m$ (среднее \pm стандартное отклонение).

Результаты исследования и их обсуждение. В основу анализа ВСП по коротким записям ЭКГ с проведением функциональной нагрузочной пробы - ручной велоэргометрии была положена оценка общей мощности ВСП (TP) и её главных спектральных составляющих. В частности, низкочастотной компоненты (LF), главный вклад в которую создаёт симпатическая модуляция сердечного ритма и компоненты высоких частот (HF), отражающей парасимпатические влияния. Также высчитывалось их соотношение (табл. 1).

В покое у больных всех трёх групп наблюдается снижение общей мощности спектра ВСП, что характерно, в целом, для пациентов пожилого возраста. Однако, только у больных сахарным диабетом выявлено очень резкое снижение TP за счёт уменьшения амплитуд всех спектральных компонент, что может быть объяснено лишь наличием тяжёлой автономной диабетической нейропатии. У больных этой группы на фоне проведения пробы наблюдается сильное смещение ВСП в сторону симпатических влияний, (соотношение LF/HF $0,531 \rightarrow 1,02$), что свидетельствует об истощении регуляции и невозможности изменять вегетативный баланс адекватно нагрузке. Снижение адаптационных резервов сердечно-сосудистой системы, также, подтверждается недостаточной степенью прироста ЧСС при нагрузке, оцениваемой по среднему RR-интервалу (RRNN). Подобные результаты свидетельствуют о том, что у всех пожилых больных с ОАСНК имеет место сопутствующая кардиальная патология в той степени выраженности, которая угнетает реактивность сердечно-сосудистой системы и её компенсаторные возможности.

Иными оказались результаты в группах ДАСНК и контроля. При сниженной фоновой ВСП в ходе выполнения пробы баланс активации был смещён в сторону парасимпатического звена регуляции; наблюдался соответственный прирост ЧСС. Данное обстоятельство свидетельствует о большей (в сравнении с ОАСНК) сохранности резервов вегетативного обеспечения физической деятельности у больных с диабетом, даже при наличие диабетической нейропатии.

Таблица 1 - Результаты исследования ВСП у пациентов с ампутацией нижних конечностей по поводу облитерирующего атеросклероза (ОАСНК), по поводу осложнений диабета (ДАСНК) и ампутацией по поводу травмы (контрольная группа).

Ампутация по поводу облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей (ОАСНК)						
Показатели ВСП	TP мс ²	VLF мс ²	LF мс ²	HF мс ²	LF/HF	RRNN мс
Фоновая запись (30 с)	1739±616	291±188	502±172	945±353	0,531±0,34	748±87
Мануальная велоэргометрия (6 минут)	21848±13621	5986±3237	11624±9505	11348±4926	1,02±0,157	631±166
Ампутация по поводу диабетической ангиопатии сосудов нижних конечностей (ДАСНК)						
Фоновая запись (30 с)	143±114	59±93	47±37	35±33	1,34±0,175	825±77
Мануальная велоэргометрия (6 минут)	17656±9356	1516±1187	4850±1474	8789±4175	0,55±0,115	629±67
Ампутация по поводу травмы						
Фоновая запись (30 с)	2133±157	338±84	1122±457	672±93	1,7±0,128	811±78
Мануальная велоэргометрия (6 минут)	15680±5320	12320±3248	4978±1326	10386±2584	0,48±0,112	602±86

(TP - Total power) - Общая мощность спектра или полный спектр частот, характеризующих ВПС, HF - High Frequency - высокочастотный компонент спектра, LF- Low Frequency - низкочастотный компонент спектра, LF/HF - индекс соотношения симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы, VLF - Very Low Frequency - очень низкочастотный компонент спектра, RRNN - средняя длительность интервалов R-R.

Всем пациентам проводились лечебные мероприятия для подготовки общесоматического состояния к предстоящим физическим нагрузкам и подготовки культуры к противоестественным нагрузкам в протезе. По результатам повторной велоэргометрии, после проведенного лечения, определения группы двигательной активности были установлены режимы пользования протезом. После обучения стояния на протезе пациенты приступали к дозированной ходьбе.

Заключение. Пациенты пожилого возраста, перенёвшие ампутацию на фоне критической ишемии, диабетической ангиопатии нижних конечностей, в подавляющем большинстве случаев имеют поражение других органов и систем. Однако тяжесть основной и сочетанной патологии, их значение для процесса протезирования может существенно отличаться, и у данной категории пациентов будет влиять на выбор группы двигательной активности, сроки и сложность протезирования, минимизацию рисков сердечно-сосудистых осложнений. Учитывая полученные данные, принадлежность больного к группе с той или иной основной нозологией целесообразно учитывать в комплексной оценке как один из наиболее важных критериев, напрямую определяющих индивидуальный реабилитационный потенциал. С клинической точки зрения, при проведении протезирования у пожилых больных с ампутационными дефектами это будет влиять на выбор группы двигательной активности, сроки и сложность протезирования, минимизацию рисков сердечно-сосудистых осложнений. С учётом указанных преимуществ, применение методики совмещающей оценку вариабельности сердечного ритма и пробу с физической нагрузкой при выполнении ручной велоэргометрии может способствовать снижению экономических затрат и увеличению количества пациентов, активно пользующихся протезами.

Список литературы:

1. Бокерия Л.А., Бокерия О.Л., Волковская И.В. Вариабельность сердечного ритма: методы измерения, интерпретация, клиническое использование // *Анналы аритмологии*. -2009.-№ 4. – С.21-32.
Bokeriya L.A., Bokeriya O.L., Volkovskaya I.V. Variabelnost serdechnogo ritma: metody izmereniya, interpretaciya, klinicheskoe ispolzovanie // *Annaly aritmologii*. -2009.-№ 4. – S.21-32.
2. Бурнос А.А., Сердюков С.В., Кантемирова Р.К. Анализ вариабельности сердечного ритма у пациентов пожилого и старческого возраста, перенесших ампутацию нижних конечностей, на этапе подготовки к протезированию. // *Ж.: Клиническая геронтология*. – СПб., №3-4, 2016. – С. 23-28.
Burnos A.A., Serdyukov S.V., Kantemirova R.K. Analiz variabelnosti serdechnogo ritma u pacientov pozhilogo i starcheskogo vozrasta, perenessih amputaciyu nizhnih konechnostej, na etape podgotovki k protezirovaniyu. // *Zh.: Klinicheskaya gerontologiya*. – SPb., №3-4, 2016. – S. 23-28.
3. Бурнос А.А., Кантемирова Р.К., Крюков А.С., Суслев В.Г., Щербина К.К., Соболев С.Е. Выбор оптимальной функциональной пробы для оценки толерантности к физическим нагрузкам пациентов пожилого и старческого возраста при подготовке к первичному протезированию *Вестник всероссийской гильдии протезистов-ортопедов*. 2017. № 2 (64). С. 34-35.
Burnos A.A., Kantemirova R.K., Kryukov A.S., Suslyev V.G., Sherbina K.K., Sobolev S.E. Vybtor optimalnoj funkcionalnoj proby dlya ocenki tolerantnosti k fizicheskim nagruzkam pacientov pozhilogo i starcheskogo vozrasta pri podgotovke k pervichnomu protezirovaniyu *Vestnik vserossijskoj gildii protezistov-ortopedov*. 2017. № 2 (64). S. 34-35. (64). С. 34-35.
4. Кантемирова Р.К. Система комплексной медико-социальной реабилитации граждан пожилого возраста и инвалидов // *Профилактическая и клин. медицина*. 2010. Спец. выпуск. С. 113–120.
Kantemirova R.K. Sistema kompleksnoj mediko-social'noj reabilitacii grazhdan pozhilogo vozrasta i invalidov // *Profilakticheskaya i klin. medicina*. 2010. Spec. vypusk. S. 113–120.
5. Кантемирова Р.К. Модели гериатрической реабилитации // *Гериатрия: национальное руководство* / под ред. О.Н. Ткачевой, Е.В. Фроловой, Н.Н. Яхно. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2018. С.– 608
Kantemirova R.K. Modeli geriatrichejskoj reabilitacii // *Geriatriya: nacional'noe rukovodstvo* / pod red. O.N. Tkachevoj, E.V. Frolovoj, N.N. Jahno. – M.: GEOTAR-Media, 2018. S.– 608
6. Суслев В.Г., Щербина К.К., Кантемирова Р.К., Соболев С.Е., и др. Подготовка и лечебно-тренировочное протезирование инвалидов пожилого возраста с культей голени и бедра. // *Методическое пособие* - СПб, 2017. – С.75.
Suslyev V.G., Sherbina K.K., Kantemirova R.K., Sobolev S.E., i dr. Podgotovka i lechebno-trenirovochnoe protezirovanie invalidov pozhilogo vozrasta s kul'tej goleni i bedra. // *Metodicheskoe posobie* - SPb, 2017. – S.75.
7. Burnos A.A., Kantemirova R.K., Sviridova E.O., i dr. Selection of the functional tests to assess the state of cardiovascular system in elderly patients undergoing lower limb amputation // *International Symposium of*

Experts "Effective Modern Approaches in Anti-Aging Medicine and Gerontology" April 13-14, 2018, Stockholm, 2018. - С.20-24

8. Goldkorn R., Naimushin A., Shlomo N., Dan A., Oieru D., Moalem I., Rozen E., Gur I., Levitan J., Rosenmann D., Mogilevsky Y., Klempfner R., Goldenberg I. Comparison of the usefulness of heart rate variability versus exercise stress testing for the detection of myocardial ischemia in patients without known coronary artery disease // *Am J Cardiol.* 2015. Vol. 115(11). P. 1518-1522.

9. Hawkins AT., Henry AJ., Crandell DM., i dr. systematic review of functional and quality of life assessment after major lower extremity amputation // *Ann Vasc Surg.* 2014. Vol. 28(3). P.763-780.

10. Kingsley JD., Figueroa A. Acute and training effects of resistance exercise on heart rate variability // *Clin Physiol Funct Imaging.* 2014. doi: 10.1111/cpf.12223. (Epub ahead of print).

11. Ponomarenko G.N., Sviridova E.O., Kantemirova R.K., i dr. Physical rehabilitation of patients with ischemic heart disease with amputation of The lower extremities // "Congress of the International Society of Physical and Rehabilitation Medicine" 8-12 July, Paris, France, 2018.

УДК 617.58-77

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПО ПРИЧИНЕ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО АТЕРОСКЛЕРОЗА

Свиридова Е.О.¹, Кантемирова Р.К.^{1,2}, Герасимова Г.В.¹, Дорошев А.П.¹,

Фидарова З.Д.¹, Суслиев В.Г.¹

¹ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, Санкт-Петербург

²Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

PHYSICAL REHABILITATION OF PATIENTS AFTER AMPUTATION OF LOWER LIMBS ON THE REASON OF TARGET ATHEROSCLEROSIS

Kantemirova R.K.^{1,2}, Sviridova E.O.¹, Gerasimova G.V.¹, Suslyev V.G.¹, Doroshev A.P.¹, Fidarova Z.D.¹

¹ Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled n.a. G.A. Albrecht" of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation

² Saint Petersburg State University, St. Petersburg

Аннотация. По причине критической ишемии конечности у 25% больных проводится ампутация на уровне голени или бедра [1]. Одной из главных задач реабилитационных мероприятий является восстановление нарушений физических функций, а именно мобильности пациента, повышением класса двигательной активности, как следствие восстановление социальных функций и уменьшением финансовых затрат, необходимых для проведения лечения и реабилитации больных после ампутации [4,6]. Методом решения данной задачи является в первую очередь протезирование [1,2]. Однако, рассматривая ношение протеза как высокую физическую нагрузку (ФН) для организма, нельзя не отметить роль сердечно-сосудистой патологии (ССП) [2,3]. У больных с хронической ишемией нижних конечностей (н/к) цереброваскулярная болезнь встречается в 12,8% случаев, ИБС - в 35,9%, еще в 20,5% случаев имеют место обе эти патологии [5,6]. По этой причине, является необходимым оценить уровень двигательной активности пациента, толерантность к ФН, с учетом сопутствующей ССП, для выбора оптимальной индивидуальной программы подготовки к протезированию [2,7].

Abstract. Due to critical limb ischemia, amputation at the level of the lower leg or thigh is performed in 25% of patients. One of the main tasks of rehabilitation measures is to restore the physical functions, namely the mobility of the patient, increasing the class of motor activity, as a consequence, the restoration of social functions and reducing the financial costs necessary for the treatment and rehabilitation of patients after amputation. The method of solving this problem is primarily prosthetics. However, considering the wearing of the prosthesis as a high physical activity (FN) for the body, it should be noted the role of cardiovascular disease (SSP). In patients with chronic lower limb ischemia (n/c), cerebrovascular disease occurs in 12.8% of cases, coronary artery disease - in 35.9%, in 20.5% of cases both these pathologies occur. For this reason, it is necessary to assess the level of motor activity of the patient, tolerance to FN, taking into account the concomitant SSP, to select the optimal individual program of preparation for prosthetics.

Ключевые слова: физическая реабилитация, ампутации нижних конечностей, двигательной активности, облитерирующий атеросклероз.

Key words. physical rehabilitation, amputations of the lower extremities, motor activity, obliterating atherosclerosis.

Цель исследования. Оценить толерантность к физической нагрузке пациентов после ампутации нижних конечностей ввиду облитерирующих заболеваний конечностей, выбрать по результатам исследования оптимальный режим двигательной активности, вид физической реабилитации, с последующим выбором модуля протеза нижних конечностей.

Материалы и методы. В клинике ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России в виде нагрузочной пробы нами использовался метод ручной велоэргометрии. Начальная нагрузка определялась индивидуально, по расчетам должного максимального потребления кислорода, с учетом ампутации н/к расчет производился по должной массе тела. Нами обследовано 45 пациентов с ампутациями н/к по причине облитерирующего атеросклероза. По результатам нагрузочного тестирования у 45% пациентов из этой группы выявлена ИБС. Для исследования отобрано 20 человек, 6 женщин и 11 мужчин с подтвержденной ИБС после ампутации н/к в возрасте от 53 до 77 лет. Из них 11 пациентов имели ампутацию голени, 8 с ампутацией бедра, 1 пациент с ампутацией правой голени и левого бедра. Контрольную группу составили пациенты с ампутацией н/к без сопутствующей ССП в количестве 10 человек.

Результаты. В соответствии с уровнем толерантности к ФН, был определен комплекс упражнений в процессе подготовки к протезированию, а также прогноз пользования протезом. В комплекс подготовки к протезированию были включены силовые упражнения в виде ручного педалирования со ступенчато-возрастающей ФН. Помимо медикаментозной терапии всем пациентам также проводились реабилитационные мероприятия в виде физиотерапии, разработки контрактур, кинезиотейпирования. По результатам повторной велоэргометрии, после проведенного лечения, были установлены соответствующие режимы пользования протезом.

Заключение. Пациенты, перенёвшие ампутацию по причине облитерирующего атеросклероза в большом проценте, имеют сопутствующую патологию в виду заболеваний сердечно-сосудистой системы, исход которой является наиболее частой причиной смерти у таких пациентов. Учитывая сам факт ношения протеза как дополнительную физическую нагрузку, риск осложнений со стороны ССП значительно возрастает, что диктует необходимость предварительной оценки толерантности к физической нагрузке для последующего прогнозирования успешного ношения протеза, а также снижения риска внезапной смерти.

Список литературы

1. Бурнос А.А., Сердюков С.В., Кантемирова Р.К. Анализ variability сердечного ритма у пациентов пожилого и старческого возраста, перенесших ампутацию нижних конечностей, на этапе подготовки к протезированию. // Ж.: Клиническая геронтология. – СПб., № 3-4, 2016. – С. 23-28.
Burnos A.A., Serdyukov S.V., Kantemirova R.K. Analiz variabel'nosti serdechnogo ritma u pacientov pozhilogo i starcheskogo vozrasta, perenessih amputaciyu nizhnih konechnostej, na ehstage podgotovki k protezirovaniyu. // Zh.: Klinicheskaya gerontologiya. – SPb., № 3-4, 2016. – S. 23-28.
2. Бурнос А.А., Кантемирова Р.К., Крюков А.С., и др. Выбор оптимальной функциональной пробы для оценки толерантности к физическим нагрузкам пациентов пожилого и старческого возраста при подготовке к первичному протезированию // Вестник всероссийской гильдии протезистов-ортопедов. 2017. № 2 (64). С. 34-35.
Burnos A.A., Kantemirova R.K., Kryukov A.S., i dr. Vychor optimal'noj funkcional'noj proby dlya ocenki tolerantnosti k fizicheskim nagruzkam pacientov pozhilogo i starcheskogo vozrasta pri podgotovke k pervichnomu protezirovaniyu // Vestnik vserossijskoj gil'dii protezistov-ortopedov. 2017. № 2 (64). S. 34-35.
3. Особенности реабилитации инвалидов пожилого возраста в Санкт-Петербурге и её эффективность/Е.В. Кароль, Р.К. Кантемирова и др //Вестник Российской военно-медицинской академии. 2016. № 4 (56). С. 175-180.
Osobennosti reabilitacii invalidov pozhilogo vozrasta v Sankt-Peterburge i eyo ehffektivnost'/E.V. Karol', R.K. Kantemirova i dr //Vestnik Rossijskoj voenno-medicinskoj akademii. 2016. № 4 (56). S. 175-180.
4. Пономаренко Г.Н. Медицинская реабилитация: учебник. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. С. 360.
Физическая и реабилитационная медицина национальное руководство / под.ред. Г.Н. Пономаренко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. С. 684.
Ponomarenko G.N. Medicinskaya reabilitaciya: uchebnik. - M.: GEHOTAR-Media, 2014. S. 360
Fizicheskaya i reabilitacionnaya medicina nacional'noe rukovodstvo / pod.red. G.N. Ponomarenko. - M.: GEHOTAR-Media, 2016. S. 684.

5. The dynamics and the structure of indicators of secondary disability as a result of cerebrovascular diseases in elderly people in St. Petersburg for 2005–2014 Kantemirova R.K., Fidarova Z.D., Karol E.V. *Advances in Gerontology*. 2016;(6): 260-264.

Selection of the optimal functional tests to assess the state of cardiovascular system in elderly patients undergoing lower limb amputation /Burnos A.A., Kantemirova R.K., Sviridova E.O., Fidarova Z.D., Kozina L.S. *Book of Abstracts: Effective current approaches in anti-aging medicine and gerontology*. Stockholm.2018: 20-24.

УДК - 616.8:616-036.86.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Чапко И.Я., Филиппович А.Н., Перкова В.Е.

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», Республика Беларусь

Республика Беларусь, Минск

FEATURES OF THE PROGRAM FOR THE REHABILITATION OF PATIENTS WITH SYMPTOMATIC EPILEPSY

Chapco I. Ya., Fillipovich A.N., Perkova V.E.

National Scientific and Practical Centre of Medical Assessment and Rehabilitation,

Gorodische, Minsk Region, Belarus

Аннотация: Медицинская реабилитация пациентов с симптоматической эпилепсией включает технологии лечебной физкультуры, психотерапии, аппаратной физиотерапии, водолечение, лекарственные средства, диетотерапию. Разработаны показания к применению, особенности использования отдельных методов.

Abstract. Medical rehabilitation of patients with symptomatic epilepsy includes technologies and methods of physiotherapy, psychotherapy, apparatus physiotherapy, hydrotherapy, medicines, diet therapy. Developed indications for use, particular use of individual methods.

Ключевые слова: медицинская реабилитация, симптоматическая эпилепсия.

Key words. medical rehabilitation, symptomatic epilepsy.

Особое место среди актуальных проблем восстановительного лечения пациентов с заболеваниями ЦНС занимают вопросы медицинской реабилитации лиц с симптоматической эпилепсией. Симптоматическая эпилепсия (условно называемая «вторичной эпилепсией») – одно из проявлений органических заболеваний центральной нервной системы (черепно-мозговая травма, опухоли головного мозга, энцефалопатии, инсульт и др.), в клинической картине которых наряду с эпилептическим синдромом отмечаются и другие неврологические синдромы [1, 2, 3, 4]. Актуальность проблемы реабилитации данной категории пациентов обусловлена возрастающей потребностью осуществления эффективных мер по предупреждению или снижению тяжести инвалидности, обеспечением доступа пациента к комплексу медицинских услуг, направленных на восстановление нормальной жизнедеятельности организма пациента и компенсацию его функциональных возможностей, нарушенных в результате заболевания с использованием широкого спектра медицинских и иных методов, опирается на использование личностного потенциала пациента, адаптацию повседневной среды [5, 6, 7].

В основу настоящей статьи положены результаты научно-исследовательских работ по разработке методов медицинской реабилитации пациентов с симптоматической эпилепсией, выполненные в 2013–2017 гг.

Медицинская реабилитация осуществляется пациентам с симптоматической эпилепсией, обусловленной черепно-мозговой травмой (S06 – здесь и далее указан код по МКБ-10), цереброваскулярной патологией (I60 - I64), воспалительными заболеваниями центральной нервной системы (G00-G09) (в восстановительном периоде процесса, а также в периоде последствий – до 2-х лет); доброкачественными опухолями головного мозга (D32, 33) (после оперативного лечения), у пациентов перенесших операции по поводу артерио-венозных мальформаций головного мозга и артериальных мешотчатых аневризм (I72).

Медицинская реабилитация проводится пациентам после стабилизации жизненно важных функций организма (при снижении частоты эпилептических приступов до 2-х и менее в месяц) в остром, раннем и позднем восстановительных периодах заболеваний, а также пациентам с последствиями заболеваний. При осуществлении медицинской реабилитации на пациента заполняется индивидуальная программа медицинской реабилитации. При формировании программы и проведении медицинской реабилитации используются технологии лечебной физкультуры, психотерапия, аппаратная физиотерапия, водолечение, лекарственные средства, диетотерапия.

Основными задачами лечебной физической культуры (ЛФК) у пациентов с симптоматической эпилепсией являются: уравнивание процессов возбуждения и торможения в головном мозге, улучшение трофики мозговой ткани, укрепление систем организма и расширение его адаптивных возможностей, обеспечение нормального физиологического тонуса мышц, предупреждение изменений личности. При применении лечебной физкультуры следует придерживаться принципа этапности в лечении, дозированной нагрузки, соблюдать постепенность в наращивании интенсивности физической нагрузки в соответствии с клиническим состоянием пациента. Реабилитационный эффект при тренировке возможен при соблюдении ряда принципов: систематичности, регулярности, длительности, дозировании нагрузки, индивидуализации.

Особенностями реабилитационной тактики ЛФК при симптоматической эпилепсии является: следует избегать гипервентиляции (упражнения следует выполнять в умеренном темпе); в комплекс не рекомендуется включать упражнения на быстроту, скорость перехода из одного положения в другое, на равновесие; используется принцип постепенного усложнения выполняемых упражнений; во время выполнения упражнений следует избегать задержки дыхания на выдохе. Проводить физическую реабилитацию пациенту необходимо на фоне противосудорожной терапии.

Лечебная физкультура при симптоматической эпилепсии может проводиться в форме индивидуальной и групповой лечебной гимнастики (индивидуально, по показаниям). При симптоматической эпилепсии первые занятия ограничиваются временем 10 мин, затем длительность их постепенно увеличивается до 20 - 30 мин в день. Упражнения индивидуально усложняются. При выполнении упражнений необходимо следить, чтобы дыхание осуществлялось только носом во избежание гипервентиляции легких, которая опасна усилением судорожной готовности (обращать на это внимание пациентов); необходимо также акцентировать внимание пациентов, что растяжение и расслабление мышц происходит лучше на выдохе. Лечебную гимнастику необходимо проводить регулярно с постепенным возрастанием нагрузки и разнообразием упражнений; в комплекс должны входить упражнения, охватывающие различные мышечные группы. При отсутствии эпилептических приступов с 10 го занятия можно применять занятия на тренажерах: ходьбу на беговой дорожке и велотренажер в спокойном равномерном темпе без выраженного ускорения и замедления скорости движений. В случае если на фоне занятий отмечается учащение приступов, а также в первые два дня после приступа занятия временно отменяются.

Использование физических факторов (физиотерапии) способствует более быстрому восстановлению или компенсации нарушенных функций организма и осуществляется с учетом этиологического фактора, приведшего к симптоматической эпилепсии (черепно-мозговая травма, инфаркт мозга, нейроинфекции и др.). При частых эпилептических приступах и эпилептических приступах средней частоты физиотерапевтическое лечение противопоказано. При редких эпилептических приступах физиотерапевтическое лечение проводят на фоне обязательной противосудорожной терапии. Его назначают с целью: снижения возбудительных процессов в головном мозге, активации тормозных процессов в головном мозге, улучшения кровоснабжения мозговой ткани, улучшения метаболизма мозговой ткани, дегидратации структур мозга, уменьшения воспалительных процессов, уменьшения спазмических процессов.

Электросон (импульсная электротерапия) осуществляется постоянным импульсным током длительностью 0,2-0,5 мс, силой до 10 мА с частотой от 1 до 160 Гц и используется в сочетании с электрофорезом. Электросон и электрофорез седативных и рассасывающих веществ (натрия оксидбутират, натрия бромид, калия йодид) методом электросна проводится с включением дополнительной постоянной составляющей тока. Частота импульсов – 5-10 Гц. Продолжительность воздействия 30-60 минут. Курс – 15-20 процедур, ежедневно. Повторный курс реабилитации проводят с интервалом не ранее 3 месяца.

Хвойные ванны готовят путем добавления порошкообразного или жидкого хвойного экстракта. Температура воды индифферентная, 35 — 37°C, продолжительность —10—15 мин. Курс лечения—10—20 ванн, ежедневно или через день.

Шалфейные ванны приготавливают, растворяя в воде жидкий или сгущенный конденсат мускатного шалфея. Температура воды 35—37°C, продолжительность 8—15 мин. Курс лечения состоит из 12—15 процедур, проводимых с частотой 3—4 раза в неделю.

Психотерапия используется для влияния не только на патологические проявления, но и на личность пациента с целью приспособления к повседневной жизни в условиях изменившегося состояния здоровья. Общие и специальные психотерапевтические мероприятия используются для смягчения негативной аффективной напряженности и формирования позитивного умонстроения, что снижает судорожную готовность мозга.

Рациональная психотерапия в виде беседы. Главными задачами являются установление доверительного контакта с пациентом и разъяснительное подкрепление всех видов лечебных процедур и лекарственных назначений; изменение представления пациента о своей болезни; коррекция социальной установки, отношения к труду, окружающим. Во время психотерапевтической беседы необходимо обсуждать вопросы: как пациенты должны вести себя в обществе, подчеркивать необходимость участия их в трудовой деятельности, в виде советов рекомендовать, каким образом они могут учиться или работать. В первых беседах с пациентами придается психотерапевтический акцент информационно-конструктивному методу, который сохраняет свою направленность и в дальнейшем.

Аутогенная тренировка. Применение методики аутогенной тренировки в реабилитации пациентов с симптоматической эпилепсией позволяет решить следующие задачи: ингибировать пароксизмальные разряды или противодействовать тем системам, которые способствуют возникновению эпилептической активности, путем создания в головном мозге «здоровой доминанты» в момент концентрации внимания и волевого усилия; сформировать навыки волевого расслабления скелетной мускулатуры; скорректировать личностные нарушения путем рационализации болезненных переживаний; предупредить припадок или его вторичную генерализацию в тех случаях, где он начинается с ауры; менять объем фармакотерапии, понижая суточную дозу лекарственных средств при сохранении или даже повышении общего терапевтического эффекта.

В основе аутогенной тренировки лежит комплекс из шести стандартных упражнений: подготовительная фаза спокойствия, ощущение тяжести, ощущение тепла, регулировка ритма сердечной деятельности, регуляция дыхания, коррекция деятельности органов брюшной полости, коррекция мышечно-сосудистой системы головы.

У пациентов с симптоматической эпилепсией целесообразно использовать вариант аутогенной тренировки с акцентом не на мышечном расслаблении, а на развитии процесса самоконтроля, саморегуляции; большее значение при этом придается расширенным формулам спокойствия. Применение аутогенной тренировки рассчитано на курс ежедневных занятий до 20 дней.

Аутотренинг при эпилепсии отличается рядом особенностей. В меньшей степени прорабатываются упражнения на регуляцию дыхания и сердечного ритма (третье и четвертое), акцент делается не на мышечном расслаблении (эти упражнения наиболее актуальны при моторных припадках без генерализации приступа), а на получении эффекта аутогенного погружения, - второй фазы аутогенной тренировки; подробная фиксация на чувстве тяжести не проводится, тепловые ощущения в конечностях дополняются холодowymi в области лица и головы. В связи с этим рекомендовано не заниматься тренировкой отдельных упражнений, а давать пациентам подготовительную формулу и четыре упражнения классической методики полностью с первого сеанса (для сокращения сроков реабилитации).

Освоение всего объема используемых приемов можно подразделить на три этапа. На первом этапе наряду с формулами спокойствия ведущими являются упражнения, задающие ритм дыханию и частоту пульса. Дыханию придается легкий поверхностный характер. На втором этапе отрабатываются упражнения, относящиеся к лицу к голове. Образцом многократного повторения формул могут служить следующие: «Голова светлая и ясная, лицо овеает прохладный ветер. На непокрытую голову, за шиворот падают редкие снежинки». Если исходной является «поза кучера», пациенту предлагается представить себя на берегу прозрачного ручья («мысли текут прозрачно и холодно, как ключевая вода в ручье»). Этой «ключевой водой, от которой стынут зубы», пациент «обтирает свое лицо, припадая к ней и делает несколько глотков». На третьем этапе пациентам предлагается вызвать у себя ряд конкретно-чувственных представлений, образов, преимущественно обонятельных (например, сладковатую горечь полыни в открытой степи, приторный аромат в поле цветущего мака, резкое благоухание белых ландышей в тени деревьев и т. д.) Индивидуальное проведение этих приемов должно варьировать у каждого лица. В состоянии отвлеченного покоя

пациенты пребывают 15 - 20 минут. На выходе из него включается формула особой просветленности сознания, хорошего самочувствия, бодрости и ясности духа.

Медикаментозная коррекция осуществляется индивидуально, по показаниям (в зависимости от этиологического фактора); выбор лекарственных средств производится в соответствии с клиническими протоколами лечения пациентов с патологией нервной системы. Основные принципы тактики медикаментозной коррекции симптоматической эпилепсии на этапе медицинской реабилитации: индивидуальность (подбор противосудорожного лекарственного средства осуществляется индивидуально каждому пациенту); монотерапия (коррекция осуществляется только одним противосудорожным лекарственным средством (средством первой очереди выбора, при неэффективности лекарственного средства первой очереди выбора следует проводить монотерапию средством второй очереди выбора, а при его неэффективности – третьей, только в случае отсутствия эффекта при монотерапии добавляется второе противосудорожное лекарственное средство); непрерывность (перерывы в приеме средства не допускаются); длительность (продолжительность приема противосудорожного лекарственного средства должна составлять не менее 2-5 лет после последнего припадка (вопрос о длительности решается индивидуально, по показаниям).

Организация «Школы пациента с симптоматической эпилепсией».

«Школа пациента» является одной из наиболее простых и удобных форм обучения пациентов, проходящих курс реабилитационных мероприятий в стационарных и амбулаторных условиях. В «школу» включают группы пациентов в раннем восстановительном периоде заболевания, проходящие курс реабилитационных мероприятий в условиях стационарного отделения реабилитации, а также пациенты, у которых уже сформировались стойкие последствия на органном или организменном уровне и возникла потенциальная или реальная угроза инвалидности.

Задачи обучения в школе:

1. Информирование пациентов о сути их болезни (причинах и механизмах ее развития, клинических проявлениях), современных принципах лечения и реабилитации.

2. Обучение пациента навыкам правильной организации повседневной жизни, направленным на предупреждение (или уменьшение частоты) приступов, профилактику травматизма (во время эпилептического припадка).

3. Психологическая адаптация пациента к имеющемуся заболеванию, обучение психотерапевтическим методикам, позволяющим уменьшить частоту приступов; стресс и нарушения настроения, обусловленные болезнью; нормализовать сон.

4. Ознакомление пациентов принципам медикаментозного и немедикаментозного лечения и реабилитации, обучение навыкам самоконтроля и профилактики срывов состояний компенсации.

5. Формирование у пациента здорового (рационального) образа жизни.

6. Обучение и оказание консультативной помощи родственникам пациентов по вопросам амбулаторного ведения пациентов.

Диетотерапия. Особенности организации правильного питания при симптоматической эпилепсии (способствующие уменьшению количества приступов) доводятся пациентам во время проведения образовательных программ в рамках «школы пациента» или при рациональной психотерапии. Пациентам не рекомендуются крепкий чай, кофе, алкоголь, газированные напитки, «быстрые» углеводы (хлеб и мучные продукты, сладости, картофель). Следует ограничить употребление жидкости, острых (уксус, перец, хрен, чеснок, горчица и др.), соленых (сельдь, кильки, соления) блюд, продуктов с высоким содержанием азота (фасоль, горох, бобы), белка. Избыточное употребление омега-6 жирных кислот могут увеличить частоту приступов (при локализации очага в височной доли). При оценке факторов, провоцирующих приступы, следует учитывать, что индивидуальные аллергические реакции на те или иные продукты могут быть причиной аномальной электрической активности мозга (в ряде случаев, аспартам, содержащийся в диетических напитках, пудингах, желе, йогурте служит причиной развития приступов). Мясные продукты (птица, белая рыба, говядина) являются источником аминокислоты таурина, подавляющей аномальную электрическую активность мозга. Их рекомендуется употреблять в отварном виде. Необходимо соблюдать режим питания: промежутки между приемами пищи должны быть равномерными и составлять 3-4 часа; последний прием пищи за 2-3 часов до сна. Ряд противосудорожных препаратов снижают в крови уровень В1, В6, В12, никотиновой кислоты. В связи с чем, пациентам с эпилепсией рекомендуются дрожжи, говяжья печень, ростки пшеницы, яичный желток, рис, морковь, орехи, зелень. Также, вероятность наступления приступа возрастает при дефиците магния, который возникает при жаре или после непривычной (повышенной) физической нагрузки, что может

спровоцировать припадок. К продуктам, богатыми магнием относятся орехи (кешью, фисташки, кедровые, миндаль), морская капуста, ячневая крупа, овсянка.

Выводы: таким образом, грамотное и комплексное формирование программы медицинской реабилитации пациентов с симптоматической эпилепсией позволит улучшить клинико-социальный исход заболевания, будет способствовать предупреждению развития инвалидности или снижения степени выраженности нарушений, ограничений жизнедеятельности при сформировавшейся инвалидности.

Список литературы:

1. Дзяк, Л.А. Эпилепсия / Л.А. Дзяк, Л.Р. Зенков, А.Г. Кириченко. – К.: Книга-плюс, 2001. –168 с.
Dzyak, L.A. Epilepsiya / L.A. Dzyak, L.R. Zenkov, A.G. Kirichenko. – К.: Kniga-plyus, 2001. –168 s
2. Зенков П.Р. Клиническая эпилептология. Практическое руководство, М.: МИА, 2002. -416 с.
Zenkov P.R. Klinicheskaya epileptologiya. Prakticheskoe rukovodstvo, M.: MIA, 2002. -416 s.
3. Клиническая неврология с основами медико-социальной экспертизы: руководство для врачей /под ред. А.Ю. Макарова. – СПб., 2006. – 600 с.
Klinicheskaya nevrologiya s osnovami mediko-socialnoj ekspertizy: rukovodstvo dlya vrachej /pod red. A.Yu. Makarova. – SPb., 2006. – 600 s.
4. Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации / М.В.Коробов [и др.]; под общ. ред. М.В.Коробова. – 3-е изд., перераб. и доп. – СПб.: Гиппократ, 2010. – 1032 с.
Spravochnik po mediko-socialnoj ekspertize i reabilitacii / M.V.Korobov [i dr.]; pod obsh. red. M.V.Korobova. – 3-e izd., pererab. i dop. – SPb.: Gipokrat, 2010. – 1032 s.
5. Смычѣк В.Б., Хулуп Г.Я., Милькаманович В.К. Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – Минск: ЮНИПАК, 2005. – 420 с.
Smychyok V.B., Hulup G.Ya., Milkamanovich V.K. Mediko-socialnaya ekspertiza i reabilitaciya. – Minsk: YuNIPAK, 2005. – 420 s.
6. Смычѣк В.Б. Современная медицинская концепция последствий болезни и «составляющих здоровья». – Минск, 2008. – 74 с.
Smychyok V.B. Sovremennaya medicinskaya koncepciya posledstvij bolezni i «sostavlyayushih zdorovya». – Minsk, 2008. – 74 s.
7. Смычѣк В.Б. Современные аспекты инвалидности. – Минск: БГАТУ, 2012. – 268 с.
Smychyok V.B. Sovremennye aspekty invalidnosti. – Minsk: BGATU, 2012. – 268 s.

УДК-13058.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Погольская М.А., Виноградская З.В.
Реабилитационный центр ЭйрМЕД

Россия, Санкт-Петербург

FUNCTIONAL APPROACH TO THE REHABILITATION OF PATIENTS WITH DISEASES OF THE MUSCULOSKELETAL SYSTEM

Pogolskaya M. A, Vinigradskaya Z.V.
Rehabilitation center EirMED

Russia, St.Peterburg

Аннотация: Поделиться опытом использования МКФ в реабилитации пациентов с заболеваниями ОДА.

Abstract. To share the experience of using the ICF in the rehabilitation of patients with ODA diseases.

Ключевые слова: Реабилитация, МКФ, навыки движения, опорно-двигательный аппарат.

Key words. Rehabilitation, ICF, movement skills, musculoskeletal system.

МКФ используется при проведении первичного приема и при построении реабилитационного диагноза, на каждой встрече проводится оценка эффективности с помощью МКФ и этапные оценки результатов достигнутых целей.

Работа с пациентом начинается с первичного приема, на котором присутствует команда специалистов: врач травматолог-ортопед, врач невролог, психолог и специалист по физическим методам реабилитации. Такой прием позволяет оценить текущую ситуацию пациента и его семьи с разных сторон, а именно по каждому из раздела МКФ: активность и участие, функции, структуры, факторы среды, личностные факторы. Данные из раздела активность и участие позволяют выявить наиболее приоритетные задачи, такие как самообслуживание, туалет, прием пищи, одевание и пр.

Оценка функций информирует нас о сильных сторонах пациента на которые можно опираться, проводя реабилитационные мероприятия, например, хорошее зрение, и учесть слабые стороны, например, высокое давление или пороки сердца и нарушение дыхания.

Данные о структурах обязательно должны быть подкреплены результатами инструментальных исследований, и дают нам возможность быстро сформировать представление обо всем организме пациента.

Анализируя факторы среды и личностные факторы, мы можем иногда очень быстро улучшить качество жизни пациента - например возможностью подобрать адекватное техническое средство реабилитации в соответствии с желанием пациента.

Использование всех доступных инструментов и методов реабилитации в соответствии с выстроенной и согласованной с семьей пациента задачей, позволяет сочетать анатомо-физиологические задачи такие как консолидация перелома, разработка контрактур, восстановление кровообращения, исправление деформации, восстановление нервной проводимости и др. с ежедневными задачами пациента, такими как, уход за собой, перемещение, поза в течении дня, питание и др. Имея такой инструмент, как МКФ мы можем сочетать методы и инструменты реабилитации улучшая качество жизни пациента с первого дня восстановительного лечения.

Для дальнейшего развития функционального подхода мы приглашаем врачей всех специальностей участвовать в обсуждениях, клинических разборах по Scupe. Инструмент расширения клинического мышления функциональным подходом в руках каждого из нас помогает менять жизнь пациента, а не только состояние его организма.

В работе мы используем методы физической и технической двигательной реабилитации (такие как, массаж, пассивная и активная лечебная физкультура, кинезиотерапия, физиотерапия, спинальная электростимуляция, механотерапия). Для приобретения и восстановления навыков движения, а также для формирования автоматизма ходьбы в соответствии с индивидуальной биомеханикой.

Абилитация и реабилитация пациентов происходит комплексно с участием команды специалистов состоящей из врачей, эрготерапевтов, специалистов по двигательной реабилитации, ортопедов-ортезистов, психологов, специалистов МСЭ и при необходимости привлеченных специалистов других специальностей.

Мы использовали функциональный подход в разработке плана реабилитации и абилитации у 24 пациента в проведении курса реабилитации с функциональными задачами и с контрольной группой 23 пациентов, проходящих курс реабилитации в соответствии с клиническим диагнозом и соблюдением методик проведения восстановительного лечения.

По результатам проведенных курсов оценивали приобретенные двигательные навыки. В функциональной группе навыки были устойчивее и достигнуты за меньшие сроки, а также была возможность прогнозировать новые цели, что упрощало обоснование рекомендаций для самостоятельного выполнения пациентом.

В контрольной группе основные трудности были в обосновании целей для пациента и членов его семьи, в связи с этим более низкая мотивация во время проведения реабилитационных мероприятий и у 18 пациентов отмечено бездействие в периоды между реабилитационными курсами, что увеличивает объемы и сроки восстановительного лечения, а также способствует присоединению осложнений.

Предлагаем рассмотреть пример: Пациент 37 лет, инвалид III гр.

Диагноз клинический: кефосколиоз 58', последствие перелома Th8-Th9 автотравма от 2005 года, посттравматическая нейропатия нижних конечностей.

Диагноз сопутствующий: БА, в состоянии ремиссии. Варикозное расширение вен нижних конечностей.

Диагноз функциональный: Выраженные трудности в рабочей деятельности, связанные с перемещением по городу в общественном транспорте и ходьбой пешком более чем 1км. в день с рабочим инвентарем весом 12 кг (кинооператор). Выраженные трудности во время занятий спортом, выраженные трудности во время ходьбы более чем на 1 км.

Умеренные трудности в уходе за собой, в частности мытье и обработке ногтей на ногах.

Пациент не использует ортопедические изделия из-за их эстетического вида.

Реабилитационная цель на время проведения курса реабилитации (пациент приехал на 20 дней):

По окончании курса пациент сможет справляться с рабочими задачами используя ежедневные тренировки и ортопедическое пособие, справляется с самообслуживанием с вспомогательными средствами, занимается плаванием и большим теннисом (игра обеими руками).

Задачи: Оценка ходьбы, адаптация выносливости во время ходьбы, с учетом веса и вида рабочего инвентаря. Подбор ортопедических изделий и адаптация их в режим жизни пациента. Подбор оптимального вида спорта. Составление и проведение двигательной реабилитации в сочетании с массажем, физиотерапией, электростимуляцией, с использованием элементов подобранного вида спорта, с соответствующим ортопедическим пособием и в соответствии с ежедневными рабочими задачами пациента (подбор обуви с ортопедическим пособием, изготовление ортопедического корсета, подбор рюкзака и пояса для мелочей, подбор компрессионного трикотажа, использование палок для скандинавской ходьбы, на период адаптации ходьбы, обучение ежедневным тренировкам в том числе с теннисной ракеткой, подбор бассейна по месту жительства.) Обработка стоп и ногтей, подбор оптимальной позы и устройств для обучения пациента самостоятельной обработке стоп и уходу за собой (стул, портативная лампа-лупа и ножницы с длинной ручкой для обработки стоп на расстоянии, мочалка с длинной изогнутой ручкой для самостоятельного мытья).

Внесли рекомендации в ИПРА для получения приспособлений для ухода, которые были успешно реализованы. По окончании курса реабилитации пациент сам вносит корректировки в режим ежедневных занятий, и мероприятий, которые будет выполнять самостоятельно, так как принимает их и считает важными и полезными в своей жизни. Ортопедические изделия использует, так как такой вид изделий считает приемлемым.

Вывод: Функциональный подход к реабилитации позволяет не только быстрее достигать восстановления двигательной функции, но и главное, возвращать социальную активность реабилитируемого.

УДК 616.895.8 – 036.82/.85:616.001.33 (100)

МЕТОД ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА С УЧЕТОМ ОЦЕНКИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА (ВЫСОКОГО, СРЕДНЕГО И НИЗКОГО) ПО КОДАМ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ (МКФ)

Т.А. Емельянцева¹, А.В. Марушкина², Т.А. Невмержицкая²

¹ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации»
Республика Беларусь, п. Городище

²ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» Республика Беларусь г.
Минск

Республика Беларусь, Минск. Городище

THE METHOD OF DIFFERENTIATED COMPLEX MEDICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIC DISORDERS, TAKING INTO ACCOUNT THE EVALUATION OF THE REHABILITATION POTENTIAL (HIGH, MEDIUM AND LOW) ACCORDING TO THE CODES OF THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH (ICF)

Yemelyantsava T.A.,¹ Marushkina A.V.,² Neumiarzhyskaya T.A.²

¹Republican Scientific and Practical Center for Medical Examination and Rehabilitation

Republic of Belarus, v. Gorodishche;

²Republican Scientific and Practical Center for Mental Health

Republic of Belarus, Minsk

Аннотация: Разработаны научно-обоснованные критерии функциональных нарушений, активности и участия, факторов внешней среды по кодам МКФ, определяющие реабилитационный потенциал и формирование ограничений жизнедеятельности у пациентов с расстройствами шизофренического спектра. Разработаны дифференцированные комплексы (программы) медицинских реабилитационных мероприятий с учетом ведущих нарушений для пациентов с высоким, средним и низким реабилитационным потенциалом, проведена их апробация и оценка их эффективности. В группе пациентов с расстройствами шизофренического спектра с высоким реабилитационным потенциалом выявлены наиболее выраженные эффекты разработанных комплексов (программ) медицинской реабилитации: снижение тяжести нарушений по кодам МКФ с $59,3 \pm 19,3$ баллов до $31,0 \pm 14,6$ баллов. Наибольшие результаты достигнуты в улучшении высших когнитивных функций, функций межличностных отношений и коммуникативных функций. В группе пациентов со средним реабилитационным потенциалом - в улучшении функций межличностных отношений, доменах самообслуживания и домашней жизни. В группе пациентов с низким реабилитационным потенциалом использование разработанных комплексов (программ) медицинской реабилитации имело наименьшую эффективность: снижение тяжести нарушений по кодам МКФ с $78,19 \pm 25,2$ баллов до $50,05 \pm 21,1$ баллов. Сравнительный анализ оценки функционирования пациентов с разным реабилитационным потенциалом до и после медицинской реабилитации показал достоверную разницу результатов на уровне $p=0,01$ и $p=0,00$ соответственно.

Abstract. Scientifically substantiated criteria of functional disorders, activity and participation, environmental factors by codes of the ICF, determining the rehabilitation potential and the formation of life limits in patients with schizophrenic disorders have been developed. Differentiated complexes (programs) of medical rehabilitation measures have been developed taking into account the leading violations for patients with high, medium and low rehabilitation potential, approbation and evaluation of their effectiveness. In the group of patients with schizophrenic disorders with high rehabilitation potential, the most pronounced effects of the developed complexes (programs) of medical rehabilitation have been revealed: a decrease in the severity of violations by ICF codes from 59.3 ± 19.3 points to 31.0 ± 14.6 points. The greatest results have been achieved in improving higher cognitive functions, functions of interpersonal relationships and communicative functions. In the group of patients with an average rehabilitation potential - in improving the functions of interpersonal relationships, self-service domains and home life. In the group of patients with low rehabilitation potential, the use of developed medical rehabilitation programs (programs) was the least effective: reducing the severity of violations by codes of the ICF from 78.19 ± 25.2 points to 50.05 ± 21.1 points. A comparative analysis of the assessment of the functioning of patients with different rehabilitation potentials before and after medical rehabilitation showed a significant difference in results at the level of $p = 0.01$ and $p = 0.00$, respectively.

Ключевые слова: расстройства шизофренического спектра, ограничения жизнедеятельности, реабилитационный потенциал, Международная классификация функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (МКФ), метод дифференцированной комплексной медицинской реабилитации.

Key words. disorders of the schizophrenic spectrum, disability, rehabilitation potential, International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), method of differentiated complex medical rehabilitation.

В настоящее время расстройства шизофренического спектра занимают центральное место при рассмотрении вопросов инвалидности вследствие психических расстройств в Республике Беларусь [2]. Актуальными являются вопросы разработки эффективных мероприятий медицинской реабилитации, направленных на профилактику формирования ограничений жизнедеятельности и снижение тяжести инвалидности у пациентов с расстройствами шизофренического спектра.

Государственный подход к пониманию проблем здоровья и инвалидности с учетом Закона Республики Беларусь от 18.10.2016 N 424-З «О ратификации конвенции о правах инвалидов» требует современных универсальных международных подходов к осуществлению медицинской реабилитации и экспертизы.

В настоящее время универсальной, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения, системой оценки здоровья является Международная классификация функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (далее - МКФ) [1, 3].

Медицинская реабилитация как комплекс медицинских услуг, направленных на восстановление нормальной жизнедеятельности требует последовательной оценки последствий

болезни: нарушений функций организма, ограничений жизнедеятельности, социальной недостаточности, определения реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза.

Высокий реабилитационный потенциал позволяет рассчитывать на полную обратимость или компенсацию основных функциональных нарушений на уровне функциональных классов (далее – ФК) 0-1; средний реабилитационный потенциал - до уровня ФК 2; низкий реабилитационный потенциал - до уровня ФК 3.

Государственный подход к оказанию медицинской помощи требует также оптимизации затрат на проведение медицинской реабилитации пациентам с расстройствами шизофренического спектра с учетом их реабилитационного потенциала.

Цель исследования: повысить эффективность медицинской реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра и оптимизировать затраты путем разработки и внедрения метода дифференцированной комплексной медицинской реабилитации с учетом оценки реабилитационного потенциала (высокого, среднего, низкого) по кодам МКФ.

Материалы и методы:

В рамках выполнения задания «Разработать и внедрить логистическую модель медико-социальной реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра с использованием МКФ» отраслевой научно-технической программы «Реабилитация, экспертиза, предупреждение инвалидности» на 2016–2020 г.г. проведено комплексное исследование функциональных нарушений, активности и участия факторов внешней среды по стандартизированным кодам МКФ 309 пациентов с расстройствами шизофренического спектра в возрасте $37,3 \pm 10,9$ лет (57,9% муж, 42,1% жен). У большинства из них (73,1%) был выставлен диагноз шизофрении.

С целью определения ведущих причин формирования ограничений жизнедеятельности по кодам МКФ использованы методы корреляционного анализа, статистики χ^2 -квадрат, коэффициент Крамера v или неопределенности, α^* значимости двухсторонней, метод логистической регрессии, построение ROC-кривых.

Результаты и обсуждение:

Из клинических факторов наиболее значимое достоверное влияние на формирование ограничений жизнедеятельности у пациентов с расстройствами шизофренического спектра имела длительность расстройства ($\chi^2=72,4$, $\alpha=0,000$).

Выявлен целый ряд значимых достоверных взаимосвязей между клинико-функциональными нарушениями (b), нарушениями активности и участия (d), факторами внешней среды (e) и тяжестью ограничений жизнедеятельности [4-7] (таблица 1).

Таблица 1. Показатели значимых взаимосвязей между тяжестью ограничения жизнедеятельности и нарушениями по кодам МКФ у пациентов с расстройствами шизофренического спектра

Фактор	χ^2	v	α
длительность заболевания	72,4	0,28	0,000
b130 функции побуждения и энергии	120,9	0,176	0,000
b1300 степень психической энергии	143,9	0,185	0,000
b1301 мотивация	285,8	0,273	0,000
b1304 способность управлять импульсами	79,75	0,102	0,000
b1401 переключение внимания	106,0	0,13	0,000
b1402 разделение внимания	144,7	0,18	0,000
b144 функции памяти	74,24	0,283	0,000
b1520 соответствие эмоций ситуации	56,8	0,074	0,000
b1521 эмоциональная лабильность и контроль	42,04	0,054	0,000
b1522 спектр эмоций	74,09	0,094	0,000
b1601 форма мышления	92,2	0,121	0,000
b1602 содержание мышления	56,6	0,07	0,000
b1603 контроль мышления	71,55	0,091	0,000
b1640 способность абстрагироваться от мелких деталей	130,05	0,17	0,000
b1641 функции организации и планирования	157,2	0,202	0,000
b1643 когнитивная гибкость	194,07	0,25	0,000

b1644 осознание и понимание своих действий	112,35	0,14	0,000
b1645 функция суждений	183,9	0,23	0,000
b1646 состоятельность в решении проблем	218,4	0,28	0,000
d7102 толерантность в отношениях	152,6	0,196	0,000
d7104 соблюдение социальных условностей	144,8	0,179	0,000
d7202 способность регулировать отношения	148,6	0,189	0,000
d7203 способность соблюдать социальные границы	118,5	0,147	0,000
d7204 способность соблюдать социальные правила	124,8	0,155	0,000
e310 ближайшее семейное окружение	66,95	0,069	0,000
e315 расширенное семейное окружение	64,53	0,068	0,000
e1101 комплайнс приема ЛС	50,73	0,053	0,001

Логистический регрессионный анализ с использованием R-квадрата Кокса и Снелла, а также R-квадрата Нейджелкерка позволил определить, что результаты исследования 309 пациентов с расстройствами шизофренического спектра могут быть абсолютно перенесены на генеральную совокупность.

В соответствии с научно-обоснованными критериями, которые определяют реабилитационный потенциал и ограничения жизнедеятельности у пациентов с расстройствами шизофренического спектра, разработан комплекс психокоррекционных мероприятий, направленных на восстановление/поддержание нарушенных функций, уменьшение влияния барьерных факторов.

Разработаны психокоррекционные тренинги коммуникативных навыков, эмоциональной компетентности, совместного решения проблем, психобразовательный тренинг для родственников пациентов с расстройствами шизофренического спектра с учетом реабилитационного потенциала (групповой и индивидуальный формат).

Определены основные виды медицинских реабилитационных мероприятий для пациентов с расстройствами шизофренического спектра, включая основные мероприятия физической реабилитации, эрготерапии, наряду с психокоррекционными мероприятиями.

Разработаны дифференцированные комплексы (программы) медицинских реабилитационных мероприятий для пациентов с расстройствами шизофренического спектра с высоким, средним и низким реабилитационным потенциалом.

Проведена апробация дифференцированных программ комплексной медицинской реабилитации у 82 пациентов с расстройствами шизофренического спектра на стационарном этапе и амбулаторном этапе.

Проведена оценка эффективности разработанных дифференцированных программ комплексной медицинской реабилитации с учетом динамики нарушений по кодам МКФ (рис. 1).

В группе пациентов с расстройствами шизофренического спектра с высоким реабилитационным потенциалом выявлены наиболее выраженные эффекты разработанных комплексов (программ) медицинской реабилитации: снижение тяжести нарушений по кодам МКФ с $59,3 \pm 19,3$ (СКО= 6,12) баллов до $31,0 \pm 14,6$ (СКО= 4,63) баллов. Наибольшие результаты были достигнуты в улучшении высших когнитивных функций, функций межличностных отношений и коммуникативных функций.

В группе пациентов с расстройствами шизофренического спектра со средним реабилитационным потенциалом применение разработанных комплексов (программ) медицинской реабилитации позволило снизить нарушения функционирования по кодам МКФ с $78,19 \pm 25,2$ (СКО= 3,84) баллов до $50,05 \pm 21,1$ (СКО= 3,21) баллов. Наибольшие результаты были достигнуты в улучшении функций межличностных отношений и доменах самообслуживания и домашней жизни.

В группе пациентов с расстройствами шизофренического спектра с низким реабилитационным потенциалом использование разработанных комплексов (программ) медицинской реабилитации имело наименьшую эффективность: позволило снизить нарушения функционирования по кодам МКФ с $78,19 \pm 25,2$ (СКО= 3,84) баллов до $50,05 \pm 21,1$ (СКО= 3,21) баллов. Наибольшие результаты были достигнуты в улучшении функций межличностных отношений.

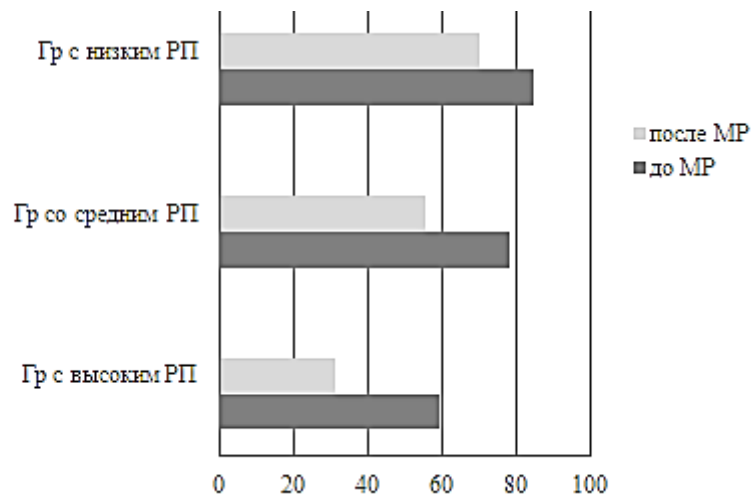


Рис.1 Динамика нарушений функционирования по кодам МКФ у пациентов с расстройствами шизофренического спектра в результате применения метода дифференцированной комплексной медицинской реабилитации с учетом реабилитационного потенциала

Оценка динамики комплаенса приема лекарственных средств и эмоциональной поддержки родственников в результате осуществления программ комплексной медицинской реабилитации показала сопоставимые результаты в группах с высоким, средним и низким реабилитационным потенциалом.

Сравнительный анализ оценки функционирования пациентов с разным реабилитационным потенциалом (ANOVA) до и после медицинской реабилитации показал достоверную разницу результатов на уровне $p=0,01$ и $p=0,00$ соответственно.

Разработан метод медицинской реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра с учетом реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза.

Выводы:

1. Формирование ограничений жизнедеятельности у пациентов с расстройствами шизофренического спектра и их реабилитационный потенциал определяется, прежде всего, нарушениями функции побуждения и энергии b130, нарушениями функции внимания и памяти b140+b144, нарушениями функций эмоций b152, нарушениями высших когнитивных функций b164, нарушениями по доменам самообслуживания и домашней жизни d510+d520+d540+d570+d610+d620+d630+d640, домену коммуникаций d330+d335+d350+d351, домену межличностных взаимоотношений d710+d720+d730+d740+d750+d770.

2. Значимыми факторами в эффективности мероприятий медицинской реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра являются комплаинс приема ЛС и поддержка со стороны ближайшего и расширенного семейного окружения.

3. Результаты оценки реабилитационного потенциала определяют центр тяжести медицинской реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра, который предполагает применение наиболее перспективных в отношении эффективности технологий реабилитации (психокоррекционных тренингов коммуникативных навыков, эмоциональной компетентности, совместного решения проблем, психообразовательного тренинга для родственников).

4. Оценка реабилитационного потенциала позволяет составить оптимальный маршрут медицинской реабилитации пациента с расстройством шизофренического спектра (индивидуальную программу медицинской реабилитации пациента или план) с учетом эффективности и затрат.

5. Полученные результаты оценки нарушений функционирования пациентов с расстройствами шизофренического спектра по кодам МКФ могут быть использованы дополнительно в процессе проведения медико-социальной экспертизы для объективизации тяжести ограничений жизнедеятельности (инвалидности) и снижения числа экспертных ошибок.

Список литературы:

1. Международная классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья. Женева: ВОЗ, 2001. 342с.

Mezhdunarodnaya klassifikacii funkcionirovaniya, ogranicheniya zhiznedeyatel'nosti i zdorovya. Zheneva: VOZ, 2001. 342s.

2. Емельянцева Т.А., Казак Л.Г. Актуальность и перспективы новых подходов в медицинской реабилитации расстройств шизофренического спектра / Медико-социальная экспертиза и реабилитация: сборник научных статей / под общ ред. В.Б.Смычка. Минск, 2016. С.155-158.

Emelyanceva T.A., Kazak L.G. Aktualnost i perspektivy novykh podhodov v medicinskoj reabilitacii rasstrojstv shizofrenicheskogo spektra / Mediko-socialnaya ekspertiza i reabilitaciya: sbornik nauchnyh statej / pod obsh red. V.B.Smychka. Minsk, 2016. S.155-158.

3. Емельянцева Т.А., Казак Л.Г. Разработка карты экспертно-диагностической оценки пациентов с расстройствами шизофренического спектра в соответствии с кодами Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья для заполнения специалистами мультидисциплинарной бригады / Медико-социальная экспертиза и реабилитация: сборник научных статей / под общ ред. В.Б.Смычка. Минск, 2016. С. 36-43.

Emelyanceva T.A., Kazak L.G. Razrabotka karty ekspertno-diagnosticheskoj ocenki pacientov s rasstrojstvami shizofrenicheskogo spektra v sootvetstvii s kodami Mezhdunarodnoj klassifikacii funkcionirovaniya, ogranicheniya zhiznedeyatel'nosti i zdorovya dlya zapolneniya specialistami multidisciplinarnoj brigady / Mediko-socialnaya ekspertiza i reabilitaciya: sbornik nauchnyh statej / pod obsh red. V.B.Smychka. Minsk, 2016. S. 36-43.

4. Емельянцева Т.А., Марушкина А.В., Невмержицкая Т.А. Разработка логистической модели медицинской реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра с использованием Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (МКФ) в Республике Беларусь / Материалы Всероссийском конгрессе с международным участием «Современные концепции реабилитации в психоневрологии: отрицание отрицания» / под ред.Н.Г. Незнанова, О.В. Лиманкина. – С-ПБ, 2016. – С.237-239.

Emelyanceva T.A., Marushkina A.V., Nevmerzhickaya T.A. Razrabotka logisticheskoy modeli medicinskoj reabilitacii pacientov s rasstrojstvami shizofrenicheskogo spektra s ispolzovaniem Mezhdunarodnoj klassifikacii funkcionirovaniya, ogranicheniya zhiznedeyatel'nosti i zdorovya (MKF) v Respublike Belarus / Materialy Vserossijskom kongresse s mezhdunarodnym uchastiem «Sovremennye koncepcii reabilitacii v psihonevrologii: otricanie otricaniya» / pod red.N.G. Neznanova, O.V. Limankina. – S-PB, 2016. – S.237-239.

5. Емельянцева Т.А., Невмержицкая Т.А. Марушкина А.В. Разработка Карты экспертно-диагностической оценки пациентов с расстройствами шизофренического спектра в соответствии с кодами Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (МКФ) для заполнения специалистами мультидисциплинарной бригады/ Материалы Всероссийского конгресса с международным участием «Современные концепции реабилитации в психоневрологии: отрицание отрицания» / под ред.Н.Г. Незнанова, О.В. Лиманкина. С-ПБ, 2016. С. 239-240.

Emelyanceva T.A., Nevmerzhickaya T.A. Marushkina A.V. Razrabotka Karty ekspertno-diagnosticheskoj ocenki pacientov s rasstrojstvami shizofrenicheskogo spektra v sootvetstvii s kodami Mezhdunarodnoj klassifikacii funkcionirovaniya, ogranicheniya zhiznedeyatel'nosti i zdorovya (MKF) dlya zapolneniya specialistami multidisciplinarnoj brigady/ Materialy Vserossijskogo kongressa s mezhdunarodnym uchastiem «Sovremennye koncepcii reabilitacii v psihonevrologii: otricanie otricaniya» / pod red.N.G. Neznanova, O.V. Limankina. S-PB, 2016. S. 239-240.

6. Емельянцева Т.А., Марушкина А.В., Невмержицкая Т.А. Разработка метода диагностики реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза медицинской реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра с использованием кодов МКФ / Материалы Всероссийского конгресса с международным участием «Современные концепции реабилитации в психоневрологии: отрицание отрицания» / под ред. Н.Г. Незнанова, О.В. Лиманкина. С-ПБ, 2016. С. 240-241.

Emelyanceva T.A., Marushkina A.V., Nevmerzhickaya T.A. Razrabotka metoda diagnostiki reabilitacionnogo potenciala i reabilitacionnogo prognoza medicinskoj reabilitacii pacientov s rasstrojstvami shizofrenicheskogo spektra s ispolzovaniem kodov MKF / Materialy Vserossijskogo kongressa s mezhdunarodnym uchastiem «Sovremennye koncepcii reabilitacii v psihonevrologii: otricanie otricaniya» / pod red. N.G. Neznanova, O.V. Limankina. S-PB, 2016. S. 240-241.

7. Емельянцева Т. А., Марушкина А.В., Невмержицкая Т.А. Построение прогностических моделей способности к труду пациентов с расстройствами шизофренического спектра с позиций Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья / Т.А. Емельянцева // Материалы международной научно-практической конференции, посвященной 50-летию образования РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации: сборник научных статей / под общ ред. В.Б. Смычка. Минск, 2017. С. 201-205.

Emelyanceva T. A., Marushkina A.V., Nevmerzhiцkaya T.A. Postroenie prognosticheskikh modelej sposobnosti k trudu pacientov s rasstrojstvami shizofrenicheskogo spektra s pozicij Mezhdunarodnoj klassifikacii funkcionirovaniya, ogranicheniya zhiznedeyatelности i zdorovya / T.A. Emelyanceva // Materialy mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoj konferencii, posvyashennoj 50-letiyu obrazovaniya RNPC medicinskoj ekspertizy i rehabilitacii: sbornik nauchnyh statej / pod obsh red. V.B. Smychka. Minsk, 2017. S. 201-205.

УДК 616.831-009.11

ПРИНЦИПЫ ОПТИМИЗАЦИИ КОРРЕКЦИИ ДИЗАРТРИИ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧЕМ

Ткач В.В., Бобрик Ю.В., Андрусева И.В.

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»,

Россия Симферополь

PRINCIPLES OF OPTIMIZATION OF CORRECTION OF DYSPHAGIA IN PATIENT REHABILITATION BY CHILDREN CEREBRAL PARALYSIS

Tkach V.V., Bobrik Yu.V., Andrusева I.V.

Medical Academy named after S.I. Georgievsky FGAOU VO "Crimean Federal University named after V.I. Vernadsky»,

Russia, Simferopol

Аннотация: В статье изучаются проблемы дизартрии при детском церебральном параличе. Дизартрия у детей с детским церебральным параличом значительно снижает социальную адаптацию и способствует усугублению проявлений интеллектуального дефицита. В связи с этим необходимо проведение своевременных мероприятий по диагностике и ликвидации речевой дисфункции у данной категории больных. Коррекция дизартрии должна сочетаться с правильным формированием акта глотания, сосания, жевания, регуляцией дыхания и голосообразования. Необходима коллегиальная деятельность невролога, физиотерапевта и логопеда для контроля прогрессирования патологических проявлений или улучшения неврологического статуса с индивидуализированным подходом с учетом исходных возможностей пациента.

Abstracts: The article studies the problems of dysarthria in children's cerebral palsy. Dysarthria in children with cerebral palsy significantly reduces social adaptation and contributes to the aggravation of intellectual deficits. In this regard, it is necessary to conduct timely measures to diagnose and eliminate speech dysfunction in this category of patients. Correction dysarthria should be combined with the correct formation of the act of swallowing, sucking, chewing, regulation of breathing and voice formation. A collegial activity of a neurologist, physiotherapist and speech therapist is necessary to control the progression of pathological manifestations or improve the neurological status with an individualized approach, taking into account the patient's initial capabilities.

Ключевые слова: дизартрия, детский церебральный паралич, реабилитация

Key words. dysarthria, children's cerebral palsy, rehabilitation

Цель исследования: изучить основные клинические аспекты и принципы оптимизации методов коррекции дизартрии у пациентов с детским церебральным параличом.

Результаты исследования. В 65-85% причиной развития дизартрии у детей является детский церебральный паралич (ДЦП). Органическое

поражение ЦНС происходит в антенатальном, перинатальном или постнатальном периоде, а также в первые 2 года жизни. К перинатальным факторам развития нарушений артикуляции относятся гестозы, гипоксия плода, резус-конфликт, хронические заболевания матери,

патологическое течение родов, родовые травмы, асфиксия при рождении, гемолитическая болезнь новорожденных, недоношенность. Степень выраженности дизартрии коррелирует с тяжестью моторных нарушений при ДЦП [1]. Нарушения артикуляционной моторики может проявляться в виде спастичности, гипотонии или дистонии мышц, обеспечивающих речевую функцию. Мышечная спастичность сопровождается повышением тонуса и напряжением мышц губ, языка, лица и шеи; плотным смыканием губ, ограничением артикуляционных движений. При мышечной гипотонии язык вялый, неподвижен на дне полости рта, губы не смыкаются, рот полуоткрыт, наблюдается выраженная гиперсаливация; вследствие парезов мышц мягкого неба возникает назализация голоса. При дизартрии, связанной с мышечной дистонией, голос во время речи изменяется с низкого на высокий. Нарушения произношения варьируют в зависимости от тяжести поражения нервной системы. При стертой форме дизартрии наблюдаются отдельные фонетические дефекты, смазанность речи [2]. В случае более выраженной дизартрии появляются искажение, пропуски, замена звуков, речь становится медленной и невыразительной. Общая речевая активность значительно снижается. В наиболее тяжелых случаях при полном параличе артикуляционных мышц двигательная реализация речевой функции становится невозможной. Вследствие недостаточной иннервации артикуляционной мускулатуры при дизартрии нарушается речевое дыхание: выдох укорачивается, дыхание в момент речи становится ускоренным и прерывистым. Нарушения голоса характеризуются недостаточной силой (он тихий, слабый, истощается), изменением тембра (глухость и назализация), мелодико-интонационными расстройствами (монотонность, отсутствие или невыраженность голосовых модуляций). Вследствие нечленораздельности речи у детей с дизартрией вторично страдает слуховая дифференциация звуков и их фонематический анализ и синтез. Трудности и недостаточность речевого общения могут привести к несформированности словарного запаса и неграмотного изложения речи [3].

Симптоматика дизартрии при ДЦП зависит от уровня поражения. При псевдобульбарной форме характер нарушения определяется спастическим параличом и мышечным гипертонусом. Наиболее ярко паралич проявляется в нарушении двигательной активности речи: значительные затруднения вызывают поднятие кончика языка, отведение его в бок, удержание в определенном положении. При псевдобульбарной дизартрии затруднено переключение из одной артикуляционной позиции в другую. Данная форма расстройств артикуляции сопровождается нарушениями произвольных движений, синкинезиями, гиперсаливацией, усилением глоточного рефлекса, поперхиванием и дисфагией. Речь таких больных смазанная, невыразительная, выражена назализация. Для подкоркового уровня поражения характерно наличие гиперкинезов – насильственных движений мимических и артикуляционных мышц. Гиперкинетические расстройства могут появляться в покое, но обычно усиливаются при попытке заговорить, вызывая артикуляционный спазм, выражены нарушения темпа речи по типу брадилалии, тахилалии и разговорной дизаритмии [4]. При поражении на уровне мозжечка выражены нарушения координации речевого процесса, вследствие чего наблюдаются тремор, ее толчкообразный или скандирующий характер, речь невыразительна и замедлена.

Принципами коррекции дизартрии у детей являются: коллегиальная деятельность невролога, физиотерапевта и логопеда; приобщение родителей к реабилитации детей; целенаправленная стимуляция активной двигательной активности, абилитация – развитие отсутствующих навыков в сочетании с образованием способности к звуковому анализу и синтезу, формирование лексико-грамматической стороны речи и связности [5].

Для эффективности проводимых мероприятий по лечению дизартрии у детей с ДЦП коррекционно-педагогическая деятельность должна проводиться с первых месяцев жизни в связи с тем, что нарушение развития определенных навыков в доречевом периоде может стать причиной вторичного расстройства других функций. Лечение дизартрии осуществляется с поэтапной коррекцией нарушений компонентов речевого и доречевого развития. Необходим индивидуализированный подход с учетом исходных возможностей ребенка и составление программы в соответствии с особенностями его интеллектуального и физического развития. Коррекционно-педагогическая работа должна базироваться на принципе активного участия обратной афферентации с целью включения механизмов компенсации. Таким образом, кинестезия – усиление обратной связи, способствует и оптимизирует процесс восстановления речевой функции [6].

Процедуры, направленные на коррекцию дизартрии, необходимо проводить с первых месяцев жизни ребенка. На данном этапе речевая терапия имеет следующие цели: формирование навыков глотания, сосания, жевания; стимуляцию проприоцептивных ощущений артикуляционной мускулатуры за счет пассивной и активной гимнастики группы мышц, обеспечивающих речевую функцию; разработку дыхательной функции, обеспечение голосовой активности с одновременным развитием зрительного и слухового анализаторов, эмоциональной сферы, моторики рук и операций с предметами, проведение подготовительных мероприятий для развития понимания речи с разработкой активной речевой функции.

С первых месяцев жизни при наличии псевдобульбарной симптоматики у детей с ДЦП необходимо стимулировать формирование обратной связи на основе активации безусловных рефлексов, обучать и производить коррекцию акта сосания. Кроме этого, в систему мероприятий по лечению дизартрии входит специальный массаж лица для нормализации мышечного тонуса и формирования речевых кинестезий, позволяющий снизить степень проявления патологических явлений артикуляционных мышц с улучшением речевой функции [7]. Кроме этого важно обратить внимание на коррекцию дыхательных движений, направленных на увеличение объема воздуха на вдохе и выдохе, силы и продолжительности выдоха, а также на развитие ритмичности акта дыхания. В связи с гипотонией и парезом мышц голосового аппарата необходима разработка воспроизведения звуков, которая проводится после возникновения первых голосовых реакций ребенка.

Наибольшую роль в коррекции дизартрии играет артикуляционная гимнастика. Предварительно необходимо сформировать у ребенка правильные навыки жевания, глотания и сосания: сначала разработка необходимых движений производится пассивно с постепенным включением активной гимнастики в соответствии с указаниями преподавателя-логопеда. Кроме этого, необходимо проводить гимнастику мимических мышц для улучшения голосовой окраски, силы и тембра, что рефлекторно тонизирует мышцы, участвующие в воспроизведении голоса. Формирование правильной речи должно сочетаться с разработкой моторики рук с использованием методики пальцевых кинестезий. Артикуляционная гимнастика предусматривают осуществление как пассивных движений логопедом с целью вовлечения бездействующих мышц, так и активных, что обеспечивает формирование произвольных движений речевого аппарата, что позволяет развить четкость, правильность и точность работы мышц артикуляционного аппарата в сочетании с координацией дыхательных движений и образования голоса [8].

Заключение. Дизартрия у детей с ДЦП значительно снижает социальную адаптацию и способствует усугублению проявлений интеллектуального дефицита. В связи с этим необходимо проведение своевременных мероприятий по диагностике и ликвидации речевой дисфункции у данной категории больных. Коррекция дизартрии должна сочетаться с правильным формированием акта глотания, сосания, жевания, регуляцией дыхания и голосообразования. Необходима коллегиальная деятельность невролога, физиотерапевта и логопеда для контроля прогрессирования патологических проявлений или улучшения неврологического статуса с индивидуализированным подходом с учетом исходных возможностей пациента.

Список литературы

1. Архипова Е.Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом: Учебник Е.Ф. Архипова. - М.: Издательство «Просвещение», 1989. — 270 с.
Arhipova E.F. Korrekcionnaya rabota s detmi s cerebralnym paralichom: Uchebnik E.F. Arhipova. - M.: Izdatelstvo «Prosveshenie», 1989. — 270 s.
2. Бадалян Л.О., Журба Л.Т. Руководство по неврологии детского возраста: Учебник Л.О. Бадалян, Л.Т. Журба - М.: Издательство «Просвещение», 1980. — 425 с.
Badalyan L.O., Zhurba L.T. Rukovodstvo po nevrologii detskogo vozrasta: Uchebnik L.O. Badalyan, L.T. Zhurba - M.: Izdatelstvo «Prosveshenie», 1980. — 425 s.
3. Мастюкова Е.М., Иполитова М.В. Дизартрия: Учебник / Е.М. Мастюкова, М.В. Иполитова - М.: Издательство «Просвещение», 1977. — 250 с.
Mastyukova E.M., Ipolitova M.V. Dizartriya: Uchebnik / E.M. Mastyukova, M.V. Ipolitova - M.: Izdatelstvo «Prosveshenie», 1977. — 250 s.
4. Правдина-Вениарская Е. Н. Современное состояние проблемы дизартрии: Учебник / Е.Н. Правдина-Вениарская. - М.: Издательство «Просвещение», 1973. — 283 с.
Pravdina-Veniarskaya E. N. Sovremennoe sostoyanie problemy dizartrii: Uchebnik / E.N. Pravdina-Veniarskaya. - M.: Izdatelstvo «Prosveshenie», 1973. — 283 s.

- 5.Эйдинова М.Б., Правдина-Винарская Е.Н. Детские церебральные параличи и их преодоления: Учебник / М.Б. Эйдинова, Е.Н. Правдина-Винарская - М.: Издательство «Просвещение», 1969. — 173 с.
- Ejdinova M.B., Pravdina-Vinarskaya E.N. Detskie cerebralnye paralichi i ih preodoleniya: Uchebnik / M.B. Ejdinova, E.N. Pravdina-Vinarskaya - M.: Izdatelstvo «Prosveshenie», 1969. — 173 s.
- 6.Пастухова С. А. Закономерности речевого развития детей Логопедия сегодня. – Москва. - 2007.-№ 4.- С. 49-52.
- Pastuhova S. A. Zakonomernosti rechevogo razvitiya detej Logopediya segodnya. – Moskva. - 2007.-№ 4.- S. 49-52.
- 7.Смирнова И. А. Логопедическая диагностика, коррекция и профилактика нарушений речи у дошкольников с ДЦП. Алалия, дизартрия, ОНР: Учебно-методическое пособие И. А. Смирнова. – СПб.: Издательство «Детство-пресс», 2010. –320 с.
- Smirnova I. A. Logopedicheskaya diagnostika, korrekciya i profilaktika narushenij rechi u doshkolnikov s DCP. Alaliya, dizartriya, ONR: Uchebno-metodicheskoe posobie I. A. Smirnova. – SPb.: Izdatelstvo «Detstvo-press», 2010. –320 s.
- 8.Фетисова М. В. Проблема дизартрии: взгляд логопеда практика Логопед. – Москва.- 2012.-№4.- С. 118-122.
- Fetisova M. V. Problema dizartrii: vzglyad logopeda praktika Logoped. – Moskva.- 2012.-№4.- S. 118-122.

УДК616.005-036.86:61(031)

**КОРРЕЛЯЦИОННЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ
ВСЛЕДСТВИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА, ПРОШЕДШИХ ПЕРКУТАННУЮ
ТРАНСЛЮМИНАЛЬНУЮ КОРОНАРНУЮ АНГИОПЛАСТИКУ НА ОСНОВЕ
МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ
ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ**

Гальянов А.А., Ишутина И.С.
ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России

Россия, Санкт-Петербург

**CORRELATION ANALYSIS BETWEEN THE INDICATORS IN ASSESSMENT OF
REHABILITATION RESULTS OF THE DISABLED DUE TO CORONARY HEART DISEASE
WHO UNDERWENT PERCUTANEOUS TRANSLUMINAL CORONARY ANGIOPLASTY
CONSIDERING THE PROVISIONS OF THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF
FUNCTIONING , DISABILITY AND HEALTH**

Galianov A.A., Ishutina I.S

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

Аннотация: В настоящее время основой для оценки результатов реабилитации инвалидов используются инструменты оценки на основе международного стандарта в реабилитологии – Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ).

Целью исследования являлась оценка корреляционных связей между категориями ограничений жизнедеятельности до и после проведения реабилитационных мер в категории инвалидов с ишемической болезни сердца, прошедших перкутанную транслюминальную коронарную ангиопластику с учетом положений МКФ.

В ходе исследования проведена оценка результативности проведения индивидуальной программы реабилитации (ИПРА) в группе инвалидов вследствие ишемической болезни сердца (ИБС), прошедших перкутанную транслюминальную коронарную ангиопластику (ПТКА). В группу вошли 45 пациентов. Использовался метод парных оценок (до и после проведения ИПРА) на основе индивидуального профиля ограничений жизнедеятельности, характерного для конкретной нозологической формы заболевания на основе базового набора МКФ при ИБС. Проведен корреляционный анализ данных результатов реабилитации. Отмечено наличие высокой

корреляционной зависимости по ряду показателей: передвижением в пределах других зданий и использованием общественного транспорта; осуществлением покупок и полной трудовой занятостью; выполнением работы по дому и выполнением трудовых обязанностей ($p < 0,002$).

Корреляционный анализ выявил наличие тесной корреляционной связи между определенными параметрами, приведенными выше, что дает возможность на основании оценки результатов по единичным показателям определять с высокой степенью достоверности результаты реабилитации в целом ряду категорий МКФ.

Abstract. At present, the assessment tools based on the international standard in rehabilitation – The international classification of functioning, disability and health (ICF) - are used as the basis for assessing the results of rehabilitation of persons with disabilities.

The purpose of the work was to assess the correlation between the categories of life limitations before and after the rehabilitation measures in the category of persons with ischemic heart disease who underwent percutaneous transluminal coronary angioplasty taking into account the provisions of ICF.

The study assessed the effectiveness of the individual rehabilitation program (EPRA) in the group of persons with disabilities due to coronary heart disease (CHD) who underwent percutaneous transluminal coronary angioplasty (PTCA). The group included 45 patients. The method of paired assessments (before and after IPRA) was used on the basis of individual profile of disabilities typical for a specific nosological form of the disease on the basis of the basic set of ICF in CHD. The correlation analysis of these results of rehabilitation is carried out.

The presence of high correlation dependence on a number of parameters is noted: moving within the dwelling area and making purchases, purchasing necessities, full employment, partial employment; between the movement within other buildings and the use of public transport; the purchases and full employment, partial employment; doing household chores and work responsibilities ($p < 0.002$).

The correlation analysis revealed the existence of a close correlation between certain parameters given above, which makes it possible to determine the results of rehabilitation in a number of categories of ICF on the basis of the evaluation of the results by individual indicators with a high degree of reliability.

Ключевые слова: Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, индивидуальная программа реабилитации инвалида, оценка результатов реабилитации, индивидуальный профиль ограничений жизнедеятельности, базовый набор ограничений жизнедеятельности при ишемической болезни сердца, корреляционный анализ

Key words. International Classification of Functioning, Disability and Health, individual program of rehabilitation of the disabled, evaluation of the results of rehabilitation, individual profile of disabilities, the basic set of disabilities in coronary heart disease, correlation analysis.

Введение

В настоящее время в международной практике в реабилитологии для оценки результатов реабилитации применяется международный стандарт – Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья и разработанные на ее основе базовые наборы для конкретных нозологических форм заболеваний. Подобный набор разработан и для ишемической болезни сердца. В настоящем исследовании он положен в основу опросника.

МКФ принадлежит к «семье» классификаций, разработанных Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), которые применимы к различным аспектам здоровья. МКФ использует стандартизированный общий язык, позволяющий общаться по проблемам, связанным со здоровьем и здравоохранением во всем мире в различных дисциплинах и отраслях науки [4].

В федеральном государственном бюджетном учреждении «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им Г.А. Альбрехта» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации работа с МКФ последовательно проводится с 1999 г., начиная с участия сотрудников в переводе русской версии по настоящее время [1- 3].

Цель исследования

Выявить наличие тесных корреляционных связей между категориями ограничений жизнедеятельности до и после проведения реабилитационных мер в группе инвалидов с ишемической болезни сердца, прошедших перкутанную транслюминальную коронарную ангиопластику с учетом положений МКФ.

Материалы и методы

В ходе выполнения работы были обследованы 45 инвалидов вследствие ишемической болезни сердца (ИБС), прошедших перкутанную транслюминальную коронарную ангиопластику (ПТКА).

В группу инвалидов вследствие ИБС, прошедших ПТКА, вошли 38 мужчин и 7 женщин трудоспособного возраста от 40 до 60 лет, инвалиды в возрасте от 40 до 49 лет составили 22,2% , от 50 до 60 лет 77,8% соответственно, инвалидами 3-й группы являлись 62,2%, 2-й группы 37.8%. В группе инвалидов 73,3% перенесли инфаркт миокарда (ИМ), из них непроникающий ИМ – 15,6% пациентов, 57,8% – проникающий.

Результаты реабилитации оценивались методом парных оценок с использованием опросника на основе положений МКФ.

Ниже приводится часть опросника, отражающая категории в составляющей активности и участия, где были выявлены тесные корреляционные связи.

Ходьба на короткие расстояния d4500 – ходьба на расстояния менее 1 км, например, в комнатах, коридорах, в пределах здания или на короткие расстояния вне дома.

Ходьба на дальние расстояния d4501 ходьба на расстояния более 1 км, например, из одной части деревни или города в другую, между деревнями или по открытым территориям.

Ходьба по различным поверхностям d4502 ходьба по наклонной, неровной, движущейся поверхности, типа травы, гравия, льда и снега, или ходьба по палубе судна, в поезде или в другом транспорте.

Ходьба вокруг препятствий d4503 ходьба мимо подвижных и неподвижных объектов, среди людей, животных, и транспортных средств, например, ходьба по рынку или магазину, в условиях уличного движения или других местах скопления людей.

Преодоление препятствий d4551 передвижение вверх или вниз, по поверхностям или объектам, типа подножек, скал, приставных лестниц, ступенек, бордюров или других объектов.

Передвижение в пределах жилища d4600 ходьба и передвижение внутри по дому и вокруг своего дома, в пределах комнаты, от комнаты к комнате, и вокруг своего жилья.

Передвижение в пределах других зданий d4601 ходьба и передвижение в пределах зданий, не относящихся к своему жилью, например, передвижение вокруг чужого жилья, других частных, общественных зданий, зданий сообществ и прилежащих к ним территорий.

Использование общественного транспорта d4702 передвижение в качестве пассажира наземного, морского или воздушного моторизованного общественного транспорта.

Забота о своем здоровье d570.

Осуществление покупок d6200 приобретение в обмен на деньги товаров и услуг повседневного потребления, оплата выбранных товаров или услуг, транспортировка товаров.

Приобретение предметов первой необходимости d629.

Приготовление пищи d630.

Выполнение работы по дому d640.

Выполнение трудовых обязанностей d8451: выполнение связанных с работой задач, соответствующих обязанностям в производственной, профессиональной или в другой форме занятости, повышение по работе и другие формы продвижения.

Полная трудовая занятость d8502: выполнение всех аспектов работы за плату на основе полной трудовой занятости, в качестве наемного работника, например, поиск и получение работы, выполнение работы, посещение работы вовремя, как это принято или требуется, контроль за работой других, контроль со стороны других, выполнение поставленных задач самостоятельно или в группе.

В основе оценки лежал индивидуальный профиль ограничений жизнедеятельности, характерный для конкретной нозологической формы заболевания.

Конкретные показатели в отдельных категориях МКФ оценивались с использованием первого определителя:

0 – НЕТ затруднений (никаких, отсутствуют, ничтожные) – 0–4% 1 – ЛЕГКИЕ затруднения (незначительные, слабые) – 5–24%

2 – УМЕРЕННЫЕ затруднения (средние, значительные) – 25–49% 3 – ТЯЖЕЛЫЕ затруднения (высокие, интенсивные) – 50–95%

4 – АБСОЛЮТНЫЕ затруднения (полные) – 96–100% 8 – не определено.

Оценка результатов реабилитации проводилась в ходе мониторинга показателей в начале и по завершении индивидуальной программы реабилитации на основании следующих критериев:

улучшение (уменьшение степени выраженности ограничения жизнедеятельности) – уменьшение цифрового значения кода в рамках категории;

стабилизация – отсутствие изменения цифрового значения кода в рамках категории;

ухудшение – увеличение цифрового значения кода в рамках категории.

По результатам оценок проведен внутригрупповой корреляционный анализ данных с использованием программы STATISTICA Version 6.0.

Результаты и их обсуждение

В группе инвалидов вследствие ИБС, прошедших ПТКА, выявлено наличие сильной степени линейной зависимости между следующими параметрами:

Передвижением в пределах других зданий d4601 и использованием общественного транспорта d4702, $r = 0,9708$, $p < 0,002$;

Осуществлением покупок d6200 и полной трудовой занятостью d8502 $r = 0,8695$, $p < 0,002$, частичной трудовой занятостью d8501, $r = 0,8584$, $p < 0,002$;

Выполнением работы по дому d640 и выполнением трудовых обязанностей d8451, $r = 0,9014$, $p < 0,002$.

Заключение

Корреляционный анализ выявил наличие тесной корреляционной связи или линейной зависимости между определенными параметрами, приведенными выше, что дает возможность на основании оценки результатов по единичным показателям определять с высокой степенью достоверности результаты реабилитации в целом ряду категорий МКФ.

Необходимо отметить, что наличие тесной корреляционной связи или линейной зависимости между показателями результатов реабилитации по категориям МКФ, справедливо для строго очерченной группы инвалидов (см. описание группы) по возрасту и степени выраженности функциональных и структурных нарушений.

Список литературы:

1. Гальянов, А.А. Опыт применения Международной классификации функционирования, инвалидности и здоровья для оценки результатов реабилитации на основе динамики показателей качества жизни у инвалидов вследствие ишемической болезни сердца, перенесших инфаркт миокарда /А. Гальянов //Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2010. – № 4. – С. 3 - 6.

Galyanov, A.A. Opyt primeneniya Mezhdunarodnoj klassifikacii funkcionirovaniya, invalidnosti i zdorovya dlya ocenki rezultatov reabilitacii na osnove dinamiki pokazatelej kachestva zhizni u invalidov vsledstvie ishemicheskoy bolezni serdca, perenessih infarkt miokarda /A. Galyanov //Mediko-socialnaya ekspertiza i reabilitaciya. – 2010. – № 4. – S. 3 - 6.

2. Наиболее значимые показатели оценки результатов реабилитации инвалидов вследствие нарушений функции кровообращения с учетом положений МКФ /И.И. Никитченко [и др.] // Профилактическая и клиническая медицина. – 2013. – № 4. – С. 113–118.

Naibolee znachimye pokazateli ocenki rezultatov reabilitacii invalidov vsledstvie narushenij funkcii krovoobrasheniya s uchetom polozhenij MKF /I.I. Nikitchenko [i dr.] // Profilakticheskaya i klinicheskaya medicina. – 2013. – № 4. – S. 113–118.

3. Никитченко И.И., Гальянов А.А. Оценка линейной зависимости между показателями в системе оценок результатов реабилитации инвалидов вследствие ишемической болезни сердца, прошедших перкутанную транслюминальную коронарную ангиопластику с учетом положений Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья // Профилактическая и клиническая медицина. – 2015. – № 2 (55). – С. 34–38.

Nikitchenko I.I., Galyanov A.A. Ocenka linejnoy zavisimosti mezhdu pokazatelyami v sisteme ocenok rezultatov reabilitacii invalidov vsledstvie ishemicheskoy bolezni serdca, proshedshih perkutannuyu translyuminalnuyu koronarnuyu angioplastiku s uchetom polozhenij Mezhdunarodnoj klassifikacii funkcionirovaniya, ogranichenij zhiznedeyatel'nosti i zdorovya // Profilakticheskaya i klinicheskaya medicina. – 2015. – № 2 (55). – S. 34–38.

International Classification of Functioning, Disability and Health – Geneva, WHO, 2001.

РАЗДЕЛ 5. АССИСТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

CHAPTER 5. ASSISTIVE TECHNOLOGIES

ОТ СТРАТЕГИИ К ПРАКТИКЕ. ВНЕДРЕНИЕ ПЕРЕДОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЭКОСИСТЕМУ ДОСТУПА

Дэвид Бэйнс

Сервис доступа и инклюзивности Дэвида Бэйнса

Великобритания, Милтон Кейнс

FROM POLICY TO PRACTICE. INTEGRATING EMERGING TECHNOLOGIES INTO THE ACCESS ECOSYSTEM

David Banes

David Banes Access and Inclusion Services

The United Kingdom, Milton Keynes

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.

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: передовые технологии, услуги, внедрение, инклюзивность, ассистивные технологии, технология умного дома

Key words. emerging technology, services, implementation, inclusion, assistive technology, smart home technology

Введение

Один из самых больших мифов в поиске решения, как внедрить передовые технологии в уже существующую практику заключается в том, что «если ты это сделаешь, то они придут». Эта цитата из фильма «Поле его мечты» предполагает, что если создать новую технологию, то потенциальные пользователи, которых поддерживают специалисты, адаптируют эту технологию легко. На самом деле, многие изобретатели не сталкивались с этим на своем опыте.

Передовые технологии и «экосистема».

Передовые технологии, способные влиять на доступ и включение людей с инвалидностью, были описаны Такером (2018) как включающие в себя нательные устройства, интернет вещей, сервисы на основе местоположения, искусственный интеллект, автономные транспортные средства, технология распределенных реестров (блокчейн), виртуальную и дополненную реальность, 3D-печать и робототехника. (Tucker W. 2018)

Во многих случаях такие продукты будут способствовать расширению доступа к образованию, занятости, и самостоятельной жизни людей с инвалидностью. Бит также влияет на услуги и подходы, которые существуют для поддержки людей с инвалидностью.

Хемкен и Грей (Hemken and Gray, 2016) отмечают, что внедрение новых и передовых технологий представляет собой ряд проблем и возможностей. В каждом измерении экосистемы можно определить сильные и слабые стороны, возможности и угрозы, представленные новыми технологиями, с тем чтобы найти потенциальные приложения для людей с инвалидностью и предположить, какие тут возможны значительные барьеры, которые препятствовали бы применению технологий.

Бизнес-экосистему можно определить, как «Сеть организаций, включающая поставщиков, продавцов, клиентов, конкурентов, правительственные учреждения и т. д., участвующих в доставке определенного продукта или услуги посредством как конкуренции, так и сотрудничества. Идея состоит в том, что каждый бизнес в «экосистеме» влияет на другие и зависит от них же, создавая постоянно развивающиеся отношения, в которых каждый бизнес должен быть гибким и адаптируемым, чтобы выжить, как в биологической экосистеме». (по данным <https://www.investopedia.com/terms/b/business-ecosystem.asp> June 10 2018)

Рассматривая внедрение ассистивных технологий, «бизнес» будет включать в себя ряд услуг, предлагаемых государственными, частными и некоммерческими организациями. Разнообразие представителей услуг и продуктов будет значительно отличаться в зависимости от региона.

Стремясь эффективно внедрять передовые технологии, понимание экосистемы для обеспечения, которое отражает потребности, устремления и культуру, имеет решающее значение. Ассистивная и доступная технологическая экосистема была определена Бэйнсом (2015) как состоящая из восьми взаимозависимых и комплексных мероприятий, которые необходимы для эффективного применения технологий. Мероприятия были описаны как:

- Осведомленность
- Оценка и сопоставление личных потребностей с технологиями
- Предоставление (включая распределение и финансирование)
- Обучение (для профессионалов и пользователей)
- Техническая поддержка для включения настроек и поддержки до и после предоставления услуг
- Предоставление доступной информации
- Исследования и разработки
- Включение политики

В ходе анализа внедрения ассистивных технологий в шести странах в 2017 году и в преддверии публикации было обнаружено, что люди с инвалидностью сообщили о многочисленных факторах, которые препятствуют внедрению технологий. К ним относятся страх перед затратами, снижение риска, информированность пользователей и специалистов, подготовка заинтересованных сторон и наличие надлежащей и адекватной поддержки. Такие барьеры могут влиять и препятствовать развитию новых моделей обслуживания и возможностей для бизнеса, которые могут поддерживать внедрение технологий в будущем.

Создание вспомогательных услуг для поддержки внедрения новых технологий часто упоминается как основа эффективных бизнес-моделей для открытых подходов. (Фосс и Саеби 2014)

Из этого следует, что полезно рассмотреть следующие вопросы, поскольку мы стремимся внедрять передовые технологии в практику. Вместе ответы могут быть использованы для формирования SWOT-анализа для поддержки реализации технологий.

Осведомленность

Кто является заинтересованными сторонами, которые могут заинтересоваться этой технологией? Насколько осведомленными о передовых технологиях являются заинтересованные стороны?

Как они принимают информацию об ассистивных технологиях и другие новости? Каковы наилучшие каналы, чтобы сделать их более осведомленными?

Каковы ключевые сообщения, необходимые для повышения осведомленности? Какая существует текущая успешная практика на местном и международном уровнях?

Оценка

Каковы основные черты данной технологии?

Какие навыки или опыт нужны потенциальным пользователям данной технологии?

Каковы конкретные потребности в технологии?

С какими задачами может помочь технология?

Какие клинические базы могут использовать технологии? Можно ли тестировать технологию?

Какова текущая успешная практика на местном и международном уровнях?

Обучение

Какое обучение пользователям необходимо для использования технологии наилучшим образом? Как лучше всего организовать и предоставить это обучение?

Как улучшить обучение?

Как можно делиться опытом использования технологии среди заинтересованных сторон?

Какова текущая успешная практика на местном и международном уровнях?

Обеспечение

Где потенциальные пользователи получают технологию? Сколько стоит технология?

Как можно финансировать технологию?

Существуют ли какие-либо скрытые затраты?

Какова текущая успешная практика на местном и международном уровнях?

Поддержка

Что произойдет, если технология перестанет работать? Какие существуют резервные системы?

Как восстановить или заменить технологию?

Нужно ли устанавливать или настраивать индивидуально технологию для удовлетворения потребностей человека? Как ее можно регулировать в будущем?

В основе технологии лежит гарантия качества? Как будут следить за использованием?

Какова текущая успешная практика на местном и международном уровнях?

Доступный цифровой контент

Являются ли информационные ресурсы, которые поддерживают использование технологии в доступных форматах?

Если технология обеспечивает доступ к информации – доступна ли эта информация в подходящих форматах? Если информация должна быть переформатирована для использования, кто это сделает?

Есть ли учебные ресурсы для помощи в доступных форматах? Какова текущая успешная практика на местном и международном уровнях?

Стратегия

Существуют ли какие-либо стратегии в рамках клинической базы, которая бы исключила использование этой технологии человеком с инвалидностью?

Кто несет ответственность за любую такую стратегию?

Существуют ли какие-либо стратегии, которые облегчили бы использование этой технологии?

Можем ли мы выявить явные преимущества технологии, которые создали бы экономическое обоснование для ее использования? Какова текущая успешная практика на местном и международном уровнях?

Исследование

Как мы соберем отзывы для разработчиков о передовых технологиях? Есть ли какие-нибудь вопросы конфиденциальности или этики, чтобы их учесть?

Можно ли получить обратную связь от пользователя, чтобы сделать возможным поддержку и вдохновение для дальнейших инноваций?

Существуют ли в настоящее время технологии, которые могут быть протестированы людьми с инвалидностью?

Какова текущая успешная практика на местном и международном уровнях?

Разработка дорожной карты

Рассматривая эти вопросы, мы можем составить карту сильных и слабых сторон экосистемы, которая будет поддерживать внедрение передовой технологии. В каждом аспекте экосистемы мы стремимся перенять опыт передовой практики как на местном, так и на международном уровне, а затем провести анализ расхождений между ними. После того как мы нашли какое-либо расхождение, мы можем определить возможные действия для преодоления этого разрыва и, следовательно, способствовать успешной реализации.

Знание о передовой практике на международном уровне является важным фактором в определении критериев сравнительного анализа, по которым можно оценить текущее обеспечение, и можно подготовить план действий по экосистеме для ее представления. Источники подходящих передовых практик все чаще доступны через Интернет базы данных, например, которые поддерживаются проектом «Нулевой проект ООН» (UN Zero Project). В рамках базы данных можно найти передовую практику, связанную с независимым проживанием, образованием, трудоустройством и доступностью. Многие упомянутые практики относятся к одному или нескольким измерениям экосистемы.

Чтобы далее понять процесс анализа, в приложение 1 представлен пример предполагаемого обзора высокого местного и международного уровня для внедрения технологии умный дом для поддержки людей с инвалидностью.

Основываясь на таком анализе, будет проведен SWOT анализ, чтобы показать сильные и слабые стороны на местном уровне, из которых можно было бы определить действия, чтобы составить дорожную карту.

Вывод

С ростом спроса на более широкий доступ и включение людей с инвалидностью в общество наблюдается соответствующее увеличение потенциала передовых технологий для решения демографических, экономических и социальных проблем. Успешная реализация этих технологий будет оспаривать услуги для рассмотрения каждого из факторов, влияющих на успех. Чтобы ответить на эти вызовы, службам следует провести анализ пробелов в отношении состояния каждого аспекта экосистемы в том, что касается предлагаемой технологии. Тщательный анализ пробелов между местным статусом и международными критериями может создать дорожную карту действий для руководства внедрением и максимального воздействия.

Приложение 1. Начальный анализ расхождений в представлении технологии Умный дом для независимого проживания. Часть 1 Местный статус.

Сфера	Международный статус и практика
Осведомленность	Информация о технологии Умный дом широко рекламируется в Интернете и на телевидении. Мало информации, чтобы понять, что эта технология оказывает влияние на людей с инвалидностью, и большая часть маркетинга стремится получить доступ к премиальному рынку, предлагая умные дома как образ жизни. Профессионалы имеют небольшой опыт использования технологий умный дом и отвечают на запросы через специализированные системы контроля окружающей среды.
Оценка	Оценка систем контроля окружающей среды проводится эрготерапевтами и реабилитологами. Такая оценка определяет оборудование для контроля окружающей среды из утвержденных списков поставщиков. В этих списках не учитывались основные технологии управления и технологии умного дома, как способствующие включению. Некоторые люди с инвалидностью демонстрируют в соцсетях использование недорогих технологий умный дом в своих домах.
Обучение	Отсутствует подготовка специалистов или людей с инвалидностью по использованию технологии умный дом.
Обеспечение	Покупка компонентов технологии умный дом доступна только через онлайн-продавцов. Финансирование компонентов технологии недоступно из общедоступных источников. Две местные НПО предложили финансирование в общей сложности 17 людям с инвалидностью, чтобы возместить им покупку смарт-спикеров из Amazon и Google.
Поддержка	Нет никакой технической поддержки для покупки умного дома на местном уровне. Когда пользователи купили свои собственные системы, поддержка предоставляется на совместной основе от других пользователей через группы через whatsapp и facebook.
Доступный цифровой контент	На местных языках недоступна доступная информация или учебные материалы
Исследование	В государственном университете в настоящее время проводятся два исследовательских проекта. Они сфокусированы на социальное воздействие с точки зрения окружающей среды и отсутствие учета возможностей для людей с инвалидностью были рассмотрены.
Стратегия	Текущая стратегия в области образования и здравоохранения не включает технологии умного дома как вариант для людей с инвалидностью.

Часть 2. Международные главные критерии

Сфера	Международный статус и практика
Осведомленность	<p>В Великобритании технология умного дома продвигается несколькими НПО, которые включили ее в свои публикации и мероприятия для людей с инвалидностью.</p> <p>Крупные компании, продающие смарт-колонки и системы управления, выпустили рекламные материалы, в которых люди с инвалидностью используют свое оборудование, которое доступно в Интернете и написали об этом в прессе.</p> <p>Тематические исследования использования технологии доступны на общедоступных веб-сайтах, включая службы здравоохранения и занятости</p>
Оценка	<p>Технология умного дома включена в услуги оценки, предлагаемые НПО и реабилитационными службами в США и европейских странах.</p> <p>Низкая стоимость покупки означала, что во многих случаях люди с инвалидностью смогли приобрести хаб и умного оратора из своих собственных ресурсов без необходимости оценки.</p> <p>Там, где инвалиды выбрали технологию сами, возникла некоторая обеспокоенность в связи с необходимостью проведения самооценки нужд и способностей. Некоторые пользователи сообщают о посещении основных электронных магазинов, чтобы попробовать оборудование в магазине, чтобы узнать, подходит ли оно для их нужд</p>
Обучение	<p>В большинстве случаев обучение использованию умных домашних технологий доступно для бесплатного онлайн-поиска. Установка и настройка часто выполняются другом или членом семьи, использующим видео.</p> <p>Поскольку многие из систем разработаны с естественными интерфейсами, говорят, что нужна не очень большая подготовка</p>
Обеспечение	<p>Большая часть оборудования поступает через крупные электронные компании и интернет-магазины.</p> <p>Медицинские услуги позволяют возместить такое оборудование, если оно рекомендовано службой.</p> <p>Некоторые центры ассистивных технологий (АТ) в Европе создали кредитные банки оборудования для физических лиц для тестирования и испытания дома</p> <p>Службы занятости в Великобритании будут включать в себя технологии умного дома для использования в качестве помещений на рабочем месте</p>
Поддержка	<p>Техническая поддержка доступна от поставщиков для хабов и смарт-динамиков, а также планшетных решений</p> <p>Некоторые службы здравоохранения предлагают первый уровень технической поддержки пациентам, с которыми они взаимодействуют</p> <p>Интернет-форумы и ресурсы самопомощи широко используются в некоторых странах</p>
Доступный цифровой контент	<p>Учебные видеоролики доступны с титрами от большинства основных поставщиков. В некоторых случаях доступны стенограммы видеороликов</p> <p>В большинстве случаев информационные и справочные листы доступны с веб-сайтов в виде доступных pdf-файлов</p>
Исследование	<p>В ряде стран проводятся исследования в университетах и медицинских службах для обеспечения конфиденциальности и безопасности для людей с инвалидностью</p> <p>Компании и университеты проводят исследования в целях большей интеграции АТ в решения умного дома</p> <p>В настоящее время проводится несколько исследований долгосрочного воздействия технологий умного дома с социальной и экономической точек зрения</p>
Стратегия	<p>Во многих случаях общественная политика выступает за лучший подход к ценностям.</p> <p>Некоторые страховые компании пока не поддерживают использование умных домашних технологий для людей с инвалидностью</p> <p>Руководящие принципы политики в отношении универсального доступа и проектирования часто требуют обновления для включения потенциала новых технологий</p>

Introduction

One of the greatest myths in seek to integrate emerging technologies into existing practice is that “if you build it, they will come”. This quote from the film “Field of Dreams” suggests that if you create a new technology, potential users, supported by professionals, will adopt it naturally. In truth, this is not the case of experience of many innovators.

Emerging Technologies and the Ecosystem

Emerging technologies with the capacity to impact on access and inclusion of people with a disability have been described by Tucker (2018) as including wearable technologies, the internet of things, location-based services, AI, Autonomous vehicles, Blockchain, virtual and augmented reality, 3D printing and robotics. (Tucker W. 2018)

In many cases, such products offer both examples of products that will increase access to education, employment and independent living of people with a disability. It will also impact upon the services and approaches that are in place to support people with a disability.

Hemken and Gray (2016) note that implementation of new and emerging technologies presents a series of challenges and opportunities. In each dimension of the ecosystem, it is possible to identify strengths and weaknesses, opportunities and threats presented by the new technologies so as to seek potential applications for people with a disability, and to suggest significant barriers that would prevent implementation.

A business ecosystem can be defined as

“The network of organizations including suppliers, distributors, customers, competitors, government agencies and so on involved in the delivery of a specific product or service through both competition and cooperation. The idea is that each business in the “ecosystem” affects and is affected by the others, creating a constantly evolving relationship in which each business must be flexible and adaptable in order to survive, as in a biological ecosystem.” (retrieved from <https://www.investopedia.com/terms/b/business-ecosystem.asp> June 10 2018)

In considering the implementation of assistive technologies, “business” will incorporate a range of services offered by public, private and not for profit providers. The mix of provider will vary considerably according to locale.

In seeking to effectively implement emerging technologies, understanding the ecosystem for provision that reflects needs, aspirations and culture is crucial. The assistive and accessible technology ecosystem has been defined by Banes (2015) as being comprised of eight interdependent and integrated activities that are required for effective implementation. These were described as:

- Awareness
- Assessment and matching of personal needs to technology
- Provision (including distribution and funding)
- Training (for professional and users)
- Technical support to include customisation and both pre and post provision support
- Provision of Accessible information
- Research and Development
- Enabling Policy

In an analysis of the implementation of assistive technologies across six countries in 2017 and pending publication, it was found people with a disability reported multiple factors that impeded implementation. These included fear of cost, mitigation of risk, user and professional awareness, training for stakeholders and availability of appropriate and adequate support. Such barriers had the potential to influence and impede the development of new service models and business opportunities which can sustain the implementation of the technologies in the future.

The creation of ancillary services to support implementation of new technologies is often cited as the basis of effective business models for open approaches. (Foss and Saebi 2014)

It is therefore useful to consider the following questions as we seek to incorporate emerging technologies into practice. Together the answers can be used to form a SWOT analysis to support implementation.

- Awareness

Who are the stakeholders who might have an interest in this technology? How aware of the emerging technology are stakeholders?

How do they consume both assistive technology information and other news? What are the best channels to make them more aware?

What are the key messages needed to enhance awareness? What is current good practice locally and internationally?

- Assessment

What are the key features of this technology?

What skills or experience do potential users need for this technology? What specific needs would the technology address?

What tasks might the technology assist with? What settings might the technology be used in? Can the technology be trialled?

What is current good practice locally and internationally?

- Training

What training do users need to make best use of the technology? How can that training best be delivered?

How can learning best be reinforced?

How can experience of using the technology be shared amongst stakeholders? What is current good practice locally and internationally?

- Provision

Where do potential users obtain the technology? How much does the technology cost?

How can the technology be funded?

Are there any hidden costs to be considered?

What is current good practice locally and internationally?

- Support

What would happen if the technology failed to work on one day? What backup systems exist?

How is the technology repaired or replaced?

Does the technology need to be fitted or customised to meet the needs of an individual? How can it be adjusted in the future?

Does the technology come from a warranty? How will the implementation be reviewed?

What is current good practice locally and internationally?

- Accessible digital content

Are information resources that support use of the technology available in accessible formats?

If the technology provide access to content – is that content available in suitable formats? If content must be reformatted for use who will do this?

Are training resources available to assist in accessible formats? What is current good practice locally and internationally?

- Policy

Are there any policies within a setting that would prevent the use of this technology by a person with a disability?

Who is responsible for any such policy?

Are there any policies that would facilitate use of this technology?

Can we identify clear benefits of the technology that would build a business case for its use? What is current good practice locally and internationally?

- Research

How will we provide feedback to developers on the emerging technology? Are there any privacy or ethical issues to consider?

Can feedback from the user be made available to encourage further innovations?

Are there technologies currently in development that could be trialled with people with a disability?

What is current good practice locally and internationally?

Developing a Roadmap

By considering these questions we can produce a map of the strengths and weaknesses of the ecosystem that would support the implementation of the emerging technology. In each aspect of the ecosystem we seek to understand good practices both locally and internationally, then undertaking a gap analysis between the two. Once we have understood any gap, we may identify potential actions to bridge that gap and hence encourage successful implementation.

Understanding good practice internationally is an important factor in establishing benchmarks against which current provision can be evaluated and a plan for action across the ecosystem to introduce prepared. Sources of suitable good practices are increasingly available through online databases such as that maintained by the UN Zero Project. Within the database, good practices can be found that related to independent living, education, employment and accessibility. Many of the practices mentioned relate to one or more of the dimensions of the ecosystem.

To understand the process of analysis further, an example of a suggested high-level local and international review for the implementation of smart home technology to support people with a disability with a top-level review is included as appendix 1.

Based on such an analysis, a SWOT analysis would be completed to show the local strengths and weaknesses from which actions could be determined to form a roadmap.

Conclusion

With increasing demand for greater access and inclusion of people with a disability into society there is a corresponding increase in the potential of emerging technologies to address demographic, economic and social pressures. Successful implementation of these technologies will challenge services to consider each of the factors that impact upon success. To respond to these challenges services should undertake a gap analysis of the status of each dimension of the ecosystem as it relates to the proposed technology. Careful gap analysis between local status and international benchmarks can create a roadmap of actions to guide implementation and maximise impact.

References

Wise P (2012) Emerging Technologies and Their Impact on Disability The Future of Children 22(1):169-191
 Tucker W (2018) The eight emerging technologies you should learn to love. Price Waterhouse Cooper
 Banes (2015) Towards an Access Ecosystem ATIA Orlando
 Hemken and Gray (2016) Emerging technologies make their mark on public services Accenture
 Foss and Saeby (2014) Business models for open innovation: Matching heterogenous open innovation strategies with business model dimensions European Management Journal 33(3)

Appendix

Initial Gap analysis for the Introduction of Smart home technology for independent living.

Part 1 Local Status

Area	International status and practice
Awareness	Information on smart home technology is advertised widely on the internet and television channels. Little of the information available suggests that the technology has an impact upon people with a disability and much of the marketing seeks to access the premium market offering smart homes as a lifestyle choice. Professionals have little experience of mainstream smart home technology and respond to requirements through specialised environmental control systems.
Assessment	Assessment for environmental control systems is carried out by specialist occupation therapists and rehabilitation engineers. Such assessments identify equipment for environmental control from approved lists of vendors. Mainstream control and smart home technologies have not been considered for inclusion on those lists. Some people with a disability have been demonstrating the use of low cost smart home technologies in their own homes on social media channels.
Training	No training for professionals or people with a disability on the use of smart home technology is available
Provision	Purchase of smart home components is available only via online vendors. Funding for smart home components is not available from public sources. Two local NGO’s have offered funding to a total of 17 people with a disability to refund their purchase of smart speakers from Amazon and Google.
Support	There is no availability of technical support for smart home purchases locally. Where users have purchased their own systems, support is available on a cooperative basis from other users via whatsapp and facebook groups.
Accessible Content	No accessible information or training materials are available in local languages.
Research	The state university has two research projects into smarthomes currently being undertaken. These focus on social impact from an environmental perspective and no consideration of the potential for people with a disability has been considered.
Policy	Current policy in education and health settings does not include smart home technologies as an option for people with a disability.

Part 2 International Benchmark

Area	International status and practice
Awareness	<p>In the UK smart home technology is promoted by several NGO's who have included it in their publications and events for people with a disability.</p> <p>Major companies selling smart speakers and control systems have produced promotional materials that show people with a disability using their equipment which are available online and reported in the press</p> <p>Case studies of the use of the technology are available on public websites including health and employment services</p>
Assessment	<p>Smart home technology is included in the assessment services offered by NGO's and rehabilitation services in US and European countries.</p> <p>The low cost of purchase has meant that in many cases, people with disability have been able to purchase a hub and smart speaker from their own resources without the need for assessment.</p> <p>Where self-selection has occurred there has been some concern about the need for information to inform self-assessment. Some users report visiting mainstream electronic stores to try the equipment in store to see if it is suitable for their needs</p>
Training	<p>In most cases training in the use of smart home technology is available for free online. Setup and installation are often done by a friend or family member using the videos.</p> <p>Because many of the systems are designed with natural interfaces, little training is reported as being needed</p>
Provision	<p>Much of the equipment is sourced through major electronics companies and online retailers.</p> <p>Health services allow for the reimbursement of such equipment where it is recommended by the service.</p> <p>Some AT centres in Europe have established loan banks of equipment for individuals to test and trial at home</p> <p>Employment services in the UK will include smart home technologies for use as accommodations in the workplace</p>
Support	<p>Technical support is available from Vendors for the hubs and smart speakers as well as tablet based solutions</p> <p>Some Health services offer a first level of technical support to patients that they engage with</p> <p>Online forums and self help resources are widely used in some countries</p>
Accessible Content	<p>Training videos are available with captions from most major providers Transcripts of videos are available in some cases</p> <p>In most cases information and guidance sheets are available from websites as accessible pdf's</p>
Research	<p>Research is being undertaken in universities and health services in several countries to ensure that privacy and security are maintained for people with a disability</p> <p>Research is being undertaken by companies and universities into the greater integration of AI into smart home solutions</p> <p>Several studies into the long term impact of smart home technologies from a social and economic perspective are currently being undertaken</p>
Policy	<p>Public policy advocates for a best value approach in many cases.</p> <p>Some insurance providers do not yet support the use of smart home technologies for people with a disability</p> <p>Policy guidelines on universal access and design often require updates to incorporate the potential of the new technologies</p>

ПЕРЕДОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ УДОВЛЕТВОРЕНИЯ НУЖД ЛЮДЕЙ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ ОТНОСИТЕЛЬНО ЭКОСИСТЕМНОГО ПОДХОДА К УСПЕШНОМУ ПРИМЕНЕНИЮ

Дэвид Бэйнс

Сервис доступа и инклюзивности Дэвида Бэйнса

Великобритания, Милтон Кейнс

EMERGING TECHNOLOGIES TO ADDRESS THE NEEDS OF PEOPLE WITH A DISABILITY TOWARDS AN ECOSYSTEM APPROACH TO SUCCESSFUL IMPLEMENTATION

David Banes

David Banes Access and Inclusion Services

The United Kingdom, Milton Keynes

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.

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: передовые технологии, услуги, внедрение, инклюзивность, ассистивные технологии, технология умного дома

Key words. emerging technology, services, implementation, inclusion, assistive technology, smart home technology

Введение

Новые технологии предлагают новые подходы к удовлетворению потребностей людей с инвалидностью в сфере образования, занятости и повседневной жизни. Мудрый (2012) предположил, что все технологии направлены на устранение недостатка потенциала и возможностей среди населения. Этот основной «вспомогательный» характер всех технологий является наиболее очевидным в жизни людей с инвалидностью. Появление применения новых технологий для улучшения жизни людей с инвалидностью отражает изменение демографии и экономики сообщества, в том числе более широкую пропаганду для включения. (Всемирный банк, 2015 год)

Для людей с инвалидностью некоторые новые технологии улучшают текущие продукты и инструменты. Они могут добавить функциональность и увеличить простоту использования. Такие инкрементные инновации поддерживают модель реализации, которая сочетает в себе навыки профессионалов АТ с поддержкой со стороны поставщиков. Тем не менее, эта модель оспаривается появлением технологий, которые оказывают более глубокое воздействие, которые разработаны теми, у кого нет наследства в этой области, и которые приводят к совершенно новым инструментам, подходам и моделям предоставления услуг. В этих случаях услуги и системы могут быть сложными для внедрения новых технологий и создания препятствий для эффективного осуществления.

Передовые технологии

Новые технологии, которые могут повлиять на жизнь людей с инвалидностью, включают в себя носящие технологии, интернет-услуги, услуги на основе местоположения, искусственные интеллекты, автономные транспортные средства, блокчейн, виртуальную и дополненную реальность, трехмерную печать и робототехнику. (Tucker W 2018), хотя в этой статье мы рассмотрим лишь некоторые из них.

Применение инновационных технологий для жизни людей с инвалидностью и людей с дополнительными потребностями требует понимания самой технологии в сочетании с пониманием потребностей и степенью творчества и воображения при определении эффективных вариантов использования.

Процесс применения и внедрения новых технологий параллелен процессу согласования технологий с потребностями индивидуума, такого как предложенный Забалой (2010), но действует коллективно на макроуровне, предлагая решения и подходы для сообществ, а не отдельных лиц.

Методы

Сбор информации и концепций основывается на опыте автора как наставника инновационного фонда ЮНИСЕФ для ААС и ряда начинающих компаний, расположенных в разных местах по всему миру. Это сочетается с обычными кабинетными исследованиями, в которых регулярно проводится онлайн-брифинг новостей и мнений из этой области. Этот прямой личный опыт позволяет идентифицировать примеры современных применений технологии, которые были усилены и уточнены благодаря сбору дальнейшего участия в семинарах в качестве консультанта с июня 2017 года по текущую дату.

Данные были собраны с помощью как полуструктурированных интервью, так и фокус-групп, в которых участвуют различные заинтересованные стороны, включая людей с инвалидностью, профессионалов, семей и разработчиков.

Информация, собранная с этих сессий, должна публиковаться в Интернете для поддержки потенциальных разработчиков в любом будущем процессе проектирования. Разработчики могут быть разнообразными по своему происхождению и могут включать предпринимателей, стартапов, AT Makers и Hackathons. Необходимость ясности в определении проблемы для таких событий и предпринимателей хорошо документирована. (Skyland N 2016)

Технологии с возможностью влиять на жизнь людей с инвалидностью

Проведенные семинары и интервью показали, что из вышеперечисленных технологий, указанных выше, те, которые имеют наибольшее потенциальное непосредственное воздействие на людей с инвалидностью, были:

- Носимые технологии
- Интернет вещей
- Услуги, основанные на местоположении
- Искусственный интеллект
- 3D-печать

Во многих случаях эти новые технологии были объединены при создании решения. Примерами применения этих технологий были решения, которые все еще находились в разработке наряду с теми, которые уже вышли на рынок.

Носимые технологии

Рост износостойких технологий хорошо документирован с помощью часов Apple и Samsung Galaxy Gear в качестве лидеров рынка, наряду с серией «фитнес-трекеров» Молли Уотт, защитником с Ushers с комментариями о видении и восприятии слуха, положительно оценивая ее опыт использования яблочных часов где были встроены тактильные технологии. В своих блогах (<http://www.mollywatt.com/blog/entry/my-applewatch-8-months-on>) она описывает использование ею устройства для связи, доступа к информации, поддержки поиск с ее собакой-поводырем, получение уведомлений и уведомление других.

Было много дискретных технологий, которые описывают некоторые из описанных функций, но все больше конвергенция на одном устройстве оказывается чрезвычайно привлекательной для тех, кто имеет инвалидность, особенно по основным технологическим ценам. Такие носимые предметы могут также включать инструменты, которые контролируют благосостояние людей, живущих независимо. Одно из таких приложений «Браси» позволяет тем, у кого есть потеря слуха, следить за окружающей средой за конкретными звуками и переводить эти звуки в текстовые и тактильные сигналы, передаваемые на камешки или часы Apple. Примеры использования включают пожарную сигнализацию, плачущих детей, дверные звонки и т. Д. Такие технологии могут быть использованы

для обнаружения движения и местоположения, предупреждения о том, что лица, ухаживающие за ним, покинули «безопасную» зону или где было мало или вообще не было движения для расширенного периода, когда могло произойти падение.

Интеграция датчиков в окружающую среду или внедрение в качестве носителей послужили основой для новых бизнес-предложений, таких как Sensara и Alcove. Датчики могут быть подключены к смартфону, где доверенный опекун может контролировать активность и реагировать по мере необходимости.

<https://www.youralcove.com/pages/how-it-works>

<https://itunes.apple.com/us/app/sensara/id882751478?mt=8>

Интернет Вещей (ИОТ)

Рост уммотомов предполагает немедленные пути воздействия Интернета на независимую жизнь и повседневную жизнь людей с инвалидностью. В сочетании с появлением естественных интерфейсов люди, такие как распознавание речи, люди с инвалидностью, испытывают больший контроль над построенной средой через подключенные устройства. К ним относятся контроль за их освещением, отоплением и кондиционированием воздуха, безопасность, включая вход и выход, связь, информацию и развлечения.

Интернет вещей производит большие наборы данных, записывая способы взаимодействия с нашей средой. Такие данные могут использоваться для прогнозирования нашего поведения и потребностей, в том числе для людей с инвалидностью. Технология в сочетании с машинным обучением и искусственным интеллектом может предвидеть как потребности, так и предпочтения от данных, согласованных с местоположением, временем или деятельностью. Например, пользователи программного обеспечения связи с сетями, загружаемыми на устройство, могут иметь контекстно-зависимые сетки, активированные на основе местоположения, с пониманием словаря, используемого в том же месте в прошлом. Выбор словарного запаса в супермаркете, вероятно, будет основываться на ядре похожих слов каждый раз, когда вы посещаете. Имея это доступным при входе в хранилище, устройство может быть контекстом, готовым к взаимодействию.

Другие технологии могут предвидеть необходимость и подготовить домашнюю среду, основанную на времени суток, ваших привычных привычках или вашем местоположении. Они могут регулировать нагрев или освещение для комфорта при подъеме и в сочетании с пригодным для носки ощущением, когда пользователь находится в периоде легкого сна близко к запланированному времени, чтобы подняться, поскольку пробуждение во время легкого сна увеличивает бдительность и благополучие в течение дня. Если система знает, что ухаживающие должны посещать эти часы, она может гарантировать, что любой персональный код доступа для входа активен только в такие моменты. В другом случае технологии могут сделать дом готовым к прибытию, обнаружив близость владельца и освободив двери, включив свет и отрегулировав любое отопление. Он может даже переключить чайник на этой точке, если потребуется.

Услуги, основанные на местоположении

Технологии, основанные на местоположении, все больше интегрируются в встроенную среду. В Walt Disney World в Орландо, Wi-Fi, GPS и RFID-теги взаимодействуют, чтобы найти пользователя и предоставить очень конкретную информацию в различных форматах, связанных с этим местоположением. Это включает направления и ориентацию, время очереди для местных поездок, транспортные обновления и специальные предложения или меню из ближайших киосков и поставщиков.

Технологии могут работать в наружной и внутренней среде, предлагая маршруты и предупреждения, когда пользователь переходит. Такие технологии можно комбинировать с носимым или смартфоном, чтобы также активировать действия в среде, такие как разблокировка дверей или увеличение освещения

Искусственный интеллект (ИИ)

Многие из вышеперечисленных технологий, рассмотренных выше, основываются на наличии искусственного интеллекта для поддержки потребностей инвалидов. В одном потенциальном сценарии используется ИИ для преобразования данных из одной среды в другую. К таким примерам относятся улучшенные автозамены на YouTube, распознавание лиц на Facebook и запуск Seeing AI от Microsoft. Наблюдение за ИИ имеет много применений и было подчеркнуто, поскольку оно имеет большое значение для тех, у кого ограниченное зрение, путем распознавания текста, людей и объектов и представления этой информации с помощью дополнительных ссылок на дополнительную информацию. <https://www.microsoft.com/en-us/seeing-ai>

- 3D-печать

Трехмерная печать предлагает альтернативную модель распределения вспомогательных и аппаратных устройств и предоставляет значительную возможность расширить предоставление вспомогательных технологий на развивающихся и развивающихся рынках. Связанные с ростом сообществ разработчиков, поскольку они становятся более видимыми и связанными (ATmakers.org), распределенные проекты могут использоваться для развития сообществ от простого демонстрации и обучения, связанных с технологиями изготовления и дизайном, в целях создания возможностей для хранения и совместного использования проектов в Интернете, либо через заказные репозитории или социальные сети проектов и инструкций. Два примера коллекций АТ на основе «Thingiverse» и «Instructables», разработанных автором и включающих как низкотехнологичный, так и 3D-печатный дизайн, можно найти в <https://www.instructables.com/id/Assistive-Technology-1/> и <https://www.thingiverse.com/davebanes/collections/assistive-technologies>.

В 2018 году ресурсы в хранилищах были распределены в двух африканских сообществах, позволяющих местное производство линз для лиц с низким зрением и ходячей помощью для лиц с физическими нарушениями. Несмотря на то, что эти ранние вмешательства были сосредоточены на использовании местных материалов, они предложили, чтобы, если бы был создан центр-производитель, способность увеличить объем производства посредством 3D-печати была значительной. Это будет включать в себя более сложные технологии, такие как построение коммутаторов и адаптация устройств, которые легко распространяются через социальные сети, такие как группы Facebook и страницы Pinterest.

Еще одним примером распределения проектов является «Обеспечение будущего», которое можно найти по адресу <http://enablingthefuture.org/upper-limb-prosthetics/>. Они распространяют проекты и инструкции для 3D-печати протезов, в основном ориентированных на развивающиеся рынки АТ, но принцип можно применять более широко.

Эффективное распределение таких проектов и ресурсов требует применения принципов курации.

Такой подход к распространению и децентрализованному распределению может быть все более обеспечен за счет использования технологии blockchain и открытого дизайна, чтобы гарантировать, что модификации проектов одобрены по качеству и что защита интеллектуальной собственности защищена.

Экосистема

Чтобы эффективно пользоваться, новые технологии необходимо внедрять в рамках вспомогательной технологии, доступа и восстановления экосистемы.

Экосистема была определена как «Сеть организаций, включая поставщиков, дистрибьюторов, клиентов, конкурентов, правительственные учреждения и т. Д., Которые участвуют в доставке определенного продукта или услуги посредством конкуренции и сотрудничества. Идея заключается в том, что каждый бизнес в «экосистеме» затрагивает и затрагивается другими, создавая постоянно развивающиеся отношения, в которых каждый бизнес должен быть гибким и адаптируемым, чтобы выжить, как в биологической экосистеме» (извлеченный из <https://www.investopedia.com/terms/b/business-vironment.asp> 10 июня 2018 г.)

При рассмотрении необходимости формулирования такой экосистемы для доступных технологий, которая поддерживает потребности, устремления и культуру, сначала необходимо понять совокупность услуг, которые необходимы для удовлетворения этих потребностей, а затем пересмотреть в свете тенденций в области доставки и подходов,

Когда мы говорим о вспомогательной и доступной технологической экосистеме. Мы имеем в виду восемь взаимозависимых форм деятельности, которые необходимы для эффективного предоставления и внедрения вспомогательных технологий. Vanes (2015) определили их как:

Осведомленность

Разработка программ по повышению осведомленности о технологиях и их влиянии на качество жизни людей с инвалидностью имеет важное значение для обеспечения полного доступа для людей с ограниченными возможностями. Осведомленность определяется несколькими заинтересованными сторонами и охватывает целый ряд мероприятий с основными сообщениями, адаптированными к различным аудиториям.

Оценка

Успешное использование любой технологии человеком с инвалидностью основано на сопоставлении технологии с потребностями человека. Традиционно это осуществляется путем

определения проблемы, сбора информации, связанной с потребностью (в том числе путем прямого наблюдения), и анализа всей информации для определения соответствующей технологии для ее реализации. Этот процесс создает план для реализации и последующего наблюдения, а также любые дополнительные услуги.

Обеспечение

Во многих частях мира предоставление вспомогательных технологий фрагментировано и зависит от местных услуг, которые различаются в зависимости от диагностированной инвалидности, возраста или контекста, в котором эта технология должна использоваться. Услуги часто организуются независимо друг от друга в зависимости от возраста лица с инвалидностью и того, зависит ли финансирование от использования дома, в школе, университете или на работе.

Изменение демографии и технологических разработок свидетельствует о необходимости более согласованного подхода к предоставлению вспомогательных технологий. Люди с ограниченными возможностями и пожилые люди выражают глубокое понимание своих потребностей и понимание того, как эти потребности могут быть удовлетворены

Обучение

Технология развивается быстро, и будущие требования к квалификации трудно определить. Отзывы заинтересованных сторон показали, что профессионалы все чаще получают доступ к информации и обучению через онлайн-связь для приобретения знаний и участия в дискуссиях и обсуждениях. Такие платформы для совместной работы доступны в глобальном масштабе для улучшения понимания различных перспектив и опыта доставки.

Техническая поддержка

Для эффективной реализации вспомогательных технологий требуется техническая поддержка на протяжении всего срока службы продукта. Поддержка может быть необходима как перед первым использованием, так и после внедрения для поддержания использования.

Интернет-ресурсы включают рекомендации и информацию, охватывающие внедрение, включая установку, установку и настройку. Они варьируются от корректировок до позиционирования устройств доступа и настройки программного обеспечения для личного использования, постоянного обновления и поддержки продуктов, в том числе, как реагировать, когда решение перестает работать.

Доступный цифровой контент

Обеспечение доступности доступного цифрового контента в экосистеме необходимо для удовлетворения потребностей людей с инвалидностью иметь актуальный и соответствующий цифровой контент наряду с их технологиями. Ответственность за это варьируется, но, как правило, обусловлена четкой политикой или стратегией в области цифровой доступности, продвигаемой правительством.

Все чаще доступность цифрового контента расширяется за пределами веб-доступности для решения других форм цифрового контента. В недавнем обзоре, проведенном для DevSpace на GPII.net, они включали политику и стандарты для веб-сайтов, а также для мобильных приложений, электронных книг, онлайн-документов, телевидения и кино.

Во многих случаях принципы закреплены в Руководстве по доступности веб-сайтов 2.0 (WCAG 2.0), инициативе консорциума World Wide Web (W3C).

Стратегия

Эффективная политика лежит в основе развития вспомогательных технологических услуг во многих частях мира. Политика, которая способствует включению инвалидов, и четко определяет право на доступ, а также разъясняет роли и обязанности поставщиков и государственных органов, создавая условия, которые увеличивают спрос и доступность доступных продуктов. Такая политика также может быть направлена на поиск соответствующих технологий с учетом сильных и слабых сторон зависимости от импортируемых продуктов или развития местной промышленности

Исследования и разработки

По мере развития технологий исследования показывают, что необходимо обеспечить доступность основных технологий и что инвалиды влияют и формируют будущие разработки. Это требует понимания среди основных исследователей и разработчиков потребностей инвалидов и пожилых людей и предоставления стимулов для поощрения инклюзивного и доступного развития технологий.

В каждом из этих аспектов новые технологии оказывают все большее влияние на способы предоставления услуг. Более того, интеграция новых технологий в обеспечение потребует рассмотрения каждого измерения для обеспечения эффективного осуществления.

Вывод

Новые технологии предоставляют значительные возможности для людей с ограниченными возможностями для продвижения и обеспечения доступа и включения в повседневную жизнь, образование и занятость. Понимание аспектов экосистемы доступа требуется, если новые технологии должны быть успешно внедрены и внедрены для использования людьми с инвалидностью. Приняв модель эскалации вмешательства в качестве скоординированных действий, можно планировать принятие в установленном порядке и уменьшать риски и увеличивать воздействие.

Introduction

Emerging technologies offer new approaches to meeting the needs of people with a disability across education, employment and daily life. Wise (2012) has suggested that all technologies seek to address some lack of capacity and capability within a population. This underlying “assistive” nature of all technologies is most overt in the lives of people with a disability. The emergence of the application of new technologies to enhance the lives of people with a disability reflects the changing demographics and economics of a community, including far greater advocacy for inclusion. (World Bank 2015)

For people with a disability some new technologies enhance current products and tools. These may add functionality and increase ease of use. Such incremental innovation supports a model of implementation which combines the skills of AT professionals with support from vendors. However, this model is challenged by the advent of technologies that have deeper impact, that are designed by those with no legacy within the field, and that lead to entirely new tools, approaches and models of service delivery. In these cases, it may be difficult for services and systems to embrace the new technologies and leading to barriers to effective implementation.

Emerging Technologies

Emerging technologies that have potential to impact upon the lives of people with a disability, include wearable technologies, the internet of things, location-based services, AI, Autonomous vehicles, Blockchain, virtual and augmented reality 3D printing and robotics. (Tucker W 2018) although within this paper we will only consider some of these.

The application of innovative technologies to the lives of people with a disability and those with additional needs, requires an understanding of the technology itself combined with an understanding of needs and a degree of creativity and imagination in defining effective use cases.

The process of applying and implementing emerging technologies has parallels with the process of matching technologies to the needs of an individual such as that suggested by Zabala (2010), but operates collectively, at a macro level, suggesting solutions and approaches for communities rather than individuals.

Methodology

The gathering of information and concepts draws upon the experience of the author as mentor to the UNICEF innovation fund for AAC and to a series of start-up companies based in different locations across the world. This is combined with regular desk research that produces a regular online briefing of news and opinions from within the field. This direct personal experience allows for the identification of examples of current applications of technology which has been enhanced and refined through the gathering of further input from workshops as a consultant from June 2017 to the current date.

The data has been gathered through both semi structured interviews and focus groups, involving a range of stakeholders including people with a disability, professionals, families and developers.

Information gathered from these sessions is to be published online to support potential developers in any future design process. Developers may be diverse in their background and may include entrepreneurs, start-ups, AT Makers and Hackathons. The need for clarity in defining the challenge for such events and entrepreneurs is well documented. (Skyland N 2016)

Technologies with potential impact on the lives of people with a disability

The workshops and interviews undertaken suggested that of the emerging technologies identified above, those with the greatest potential immediate impact on people with a disability were

- Wearable technologies
- The internet of things
- Location-based services,
- AI

- 3D printing

In many cases these emerging technologies were combined in the creation of a solution. Examples of the application of these technologies included solutions that were still in development alongside those that had already entered the market.

- **Wearable technologies**

The growth of wearable technologies is well documented with the Apple watch and Samsung Galaxy Gear as market leaders, alongside a series of “fitness trackers” Molly Watt an advocate with Ushers with both vision and hearing loss comments positively about her experience of having an apple watch where haptic technologies were built in. In her blog posts (<http://www.mollywatt.com/blog/entry/my-applewatch-8-months-on>) she describes her use of the device to communicate, access information, support wayfinding with her Guide Dog, receive notifications and to notify others.

There have been many discrete technologies that have some of the functionality described but increasingly the convergence upon a single device is proving extremely attractive to those with a disability especially at mainstream technology prices. Such wearables can also integrate tools that monitor the well-being of those living independently. One such application “Braci” allows those with hearing loss to monitor the environment for specific sounds and to translate those sounds into text and tactile alerts delivered to a pebble or Apple watch. Examples of use include fire alarms, crying children, doorbells etc. Such technologies can be used to detect movement and location, alerting named carers that an individual has left a “safe” area, or where there has been little or no movement for an extended period when a fall may have taken place.

The integration of sensors within the environment, or implemented as a wearable have provided the basis of new business offerings such as those from Sensara and Alcove. The sensors can be connected to a smartphone where a trusted carer can monitor activity and respond as necessary.

<https://www.youralcove.com/pages/how-it-works> <https://itunes.apple.com/us/app/sensara/id882751478?mt=8>

- **The Internet of Things (IOT)**

The growth of smarthomes, suggests immediate ways that the internet of things is impacting upon independent living and the daily life of people with a disability. Combined with the emergence of natural interfaces people, such as speech recognition, people with a disability have experienced greater control over the built environment through connected devices. These include control over their lighting, heating and air conditioning, security including entrance and exit, communications, information and entertainment.

The internet of things produces large sets of data, by recording the ways we interact with our environment. Such data can be used to anticipate our behaviour and needs including that of people with a disability. The technology when combined with machine learning and artificial intelligence can anticipate both needs and preferences from data aligned with location, time or activity. For example, users of communication software with grids loaded onto a device, can have context specific grids activated based upon location with an awareness of the vocabulary used at the same location in the past. The choice of vocabulary at a supermarket is likely to be based around a core of similar words each time visited. By having this available upon entering the store the device can be context ready for interaction.

Other technologies can anticipate need and prepare the home environment based upon the time of day, your usual habits or your location. These may adjust heating, or lighting for comfort upon rising and when combined with a wearable can sense when the user is in a period of light sleep close to the planned time to rise as waking during light sleep increases alertness and well-being for the day. If the system is aware that carers are due to visit between given hours, it can ensure that any personal access code for entrance is only active at such times. In another scenario, the technologies can make the home ready for arrival by detecting the proximity of the owner and releasing doors, switching on lights and adjusting any heating. It may even switch the kettle on at this point if required.

- **Location-based services**

Location based technologies are increasingly integrated into the built environment. At Walt Disney World in Orlando, Wi-Fi, GPS and RFID tags interact to locate the user and provide highly specific information in a variety of formats related to that location. This includes directions and orientation, queue times for local rides, transport updates and special offers or menus from nearby kiosks and vendors.

Technologies can operate across the outdoor and internal environments offering directions and alerts as the user navigates. Such technologies can be combined with a wearable or smartphone to also trigger actions within the environment such unlocking doors or increasing lighting

- **Artificial Intelligence (AI)**

Many of the emerging technologies discussed above draw upon the availability of artificial intelligence in supporting the needs of those with a disability. One potential scenario utilises AI to transform

data from one medium to another. Such examples include improved auto captioning on YouTube, face recognition on Facebook and the launch of Seeing AI from Microsoft. Seeing AI has many uses and has been highlighted as being of great value to those with limited vision by recognising text, people and objects, and presenting that information audibly, with additional links to further information. <https://www.microsoft.com/en-us/seeing-ai>

- **3D printing**

3D printing offers an alternative model of distribution for aids and hardware devices and offers a significant opportunity to extend provision of assistive technologies in developing and emerging markets. Linked with the growth of maker communities as they become more visible and connected (ATmakers.org) distributed designs can be used to develop the communities from merely offering demonstrations and training related to fabrication techniques and design, towards capacity to store and share designs online, either through bespoke repositories or social networks of designs and instructions. Two examples of AT collections based upon “Thingiverse” and “Instructables” developed by the author and including both low tech and 3D printable designs can be found at

<https://www.instructables.com/id/Assistive-Technology-1/>

<https://www.thingiverse.com/davebanes/collections/assistive-technologies>

In 2018 the resources within the repositories were distributed into two African communities allowing for local manufacture of lenses for those with low vision and walking aids for those with a physical impairment. Whilst these early interventions focussed on the use of local materials, they suggested that if a maker hub was funded the capacity to increase output through 3D printing was significant. This would include some more complex technologies such as switch construction and device adaptation, which are readily distributed through social media such as Facebook groups and Pinterest pages.

A further example of distribution of designs is that of Enabling the Future which can be found at <http://enablingthefuture.org/upper-limb-prosthetics/> They distribute designs and instructions for the 3D printing of prosthetics mostly targeted at emerging AT markets, but the principle can be applied more widely.

Effective distribution of such designs and resources requires that the principles of curation would need to be applied.

Such an approach to dissemination and decentralised distribution may be increasingly safeguarded through the use of blockchain technology and open design to ensure that modifications of designs are quality approved and that intellectual property is protected.

The Ecosystem

To be used effectively the emerging technologies need to be implemented across the assistive technology, access and rehabilitation ecosystem.

An ecosystem has been defined as “The network of organizations including suppliers, distributors, customers, competitors, government agencies and so on involved in the delivery of a specific product or service through both competition and cooperation. The idea is that each business in the “ecosystem” affects and is affected by the others, creating a constantly evolving relationship in which each business must be flexible and adaptable in order to survive, as in a biological ecosystem.” (retrieved from <https://www.investopedia.com/terms/b/business-ecosystem.asp> June 10 2018)

In addressing the need to formulate such an ecosystem for accessible technology that is supportive of needs, aspirations and culture, the constellation of services that are required to address those needs must first be understood, and then reviewed in the light of trends in delivery and approaches.

When we refer to an assistive and accessible technology ecosystem. We are referring to the eight interdependent forms of activity that are required for effective provision and implementation of assistive technologies. Banes (2015) identified these as being:

- **Awareness**

Establishing programmes to increase awareness of technology and its impact on the quality of life of people with disabilities is important in promoting full access for people with disabilities. Awareness is driven by multiple stakeholders and encompass a range of activities with core messages tailored to different audiences.

- **Assessment**

Successful use of any technology by a person with a disability is founded upon the matching of technology to the needs of the individual. Traditionally, this is undertaken by identifying the challenge, gathering information related to the need (including by direct observation), and analysing all information to identify appropriate technology for implementation. This process produces a plan for implementation and for follow-up, as well as any additional services required.

- Provision

In many parts of the world, provision of assistive technology is fragmented and reliant on local services, which vary according to the diagnosed disability, the age or context in which the technology is to be used. Services are often organised independently of one another based on the age of the person with a disability and the whether funding is driven by use at home, school, university or in work.

Changing demographics and technological developments suggest a need for a more coherent approach to the delivery of assistive technology. People with disabilities and older people express a deep understanding of their own needs and insight into how those needs may be met

- Training

Technology develops rapidly, and future skill requirements are difficult to determine. Feedback from stakeholders has suggested that professionals are increasingly accessing information and learning through online connectivity to acquire knowledge and to participate in debate and discussion. Such collaborative platforms are available globally to enhance the understanding of varied perspectives and experience of delivery.

- Technical Support

Effective implementation of assistive technologies requires that technical support is available throughout the lifetime of the product. Support may be essential both before first use and following implementation to maintain use.

Online resources include advice and information covering implementation including fitting, installation and customisation. These range from adjustments to the positioning of access devices and the customisation of software for personal use, to the ongoing updating and upkeep of products, including how to respond when a solution stops working.

- Accessible digital content,

Ensuring availability of accessible digital content within the ecosystem is necessary to address the needs of people with a disability to have current and relevant digital content alongside their technologies. Responsibility for this varies but is usually driven by a clear digital accessibility policy or strategy promoted by the government.

Increasingly, the availability of digital content is being expanded beyond web accessibility to address other forms of digital content. In a recent review undertaken for the DevSpace at GPII.net these included policy and standards for websites but also for mobile apps, e-books, online documents, television and cinema.

In many cases, the principles are laid down in the Web Accessibility Guidelines 2.0 (WCAG 2.0), an initiative of the World Wide Web Consortium (W3C).

- Policy

Effective policy underpins the development of assistive technology services in many parts of the world. Policy that promotes inclusion of disabled people and explicitly outlines the right to access, whilst clarifying the roles and responsibilities of providers and public bodies, creating conditions that increase demand for, and availability of, accessible products. Such policy can also address the sourcing of appropriate technology, considering the strengths and weaknesses of reliance on imported products or in developing a local industry

- Research and development

As technology is develops, research suggests that there is a need to ensure that mainstream technology is accessible, and that disabled people influence and shape future developments. This requires an understanding amongst mainstream researchers and developers of disabled and older people's needs, and provision of incentives to encourage inclusive and accessible development of technology.

Within each of these dimensions emerging technologies are having an increasing influence on the ways in which services are delivered. Moreover, the integration of emerging technologies into provision will require consideration of each dimension to ensure effective implementation.

Conclusion

Emerging technologies offer significant opportunities for people with a disability to promote and ensure access and inclusion across daily life, education and employment. An understanding of the dimensions of the access ecosystem is required if emerging technologies are to be successfully introduced and implemented for use by people with a disability. By adopting a model of escalation of intervention as coordinated actions, it is possible to plan for adoption in a considered manner and reducing risks and increasing impact.

References

1. Wise P (2012) Emerging Technologies and Their Impact on Disability The Future of Children 22(1):169-191
2. World Bank (2015) Why disability inclusive development matters World Bank
3. Tucker W (2018) The eight emerging technologies you should learn to love. Price Waterhouse Cooper
4. Zabala J (2010) The SETT Framework: Straight from the Horse's Mouth Special Education Council of Alberta Teacher's Association
5. Banes (2015) Towards and Access ecosystem ATIA Orlando
6. Skyland N (2016) Making a Statement: When It Comes to Hackathons, a Compelling Challenge Statement Is Key to Success Digital Gov

УДК 364+159.99

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Гордиевская Е.О.¹, Миронова М.Р.^{2,3}

¹ ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России

Россия, Санкт-Петербург

² Директор психологического центра "Школа здравого смысла", психолог, Санкт-Петербург,

³ International Institute for Humanistic Studies, Petaluma, CA, U.S.A.

INNOVATIVE APPROACHES TO PSYCHOLOGICAL REHABILITATION

Gordievskaya E. O.¹, Mironova M. R.^{2,3}

¹ Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled n.a. G.A. Albrecht" of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation

² Director of psychological center "The school of healthy consciousness", psychologist. St.-Petersburg, Part-time Faculty, International Institute for Humanistic Studies. 4940 Bodega Ave, Petaluma, CA, 94052, U.S.A.

³ International Institute for Humanistic Studies, Petaluma, CA, U.S.A.

Аннотация: в статье рассматриваются способы осуществления психологической реабилитации с применением современных технологий, их показания и ограничения применения в реабилитации и абилитации.

Abstract. the article considers the methods of psychological rehabilitation applying modern technologies, their benefits and limitations in rehabilitation and habilitation.

Ключевые слова: психологическая реабилитация, когнитивный тренинг, консультирование по скайп, БОС, использование гаджетов, нейропсихология

Key words. psychological rehabilitation, cognitive training, Skype counseling, gadget usage, neuropsychology.

Сегодня вопросы реабилитации и абилитации лиц с инвалидностью, их полноценной интеграции в социум, самореализации в различных сферах жизнедеятельности, привлекают особое внимание. В данном контексте важнейшее значение имеет психологический аспект реабилитации и абилитации - реабилитация психологическая, так как именно данный её вид направлен на восстановление развитие психологических механизмов, являющихся по сути стержневыми в плане осуществления любых видов деятельности человека, условием его успешной самореализации и полноценного социального функционирования, в том числе – активного участия в реабилитационных/ абилитационных мероприятиях, что способно существенным образом повысить их итоговую результативность. Современные достижения в научно-практической сфере позволяют по-новому подходить к осуществлению реабилитационных мероприятий на основе использования новейших подходов и технологий. Своё применение данные технологии нашли и в практической работе психолога.

Применение персональных компьютеров (ПК) и интернет-сетей открыло широкие возможности по внедрению дистанционных технологий при реализации различных форм и методов работы, предполагающих межличностные коммуникации: дистанционное (удаленное) консультирование, осуществление психокоррекционной работы по видеосвязи (у нас это традиционно называется "скайп-консультирование", хотя используются все доступные средства и системы). [5] Данную форму работы сегодня используют многие психологи, психотерапевты, обращая внимание как на плюсы, так и на минусы такого рода деятельности, определяющие её итоговую результативность.

Так, несомненным первоочередным плюсом работы психолога с клиентом, (реабилитируемым) по скайпу (смартфону), является фактическая доступность – в ситуации удаленного проживания (в местах, где специалисты данного профиля труднодоступны или отсутствуют), при наличии у реабилитируемого сложности в передвижении – в первую очередь, у инвалидов с двигательными нарушениями, а также – оперативность в доступе к консультационно-коррекционной помощи в случае её экстренной необходимости.

В то же время специалисты, осуществляющие такую форму работы, практически единодушны во мнении, что далеко не во всех случаях она является приемлемой и более эффективной, чем очное общение.

В ряде случаев организационное удобство подразумевает не только возможность «достигаемости» консультативной услуги, специалиста как такового, но и комфортные условия взаимодействия для самого реабилитируемого (консультируемого) – знакомая «домашняя» обстановка, естественные условия пребывания в привычной среде, что, как правило, способствует более комфортному вхождению в контакт и более быстрой адаптации к процессу консультирования, включению в работу, а также релаксации и отдыху после взаимодействия с психологом. При этом в отдельных случаях данная особенность онлайн-консультации (психокоррекции) может иметь и негативную сторону – когда для реабилитируемого окружающая среда – кабинет учреждения – выполняет «организующую» функцию, функцию «переключения» на определенный вид психологической деятельности, предполагающий отсутствие рассеивания внимания, реагирования на окружающие «мелочи», отвлекающие факторы и прочее. Это может иметь большое значение, например, при консультировании ребенка (подростка) с инвалидностью, в том числе – в присутствии родителей (законных представителей) особенно, когда организация и структурирование окружающей среды, обстановки - создание «безопасного пространства», является частью консультационно-коррекционного процесса. Естественно, что в ситуациях онлайн-консультирования возможности специалиста психолога в данном направлении существенно ограничены, либо вообще сведены к нулю.

Специалисты-психологи, реализующие скайп-сессии, отмечают недостаточность невербальной информации, её неполноту с точки зрения комплексной оценки языка тела при работе с клиентом, что особенно важно при отслеживании динамики изменения состояния консультируемого (реабилитируемого) в ходе консультации, реакции на определенные действия (психологические «провокации») психолога, в том числе с целью формирования дальнейшей стратегии работы с реабилитируемым и так далее. [9] Существует и еще одна, менее очевидная проблема. Опытные психологи, много работающие по скайпу, отмечают особый характер взаимоотношений специалиста и клиента. У них складываются искаженные представления друг о друге и иллюзорные представления об отношениях и глубине и прочности контакта. Особенно важно учитывать этот фактор при работе с подростками, людьми, ограниченными в социальных контактах, с малым или односторонним опытом общения. [4]

Скайп-консультирование ограничивает применение множества технологий и техник. Практически полностью исключен групповой формат работы; различные формы тренинга, предполагающие личный контакт и контроль за выполнением предложенных заданий; из соображений безопасности клиента ограничены суггестивные и трансовые подходы и методики; ограничены в применении арт-терапевтические подходы, предполагающие совместную деятельность психолога и клиента, непосредственное обучение, работу с необычными материалами; ограничивается возможность проведения психологической диагностики и практически исключается проведение точной тестовой диагностики когнитивных функций, требующих точных инструкций, контроля условий проведения теста и способов его выполнения. Также скайп-консультирование ограничивает возможности специалиста контролировать само течение процесса консультирования, особенно при необходимости поддержания постоянного контакта с клиентом, при котором подразумевается невозможность самовольного выхода консультируемого из диалога «консультант-клиент» (его отключения от сессии) и последующий анализ ситуации. [5, 6, 8] Несомненным плюсом

консультационно-коррекционной работы в дистанционной форме является возможность осуществления аудио- и видеозаписей процесса психокоррекции (при наличии согласия консультируемого). Данная составляющая - архивирование данных и результатов работы, важный аспект деятельности специалиста-психолога, позволяющий осуществлять фиксацию, последующий анализ и отслеживание динамики изменения состояния реабилитируемого, формирования и коррекции дальнейшего алгоритма работы с ним. Часто сделанная запись оказывается полезна и самому консультируемому, как вид обратной связи, оценки своего поведения, реакций в процессе психокоррекции, а также как восстановление в памяти значимых моментов консультации – в том числе как материала для последующей внутренней работы.

Важнейший фактор успешности и, одновременно, ограниченности скайп-консультаций - наличие устойчивого интернета, так как помехи в процессе реализации связи могут значительно снижать эффективность психологической работы, пагубно сказываясь на мотивированности консультируемого, поддержании его внимания, заинтересованности и проявлении активности.

Значимым обстоятельством, ставящим вопрос о целесообразности работы в режиме скайп-сессий при осуществлении психологической реабилитации, является специфика нозологии реабилитируемого, предполагающая вероятность внезапного (острого) неожиданного изменения состояния (ухудшения самочувствия, возникновения приступа различной этиологии и тому подобное), способного явиться противопоказанием к такой форме работы. В любом случае, необходимы серьезные исследования воздействия и эффективности удаленного видеоконсультирования, так как остановить его внедрение уже невозможно. Обязательно учитывать условия эффективной работы по скайпу, обеспечивающие её «экологичность». [4]

По данным Московской службы психологической помощи населению и других аналогичных служб, видеоконсультирование быстро заняло главенствующее место среди всех видов дистанционного консультирования, что продемонстрировано данными таблицы. [3]

Таблица. - Количество обращений к различным видам психологического дистанционного консультирования

Вид обращения	% обратившихся		
	2012 год	2014 год	2018 год
Текст (письма по электронной почте)	76	15	5
Чат (письменное общение в режиме реального времени)	7	8	5 (до 10 и более, если используется как дополнение к очной форме)
Видео общение	14	70	77
Аудио общение (телефон, скайп и другие)	3	3	3

По результатам устного опроса, проведенного авторами статьи, за 5 лет количество психологов-консультантов, работающих по скайпу в частной практике возросло в несколько раз и составляет примерно 75%.

Перспективным направлением в контексте психологической реабилитации с применением ПК является осуществление когнитивных тренингов, нацеленных на тренировку и улучшение показателей памяти, внимания, зрительно-моторной координации. При этом в качестве «тренировочных» программ могут выступать и определенные игровые, с несложным алгоритмом выполнения заданий, доступным для лиц с инвалидностью различных категорий и возрастов – поиск парных картинок, запоминания ряда показываемых предметов, составление паззлов; компьютерные игры, направленные на коррекцию памяти и зрительно-пространственных нарушений с применением проб на запоминание [1] и так далее. Такие когнитивные тренинги могут быть показаны, например, пациентам, перенесшим инсульт и лицам с иными заболеваниями, подразумевающими снижение интеллектуально-мнестических – когнитивных функций (внимания, памяти), польза и результативность тренировки которых продемонстрированы в многочисленных работах зарубежными и отечественными авторами. [1,2, 10]

Интересен также опыт применения более сложных игр на базе ПК в качестве инструмента когнитивного и элементов социального тренинга. В ряде работ показано, что такого рода игры – подразумевающие, в том числе, моделирование социального взаимодействия, положительно сказываются на развитии навыков повседневной жизни, работе психики, связанной с ежедневными действиями, социальном функционировании. [7] Плюсы такого рода тренингов – снятие страха неудачи перед осуществлением социальных контактов в режиме реального социального контекста и отработка алгоритмов действий в «безопасном» пространстве, с возможностью неоднократного воспроизведения и - при необходимости - коррекции (исправления) неэффективных алгоритмов социального взаимодействия.

Противопоказаниями к такого рода реабилитационным мероприятиям в русле психологической реабилитации будут выступать общие противопоказания для пользования ПК для лиц с определенной нозологией, а также невозможность осуществления целенаправленных действий при достижении поставленных задач в силу имеющихся ограничений - последствий инвалидизирующего заболевания (например - умственных, двигательных – при выраженных нарушениях моторики, хотя сегодняшние технические возможности по применению периферийных устройств, способных компенсировать указанные нарушения: джойстиков, стилусов, сенсорных устройств и иных - достаточно широки) и тому подобное. Дискуссионным также остается вопрос о распространении полученных в виртуальном игровом поле навыков в реальный социальный контекст. Конечно же, оптимальным в данном случае будет сочетание тренингов с использованием ПК и в режиме реального общения и взаимодействия по обсуждению, закреплению и апробации прорабатываемых алгоритмов социального функционирования.

Уже давно в практике психологической абилитации и реабилитации применяется система биологической обратной связи - БОС. Это не новый метод, но современное программное обеспечение позволяет использовать его значительно шире и даже самостоятельно. Традиционно БОС применяется там, где нужно осознать автоматизированные реакции организма или неосознанные движения. Метод используют при работе с глухими для осознания работы связок; для развития навыков самоконтроля при расстройствах внимания, есть сообщения об успешных попытках использовать БОС и близкие методы для немедикаментозного снижения болевых синдромов. [11] При некоторых заболеваниях (энурез, энкопрез, заикание) не предполагающих утраты когнитивных функций, БОС является особенно полезным методом. В современных условиях широкого распространения гаджетов использование метода БОС выходит на новый уровень. Простая комбинация смартфона с соответствующим приложением и фитнес-браслета позволяет любому человеку постоянно отслеживать физиологические показатели функционирования организма. Сейчас всем доступны показатели частоты сердечных сокращений, в том числе скорость подъема и снижения, давление, насыщенность крови кислородом, качество сна и иные. В ближайшее время ожидаются показатели электрокардиографии и сахара крови, некоторые нейрофизиологические показатели. При этом приложение смартфона фиксирует все более полную информацию о характеристиках поведения человека - пройденный путь, скорость движения, затраченные усилия, частота приемов пищи, качество питания, периоды пассивности и активности и другие. С их помощью можно вычислять эффективность упражнений и использования времени и иное. Новые возможности позволяют людям самостоятельно тренировать почти любую функцию своей физической и даже психической активности. Гаджеты могут обращать осознанное внимание человека на неосознаваемые моменты поведения. Фактически, они расширяют применение самого принципа БОС - до "осознания неосознаваемого". Уже теперь некоторые программы могут подсказывать наиболее эффективные схемы поведения - начиная от возможности уверенно находить дорогу в незнакомом месте, не прибегая к расспросам, которые могут быть тяжелы для человека с инвалидностью, и заканчивая программами, помогающими распознавать эмоциональную окраску голоса собеседника и выражение его лица. Это открывает совершенно новые возможности для людей с нарушениями сенсорных функций, трудностями общения, расстройствами памяти и внимания, интеллектуальными проблемами. Естественно, что метод БОС, как и любой метод, имеет свои ограничения. В первую очередь, это ограничение количества и качества отслеживаемых параметров. Уверенно осознавать можно только достаточно простые, однозначные параметры жизнедеятельности - дыхание, напряжение и расслабление некоторых видов мускулатуры, положение тела, ритм движения и тому подобные. При длительном обучении возможно распознавание состояния мозговой деятельности - альфа-ритма - и управление им с помощью дыхания. Сложные и неоднозначные параметры наблюдению не поддаются. Одним из доказанных негативных эффектов БОС является утрата возможности организма реагировать естественным образом вследствие формирования новых

рефлексов. К счастью, тяжелые случаи редки, но естественная обратная связь от организма (ощущения голода, холода, усталости, сигналов от уретры и прямой кишки и прочие) все же может страдать и вызывать растерянность. Это необходимо учитывать и заниматься тренировками только под руководством профессионала, осознанно и целенаправленно.

Таким образом, применение методов психологической реабилитации на базе современных технологий с учетом соблюдения ряда правил и требований, раскрывает широкие перспективы реализации психологической помощи для различных контингентов реабилитируемых и абилитируемых лиц.

Список литературы:

- 1 Возможности когнитивного тренинга с использованием специализированных компьютерных программ у больных, перенесших инсульт С.В. Прокопенко, Е.Ю. Можейко, Т.Д. Корягина. – URL: <http://docplayer.ru/37532897-Vozmozhnosti-kognitivnogo-treninga-s-ispolzovaniem-specializirovannyh-kompyuternyh-programm-u-bolnyh-perenesshih-insult.html> (Дата обращения 18.06.18)
Vozmozhnosti kognitivnogo treninga s ispolzovaniem specializirovannyh kompyuternyh programm u bolnyh, perenesshih insult S.V. Prokopenko, E.Yu. Mozhejko, T.D. Koryagina. – URL: <http://docplayer.ru/37532897-Vozmozhnosti-kognitivnogo-treninga-s-ispolzovaniem-specializirovannyh-kompyuternyh-programm-u-bolnyh-perenesshih-insult.html> (Data obrasheniya 18.06.18)
- 2 Возможности когнитивной тренировки как метода коррекции возрастных нарушений когнитивного контроля. – URL: http://psyjournals.ru/files/24925/exp_2009_n3_Velichkovsky.pdf (Дата обращения 18.06.18)
Vozmozhnosti kognitivnoj trenirovki kak metoda korrekcii vozrastnyh narushenij kognitivnogo kontrolya. – URL: http://psyjournals.ru/files/24925/exp_2009_n3_Velichkovsky.pdf (Data obrasheniya 18.06.18)
- 3 Интернет-консультирование в России counseling.su Меновщиков В.Ю. – URL: <http://counseling.su/menovshikov> (Дата обращения 18.06.18)
Internet-konsultirovanie v Rossii counseling.su Menovshikov V.Yu. – URL: <http://counseling.su/menovshikov> (Data obrasheniya 18.06.18)
- 4 Миронова М. Р. Скайп-консультирование: Попытка анализа. Психологический центр Школа здравого смысла <http://здравый.сайт/articles/skajp-konsultirovanie-popytka-analiza/> (Дата обращения 18.07.18)
Mironova M. R. Skajp-konsultirovanie: Popytka analiza. Psihologicheskij centr Shkola zdravogo smysla <http://zdravyj.sajt/articles/skajp-konsultirovanie-popytka-analiza/> (Data obrasheniya 18.07.18)
- 5 Плюсы и минусы психотерапии по Skype скайп. – URL: http://psihoterapijadljavseh.ru/pljusy_minusy_psihoterapii_po_skype.html (Дата обращения 18.07.18)
Plyusy i minusy psihoterapii po Skype skajp. – URL: http://psihoterapijadljavseh.ru/pljusy_minusy_psihoterapii_po_skype.html (Data obrasheniya 18.07.18)
- 6 Психологическое консультирование онлайн (Skype); <http://ni-mishchenko.ru/психологическое-консультирование-он/> (Дата обращения 18.06.18)
Psihologicheskoe konsultirovanie onlajn (Skype); <http://ni-mishchenko.ru/psihologicheskoe-konsultirovanie-on/> (Data obrasheniya 18.06.18)
- 7 Саакян Барбара Как можно улучшать когнитивные функции с помощью игр . – URL: <http://moj-doktor.ru/zdorove/kak-mozhno-uluchshat-kognitivnye-funkcii-s-pomoshhyu-igr> (Дата обращения 18.06.18)
Saakyan Barbara Kak mozhno uluchshat kognitivnye funkcii s pomoshhyu igr . – URL: <http://moj-doktor.ru/zdorove/kak-mozhno-uluchshat-kognitivnye-funkcii-s-pomoshhyu-igr> (Data obrasheniya 18.06.18)
- 8 Скайп – скрытые плюсы и минусы консультирования. – URL: http://www.b17.ru/article/skype_koshevaroff/ (Дата обращения 18.06.18)
Skajp – skrytye plyusy i minusy konsultirovaniya. – URL: http://www.b17.ru/article/skype_koshevaroff/ (Data obrasheniya 18.06.18)
- 9 Софья Каганович Консультации психолога по скайпу. – URL: <https://www.psysovet.ru/threads/44/> (Дата обращения 18.07.18)
Sofya Kaganovich Konsultacii psihologa po skajpu. – URL: <https://www.psysovet.ru/threads/44/> (Data obrasheniya 18.07.18)
- 10 Щербакова М.М., Котов С.В. Общие рекомендации по преодолению когнитивных нарушений у больных с последствиями мозгового инсульта Москва, 2017 уч.мет.пос. 101 с. – URL: http://ks-gs.ru/sites/default/files/doc/guidelines/neuro_2017_doc4.pdf (Дата обращения 18.07.18)
Sherbakova M.M., Kotov S.V. Obshie rekomendacii po preodoleniyu kognitivnyh narushenij u bolnyh s posledstviyami mozgovogo insulta Moskva, 2017 uch.met.pos. 101 s. – URL: http://ks-gs.ru/sites/default/files/doc/guidelines/neuro_2017_doc4.pdf (Data obrasheniya 18.07.18)

11 Scientific American <https://www.scientificamerican.com/> By Lauren Sippel on November 1/2013. – URL: (Дата обращения 18.06.18)
Scientific American <https://www.scientificamerican.com/> By Lauren Sippel on November 1/2013. – URL: (Data obrasheniya 18.06.18)

УДК 616.721.

АНАЛИЗ КОМПЕНСАТОРНЫХ ДВИЖЕНИЙ В ОТДЕЛАХ ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ДВИЖЕНИИ ПО ПАНДУСУ В ИНВАЛИДНОМ КРЕСЛЕ-КОЛЯСКЕ

Головин М.А., Скребенков Е.А., Кольцов А.А
ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России

Россия, Санкт-Петербург

SPINE COMPENSATORY MOVEMENTS ANALYSIS DURING MOVEMENT ON THE RAMP IN A WHEELCHAIR

Golovin M.A., Skrebenkov E.A. Koltsov A.A.
Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled n.a. G.A. Albrecht" of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation

Russia, St.Petersburg

Аннотация: В ходе исследования регистрировались движения человека в инвалидном кресле-коляске при въезде на пандус с углом наклона 13°, и съезде с него, с помощью ассистента. Регистрация движения производилась с использованием исследовательского комплекса H.MotionLab, в состав которого входит сенсор Kinect v.2. В исследовании приняли участие 5 здоровых людей и 5 инвалидов и детей-инвалидов, использующих ИКК ежедневно. Установлено, что момент возникновения компенсаторных движений (момент изменения положения головы относительно горизонта в сагиттальной плоскости) четко определяется при въезде на пандус, и при съезде с него на скорости 0,4 м/с. При съезде на более высокой скорости происходит рефлекторное напряжения мышечного корсета туловища, стабилизация положения головы происходит с задержкой.

Abstract. During the study, movements of a person in a wheelchair were recorded at the entrance to the ramp with a tilt angle of 13 degrees, and descent from it, with the help of an assistant. Subject movements registration was made using the H.MotionLab research complex, which includes a Kinect v.2 sensor. The study involved 5 healthy people and 5 disabled, including children, using the wheelchair daily. It is established that the moment of compensatory movements occurrence (the moment of the head position change relative to the horizon in the sagittal plane) is clearly defined at the entrance to the ramp, and at the exit from it at a speed of 0.4 m/s. When descending at a higher speed, stabilization of the head position occurs with a delay, since the muscle corset of the trunk is strained

Ключевые слова: компенсаторные движения, инвалидное кресло-коляска, пандус, реабилитация. **Key words.** Habilectcompensatory movements, wheelchair, ramp, rehabilitation, Habilect.

Актуальность и цели. Ряд заболеваний, а именно: атрофии, параличи, в том числе нейромышечные деформации позвоночника и спинально-мышечные атрофии, анкилозирующий спондилоартрит, предъявляют особые медико-технические требования к проектированию и назначению инвалидных кресел-колясок [1]. Важной особенностью их эксплуатации при этом является стабилизация положения оператора кресла-коляски, и, в частности, его головы. Стабилизация в кресле-коляске необходима для обеспечения эргономичного управления [2]. Отсутствие стабилизации приводит к реализации оператором компенсаторных движений (Рисунок 1). С целью стабилизации оператора разработаны техники хирургического вмешательства [3], информация о применении которых отсутствует. В настоящий момент существует малое количество ИКК со стабилизацией положения оператора при движении по наклонной поверхности [4].

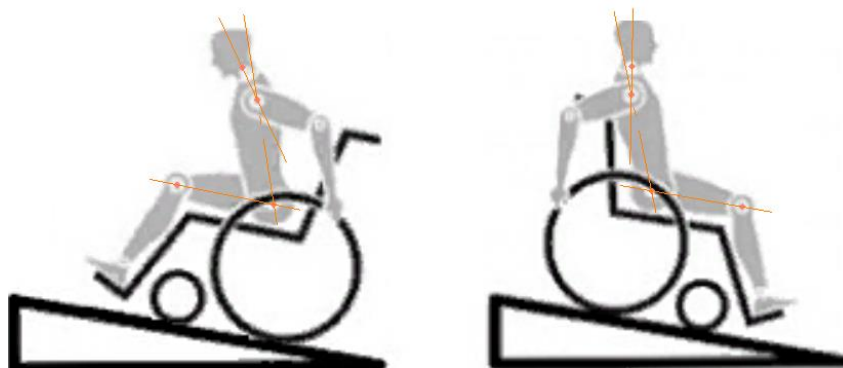


Рисунок 1 – компенсаторные движения оператора инвалидного кресла-коляски при движении по наклонной поверхности

Цель исследования заключалась в регистрации компенсаторных движений в шейно-грудном и грудно-поясничном отделах позвоночника при въезде на пандус и съезде с него.

Методы. В исследовании приняли участие люди без заболеваний опорно-двигательной системы: 4 мужчины (30±5 л.) и 1 девушка (23 г.); и пациенты с заболеваниями ОДС: дети (8±4 г.), мужчина (32 г.) и женщина (66 л.). Заболевания: парная ампутация бедер, детский церебральный паралич, последствия травмы спины. Для исследования использовался пандус с постоянным углом наклона 13 градусов, въезд которого начинается бесступенчато от уровня пола. База ИКК равна 350 мм, диаметр колес: спереди 8”, сзади – 12”; спинка установлена вертикально.

Измерения проводились с использованием комплекса H.MotionLab и сенсора Kinect v.2. Это позволило осуществить бесконтактный анализ движения. Исследование проводилось при совокупном естественном и искусственном освещении. Пациенты находились в штанах (брюках) и одежде с длинным рукавом. Ступни ставились широко на подставки для ног с целью обеспечить свободное расстояние между коленями. Данное условие необходимо для корректного построения схемы тела в ПО H.MotionLab.

Методика исследования включала следующие основные этапы. Пандус устанавливался перед сенсором Kinect, при этом большая высота пандуса находилась на расстоянии 1 м от модуля. Испытуемый принимал комфортное положение в ИКК, предплечья располагались на подлокотниках вдоль ИКК. Ассистент закатывал испытуемого в ИКК на пандус со скоростью 0,4 м/с до момента въезда задних колес на пандус. После этого ассистент обеспечивал спуск назад со скоростью 0,4 м/с. Далее испытание повторялось при скорости движения 0,8 м/с.

Анализ полученных данных производился в модуле Кинематика комплекса H.MotionLab. Производилась оценка траекторий движения в сагиттальной плоскости 4-ех точек тела: центр головы, межключичная ямка, солнечное сплетение, центр таза.

Результаты. У всех испытуемых при въезде на пандус четко определяли момент возникновения компенсаторных движений. Примеры отображения информации в окне анализа данных представлены на рисунках 2-3.

Графики траекторий движения узловых точек в сагиттальной плоскости представлены на рисунке 4 (въезд на пандус) и рисунке 5 (съезд с пандуса).

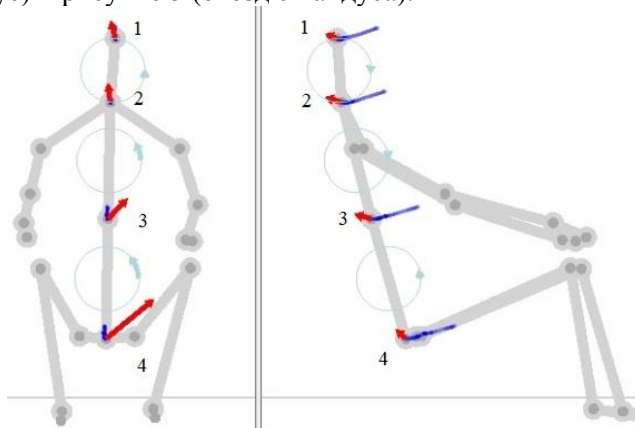


Рисунок 2 - окно просмотра результатов исследования модуля Кинематика комплекса H.MotionLab; цифрами обозначены узлы электронной модели: 1 – голова; 2 – межключичный центр; 3 – середина позвоночника; 4 – центр таза; синяя линия – траектория движения, красная – вектор скорости.

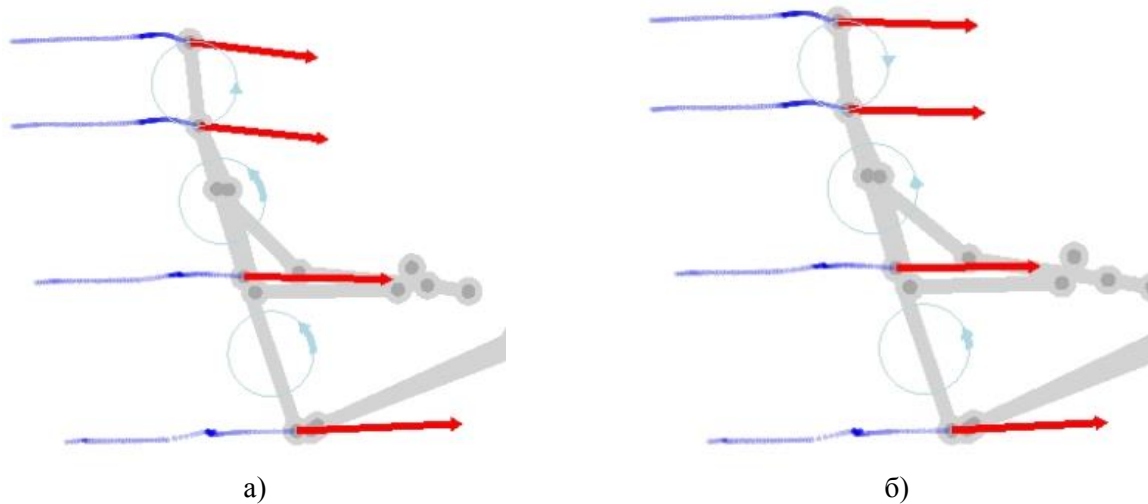


Рисунок 3 - изменение направления вращения в шейно-грудном отделе в сагиттальной плоскости в следствие возникновения компенсаторных движений; синяя линия – траектория движения, красная – вектор скорости; а – направления вращения сегментов позвоночника при въезде на пандус; б – смена направления вращения, вызванная компенсаторными движениями.

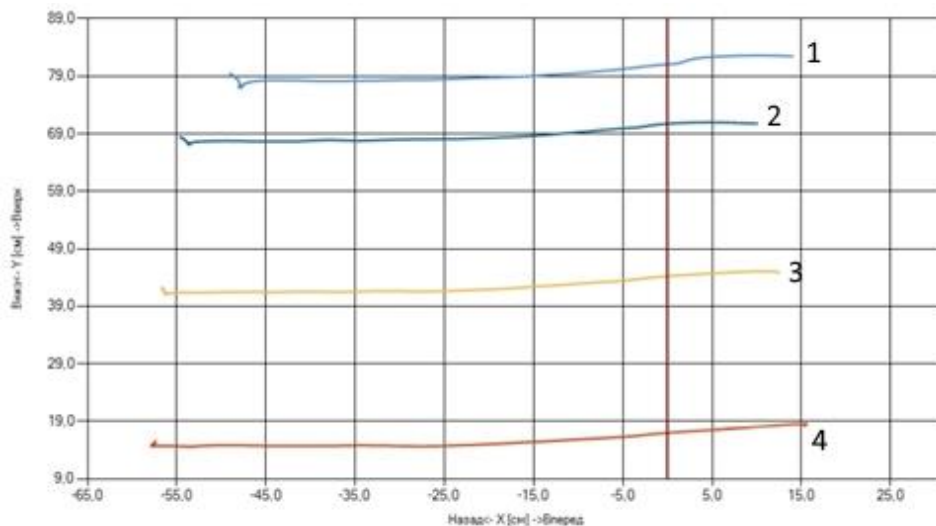


Рисунок 4 - Траектории движения узлов электронной модели испытуемого в сагиттальной плоскости при въезде на пандус: 1 – голова; 2 – позвоночник; 3 – центр таза; 4 – межключичный центр.

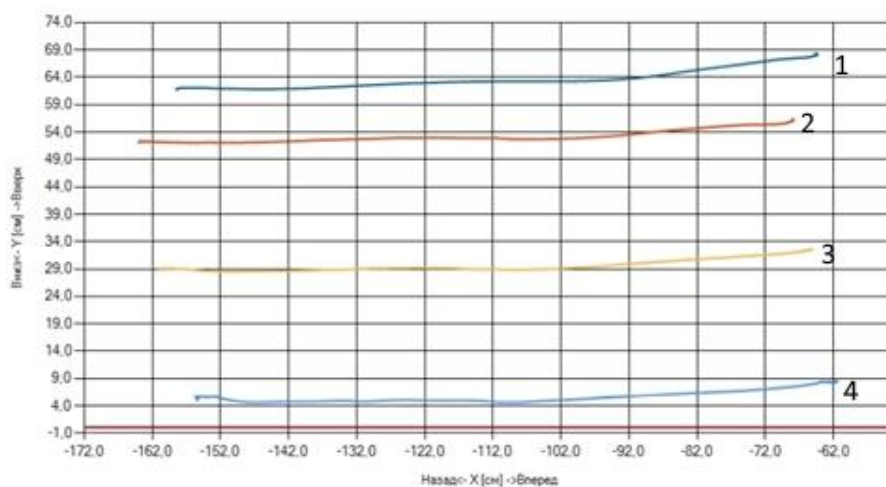


Рисунок 5 - Траектории движения узлов электронной модели испытуемого в сагиттальной плоскости при съезде с пандуса: 1 – голова; 2 – позвоночник; 3 – центр таза; 4 – межключичный центр.

Время возникновения компенсаторных движений при въезде составило $1,1 \pm 0,3$ секунды с момента въезда на пандус у контрольной группы, $1,9 \pm 0,5$ - у пациентов. При съезде: $1,2 \pm 0,8$ у контрольной группы, $1,6 \pm 0,6$ у инвалидов.

Амплитуда компенсаторных движений в шейно-грудном отделе у пациентов составила у контрольной группы – 2 градуса, у группы инвалидов – $6,5 \pm 1,5$ градусов. Амплитуда компенсаторных движений в грудно-поясничном отделе отсутствовала, угол наклона верхней части туловища составил 3 градуса у всех пациентов.

Выводы. Получены объективные данные о движениях в шейно-грудном и грудно-поясничном отделах позвоночника в сагиттальной плоскости при въезде на пандус и съезде с него. Дальнейшее исследование будет направлено на определение угла наклона ИКК в сагиттальной плоскости, при котором возникают компенсаторные движения, при разных углах наклона пандуса. Полученные данные могут быть использованы при проектировании инвалидных кресел-колясок с системой стабилизации положения сиденья, а именно при формировании технических требований к чувствительности и быстродействию механизма адаптации положения.

Список литературы:

1. Головин М.А., Першин А.А. Стабилизация положения пациента в инвалидном кресле-коляске в реабилитации при болезнях позвоночника. Материалы научно-практической конференции: «Ортотерапия. Межведомственное и междисциплинарное взаимодействия в клиническом ортезировании и реабилитации». Санкт-Петербург, 18-19 мая 2018 г.
Golovin M.A., Pershin A.A. Stabilizaciya polozheniya pacienta v invalidnom kresle-kolyaske v rehabilitacii pri boleznyah pozvonochnika. Materialy nauchno-prakticheskoj konferencii: «Ortoterapiya. Mezhvedomstvennoe i mezhdisciplinarnoe vzaimodejstviya v klinicheskom ortezirovanii i rehabilitacii». Sankt-Peterburg, 18-19 maya 2018 g.
2. Мунипов В.М., Зинченко В.П. Эргономика: человеко-ориентированное проектирование техники, программных средств и среды: Учебник. – М.: Логос, 2001.
Munipov V.M., Zinchenko V.P. Ergonomika: cheloveko-orientirovannoe proektirovanie tehnik, programmnyh sredstv i sredy: Uchebnik. – M.: Logos, 2001.
3. Патент RU 2008832 1994.
Patent RU 2008832 1994.
4. Головин М.А., Першин А.А. Показания к использованию мехатронного инвалидного кресла-коляски с фиксированным положением сиденья. Материалы Международной научной конференции «Технологии реабилитации: наука и практика». Санкт-Петербург, 2018. СС. 164-165.
Golovin M.A., Pershin A.A. Pokazaniya k ispolzovaniyu mehatronnogo invalidnogo kresla-kolyaski s fiksirovannym polozheniem sidenya. Materialy Mezhdunarodnoj nauchnoj konferencii «Tehnologii rehabilitacii: nauka i praktika». Sankt-Peterburg, 2018. SS. 164-165.

УДК 616.711.6: 616-08-07.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ РЕАБИЛИТАЦИИ

Потёмкина С.В., Громакова С.В., Ишутина И.С., Поворинский А.А., Синицын И.В.
ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России

Россия, Санкт-Петербург

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF REHABILITATION MEASURES IN PATIENTS WITH DEGENERATIVE-DYSTROPHIC DISEASE THE LUMBAR-SACRAL SPINE WITH THE USE OF TECHNICAL MEANS OF REHABILITATION

Potemkina S. V., Gromakova S. V., Ishutina I. S., Povorinsky A. A., Sinitsyn I. V.
Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled n.a. G.A. Albrecht" of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation

Russia, St.Petersburg

Аннотация: В настоящее время дегенеративно - дистрофические заболевания позвоночника диагностируются у пациентов разных возрастных групп. При отсутствии реабилитационных мероприятий могут проявляться тяжелыми ортопедическими, неврологическими и висцеральными нарушениями и нередко приводят к утрате трудоспособности. Проблема предупреждения развития

дегенеративно–дистрофических заболеваний позвоночника и устранения болевого синдрома становится все более актуальной и требует своего решения как в плане разработки действенной программы физической реабилитации, так и в плане ее доступности для всех категорий населения.

Abstract. At present, degenerative - dystrophic diseases of the spine are diagnosed in patients of different age groups. In the absence of rehabilitation measures can occur severe orthopedic, neurological and visceral disorders, and often lead to disability. The problem of prevention of degenerative-dystrophic diseases of the spine and the elimination of pain syndrome is becoming increasingly important and requires its solution both in terms of the development of an effective program of physical rehabilitation, and in terms of its availability to all categories of the population.

Ключевые слова: реабилитация, пояснично-крестцовый отдел позвоночника, эффективность, технические средства реабилитации

Key words. rehabilitation, lumbar-sacral section of the spine, the efficiency, technical means of rehabilitation of disabled persons.

В последнее время число больных, страдающих дегенеративно-дистрофическим заболеванием (остеохондрозом) позвоночника неуклонно растет. Медицинская статистика свидетельствует, что боли в спине беспокоят половину населения развитых стран Земли, а в некоторых индустриальных государствах численность больных вертебро-неврологическими заболеваниями достигает 80% жителей [1,2].

Актуальность остеохондроза в наше время становится все острее, потому что болезнь значительно помолодела. Если раньше остеохондроз считали возрастным недугом, то сегодня дистрофические изменения в позвоночнике можно обнаружить уже в подростковом возрасте. Патология встречается у людей молодого и среднего возраста. Обострение этого хронического заболевания часто становится причиной утраты трудоспособности или даже инвалидизации [4,5]. Таким образом, экономический ущерб нельзя недооценивать.

Своевременная комплексная реабилитация больных с остеохондрозом позвоночника позволяет сохранить их работоспособность, жизненные силы и так же избежать инвалидизации, что является важной составляющей в экономической сфере государства.

Цель: оценить эффективность реабилитационных мероприятий у пациентов с дегенеративно-дистрофическим заболеванием пояснично-крестцового отдела позвоночника в комплексной реабилитации в сочетании с техническими средствами реабилитации.

В клинике ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России на хирургическом и неврологическом отделениях обследованы 40 больных с дегенеративно-дистрофическим заболеванием позвоночника, проходившие медицинскую реабилитацию.

У всех обследуемых при рентгенологическом исследовании пояснично-крестцового отдела позвоночника выявлены признаки дегенеративно-дистрофического заболевания позвоночника умеренной и выраженной степени тяжести (II-III стадии).

Обследуемые были распределены на 2 группы по 20 человек в каждой (первая группа - исследовательская, вторая – контрольная). Пациенты были трудоспособного возраста (45-60 лет), 24 женщины и 16 мужчин. Длительной пребывания в клинике составила 11 дней.

У всех 40 пациентов имелся вертеброгенный болевой синдром и ограничения подвижности позвоночника от умеренной до выраженной степени, нарушение функции ходьбы в виде снижения скорости и темпа ходьбы.

Все 40 пациентов получали физиотерапевтическое лечение и лечебную физкультуру по 10 процедур каждой: электрофорез лекарственных средств, магнитотерапия, лазеротерапия, массаж, лечебная гимнастика в группе, тренировка с биологической обратной связью при заболеваниях позвоночника на тренажёре «Тергумед», гидрокинезотерапия, лечебная физкультура с использованием аппарата «Ормед-кинезо» [1,2].

В первой (исследовательской) группе пациенты, помимо вышперечисленных методов лечения, использовали технические средства реабилитации:

1) матрас ортопедический из натурального материала с целью уменьшения боли в спине, быстрой нормализации тонуса мышц и физиологически правильного положения тела во сне и во время дневного отдыха;

2) корсет пояснично-крестцовый полужёсткой фиксации с целью нормализации мышечного тонуса, улучшения микроциркуляции в пояснично-крестцовой зоне позвоночника. Пациенты одевали корсеты после ночного отдыха в утренние часы и носили их до 4-х часов в день в течение 10 дней.

Эффективность медицинской реабилитации пациентов, участвовавших в исследовании, оценивалась комплексно на основе базового набора международной классификации

функционирования и ограничений жизнедеятельности (МКФ) и стандартных методов оценки (см. таблицу 1) [3,5].

Таблица 1 Методы оценки выраженности нарушенных функций у пациентов с дегенеративно - дистрофическим заболеванием позвоночника

Категории МКФ	Методы оценки
b 280 ощущение боли	Шкала ВАШ
b 770 функции стереотипа походки	Оценка походки при визуальном осмотре
b 7208 Функции подвижности костного аппарата, другие уточненные	Оценка подвижности поясничного отдела позвоночника (проба Шобера), боковые наклоны позвоночника (ангулометрия)
d 410 Изменение позы тела	Двигательная проба (время принятия положения сидя из положения лежа)
d 450 Ходьба	Двигательная проба (время прохождения на дистанцию 30 метров)
d 540 Одевание	Двигательная проба (время одевания верхней одежды)

Результаты.

По результатам проведенного курса комплексной медицинской реабилитации в первой группе в 98% случаев отметили уменьшение болевого синдрома (b 280 Ощущение боли), в 75% увеличение амплитуды движений в поясничном отделе позвоночника (b 7208 Функции подвижности костного аппарата), в 81% улучшение походки (b 770 функции стереотипа походки), а так же составляющие активность и участие (d Изменение позы тела, d Ходьба, d Одевание) на 5-ый день пребывания в клинике. В контрольной группе эффективность отмечалась только на 10-ый день в 80% случаев.

Эффективность реабилитационных мероприятий оценивалась по шкалам: ВАШ (визуальная аналоговая шкала), Шобера, ПШОВС (пятибалльная шкала оценки вертеброневрологической симптоматики).

Среди пациентов исследовательской группы у 60% пациентов выраженный болевой синдром (достигающий 7 баллов по шкале ВАШ) уменьшился до 2-х баллов (незначительный болевой синдром), у 40% пациентов умеренный болевой синдром (4-5 баллов по шкале ВАШ) был купирован.

При оценке по шкале ПШОВС 60% пациентов по степени функциональных нарушений имели 3 балла (ограничение объема движений на 50-74% от средненормальных значений, выраженные двигательные нарушения в пояснично-крестцовом отделе позвоночника – 1 см по пробе Шобера, умеренно болезненные при пальпации очаги остеомиофиброза в 2-3 анатомических областях), 40% пациентов имели степень функциональных нарушений – 2 балла (ограничение объема движений на 25-49% от средненормальных значений, умеренные двигательные нарушения в пояснично-крестцовом отделе позвоночника – 2-3 см по пробе Шобера, слабо болезненные при пальпации очаги остеомиофиброза в пределах 2-3 анатомических областей).

На 8-9 день у пациентов исследовательской группы степень функциональных нарушений уменьшилась у 60% пациентов – с 3-х баллов до 2-х баллов (до умеренной степени), у 40% пациентов – с 2-х баллов до 1-0 баллов - (незначительной степени) - (по ПШОВС).

В контрольной группе пациентов также наблюдалась положительная динамика в виде уменьшения болевого синдрома до 3 баллов (до умеренной степени по шкале ВАШ, купировать болевой синдром у этих пациентов не удалось). В данной группе отмечалось уменьшение степени функциональных нарушений до 3-х баллов у 62% пациентов, до 1балла – у 38% пациентов – по шкале ПШОВС.

Таким образом, при совместном применении физиотерапевтического лечения, лечебной физкультуры и ортопедических пособий (ортопедический матрас и корсет полужесткой фиксации) получен более высокий и быстрый эффект от проведенных реабилитационных мероприятий, в сравнении с контрольной группой, что позволяет в более короткие сроки вернуться к прежнему активному образу жизни и работоспособности.

Список литературы:

1. Мазнев, Н. И. Лечение остеохондроза. Н.И. Мазнев. - М.: Лада, Этрол, 2007. - 352 с.
Maznev, N. I. Lechenie osteohondroza. N.I. Maznev. - М.: Lada, Etrol, 2007. - 352 с.
2. Тумко, И. Н. Лучшие методы лечения остеохондроза / И.Н. Тумко. - М.: Фолио, 2012. - 154 с.
Tumko, I. N. Luchshie metody lecheniya osteohondroza / I.N. Tumko. - М.: Folio, 2012. - 154 с.

3. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. – Женева: ВОЗБ 2001. – 342с.

Mezhdunarodnaya klassifikaciya funkcionirovaniya, ogranichenij zhiznedeyatelnosti i zdorovya. – Zheneva: VOZB 2001. – 342s.

4. A. Shoshmin, Y. Besstrashnova, S. Potemkina, I. Ishutina. ICF-Based Assessment of Barriers for Persons with Disabling Musculoskeletal Disorders WHO-FIC Network Annual Meeting. – Tokyo, 2016. – P.109.

5. Шошмин А.В. Барьеры окружающей среды для инвалидов вследствие нарушений опорно-двигательной системы А.В. Шошмин Я.К. Бесстрашнова С.В. Потемкина И.С. Ишутина. Материалы научно-практической конференции с международным участием «Междисциплинарное взаимодействие в реабилитации и ортотерапии» -Журнал клинической и экспериментальной ортопедии им. Г.А. Илизарова "Гений ортопедии" № 1 (2016), с.96-98.

Shoshmin A.V., Barery okruzhayushej sredy dlya invalidov vsledstvie narushenij oporno-dvigatelnoj sistemy A.V. Shoshmin Ya.K. Besstrashnova S.V. Potemkina I.S. Ishutina. Materialy nauchno-prakticheskoj konferencii s mezhdunarodnym uchastiem «Mezhdisciplinarnoe vzaimodejstvie v rehabilitacii i ortoterapii» - Zhurnal klinicheskoy i eksperimentalnoj ortopedii im. G.A. Ilizarova "Genij ortopedii" № 1 (2016), s.96-98.

**МОНИТОРИНГ СОБЛЮДЕНИЯ ПРАВ ИНВАЛИДОВ - РОЛЬ СЕМЬИ,
ГОСУДАРСТВЕННЫХ, ЭЛЕКТРОННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ,
ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ И СТАНДАРТОВ ОРГАНИЗАЦИИ
ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ В ПОДДЕРЖКУ ГРАЖДАН,
НУЖДАЮЩИХСЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ.**

Ричард Фиттон¹, Ивонн Беннетт²

¹Местный Медицинский Комитет

²Независимый консультант

Великобритания, Манчестер

**MONITORING OF OBSERVANCE OF RIGHTS OF THE DISABLED - THE ROLE OF THE
FAMILY, STATE, ELECTRONIC HEALTH RECORDS, UNITED NATIONS AND THE UNITED
NATIONS STANDARDS FOR REHABILITATION IN THE SUPPORT OF CITIZENS
REQUIRING REHABILITATION**

Richard Fitton, Yvonne Bennett

West Pennine Local Medical Committee Tameside and Glossop and Oldham

The United Kingdom, Manchester

Аннотация: цифровые записи о здоровье и социальной помощи, связанные с мобильной технологией, - это разрушительные технологии. Они позволяют членам семьи стать соавторами записей и планов ухода. Они также преодолевают многие проблемы передачи личной информации о здоровье, которая необходима на протяжении всей жизни члена семьи, имеющего инвалидность. В этом документе обсуждались: права инвалидов Организации Объединенных Наций в отношении записей о здравоохранении и предлагаются роли, которые Организация Объединенных Наций и государства могут играть в информационном управлении записями о состоянии здоровья и социальной помощи граждан.

Abstract Digital health and social care records allied to mobile technology are disruptive technologies. They allow family members to become co-authors of records and of care plans. They also overcome many of the problems of communication of the personal health information that is necessary along the lifelong journey of a family member who has a disability. This paper discussed the United Nations rights of the disabled in relation to health records and suggests the roles that the United Nations and States might play in the information governance of citizens' health and social care records.

Ключевые слова: Управление информацией, Организация Объединенных Наций, семья, медицинские записи, права инвалидов, согласие

Key words. Information governance, United Nations, family, medical records, rights of the disabled, consent

Предпосылки и цели

Целью данного документа является изучение роли одного члена семьи и статуса здоровья члена семьи инвалидов в непрерывной медико-санитарной помощи с использованием надлежащего

управления информацией и технологий и той роли, которую Организация Объединенных Наций могла бы оказать в поддержку сбалансированных потребностей в управлении информацией инвалидов, их семья, государство, специалисты в области здравоохранения и социального обеспечения и промышленность.

Конвенция Организации Объединенных Наций о правах инвалидов "провозгласила и согласилась, что каждый человек имеет право на все права и свободы, изложенные в нем, без какого бы то ни было различия".

Конвенция «убеждена в том, что семья является естественной и фундаментальной группой общества и что инвалиды и члены их семей должны получать необходимую защиту и помощь, чтобы семьи могли вносить свой вклад в полное и равное пользование правами инвалидов ".

Методы

В статье обсуждается история болезни человека, который потерял умственные способности и роль члена семьи, а также медицинскую карту в руководстве мужчины и рассматривает требования к всеобъемлющему управлению информацией, которые необходимы для обеспечения наилучшей регистрации и обработки пациентов способностей, инвалидности и предпочтений.

Результаты

История Ивонны:

«Мне 65 лет, я замужем за Джоном в течение 46 лет. Мы оба пациенты в Медицинском центре Thornley House в Гайд. У нас обоих есть доступ к нашим полным данным о ГП в Интернете. У Джона развилась (конечная стадия) сосудистая деменция и находится в отделении психического здоровья 3. Он живет в независимой больнице. Я до сих пор забочусь о его здоровье, которое сейчас сложно. После 51 года брака он все еще не изменился. Я все еще загружаю его кардиостимулятор.

Джон назначил своему бывшему врачу, что, как и я, он хотел, чтобы доступ к семье продолжался, если здоровье изменилось. У меня есть доступ к его рекордам с его новым GP.

Информация, которую я должен вручить: Свидетельства о смерти как для родителей Джона, так и для моих родителей, для семейных знаний о других родственниках, он-лайн доступ как к моим, так и к медицинским документам Джона.

Что мне нужно для ухода? Я хочу быть в состоянии сделать все, что в моих силах, насколько это возможно. Я хочу знать большую картину, а не только следующий шаг, который включает в себя знание моей семейной истории. Я хочу пересмотреть вещи в свое время, чтобы я мог лучше следить за своим здоровьем и здоровьем моих близких.

Доступ к записи в Англии.

Мы утверждаем, что наша работа по учетному доступу потенциально может привести к созданию более безопасной и более эффективной системы здравоохранения, которая может быть использована в глобальном масштабе, но потребует глобального управления, которое Организация Объединенных Наций могла бы помочь контролировать справедливое распределение услуг в области электронного здравоохранения.

Электронная архитектура медицинской документации должна будет поддерживать и внедрять национальное и международное законодательство, права человека и технологический интерфейс, который позволяет пациентам и гражданам использовать свои моральные решения о том, кто может видеть свои данные. Мы бы предложили, чтобы Организация Объединенных Наций попросила рассмотреть вопрос о надзоре за стандартами в целях поддержки прав и обязанностей граждан при обработке их собственных данных о здоровье.

Выводы

Семьи получают выгоду от общих медицинских записей. Мы надеемся, что Организация Объединенных Наций начнет принимать обзор обработки личных данных о здоровье.

Background and Aims

The aim of the paper is to examine the role of one family member and the disabled family member's health record in the continuing care using the appropriate information governance and technology and the role that the United Nations might have in supporting the balanced requirements for information governance of the disabled person, their family, the State, health and social care professionals and industry.

The United Nations convention on the Rights of Persons with Disabilities "has proclaimed and agreed that everyone is entitled to all the rights and freedoms set forth therein, without distinction of any kind."

The convention is “convinced that the family is the natural and fundamental group unit of society and that persons with disabilities and their family members should receive the necessary protection and assistance to enable families to contribute towards the full and equal enjoyment of the rights of persons with disabilities”.

Methods

The paper discusses a case history of a man who has lost mental capacity and the role of the family member and the medical record in the man’s management and considers the requirements for overarching information governance that is required to assure the best recording and processing of the patient’s abilities, disabilities and preferences.

Results

Yvonne’s story:

“I’m 65, I’ve been married to John for 46 years. We are both patients at Thornley House Medical Centre in Hyde. We both have access to our full GP records online.. John has advanced (end stage) vascular dementia and is on a mental health section 3. He lives in an independent Hospital. I still look after his health which is now complex. After 51 years of marriage it still hasn’t changed. I still download his pacemaker.

John had stipulated to his former GP that that like me he wanted family access to continue if health changed. I have access to his records with his new GP.

Information I have to hand: Death certificates for both John’s parents, for both my parents, family knowledge of other relatives, on-line access to both mine and John’s medical records.

What do I need for our care? I want to be able to do everything I can to the best of my ability. I want to know the bigger picture and not just the next step, which includes knowing my family history. I want to review things in my own time so that I can better monitor my own health and that of my loved ones.

Record access in England We contend that our work on record access has the potential to lead the way to a safer and more efficient system of health care that could be utilized globally but would require global governance that the United Nations might help to oversee to allow an equitable distribution of e-health care.

Electronic health record architecture will need to support and instantiate national and international legislation, human rights and the technological interface that allows patients and citizens to exercise their moral choices about who can see their data. We would suggest that the United Nations be asked to consider supervising standards to support citizens’ rights and responsibilities within the processing of their own health data.

Conclusions

Families benefit from shared health records. We hope that the United Nations will begin to adopt an overview of the processing of personal health data.

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. Informatics in Primary care 2006 14:55-7 PHCSG British Computer Society “Sharing electronic records – the patient’s view” John Powell, Richard Fitton, Caroline Fitton
4. Lond. J. Prim. Care 6 (2014) 8–15C. Fitton, R. Fitton, A. Hannan, B. Fisher, L. Morgan, The impact of patient record access on appointments and telephone calls in two English general practices. A population based study,
5. International Journal of medical informatics –Syed Ghulam Sarwar Shah, Richard Fitton, Amir Hannan, BrianFisher, Terry Young, Julie Barnett “Accessing personal medical records online: A means to what ends?”
6. Medical and Care Compunetics 4
7. L. Bos and B. Blobel (Eds.) “Towards a Partnership of Trust”
8. Dr Amir Hannan, B.Sc., M.B. Ch.B, M.R.C.G.P. General Practitioner & Fred Webber, B.Sc., Ph.D.patient
9. 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)

РАЗДЕЛ 6. ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРОТЕЗТРОВАНИЯ И ОРТЕЗИРОВАНИЯ

CHAPTER 6. INNOVATIVE TECHNOLOGIES OF PROSTHESIS AND ORTHOSIS

УДК 617-3

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО АППАРАТА НА НИЖНИЕ КОНЕЧНОСТИ И ТУЛОВИЩЕ НА БИОМЕХАНИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ХОДЬБЫ У ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА НА ПРОГРАММНО- АППАРАТНОМ КОМПЛЕКСЕ НАBILECT

Белянин О.Л., Кольцов А.А., Джомардлы Э.И., Марусин Н.В.

ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России

Россия, Санкт-Петербург

EVALUATION OF THE EFFECT OF ARTICULATED ORTHOPAEDIC ORTHOSIS ON BIOMECHANICAL PARAMETERS OF WALKING IN CHILDREN WITH SPASTIC FORMS OF CEREBRAL PALSY ON THE HARDWARE-SOFTWARE COMPLEX NABILECT

Belyanin O.L., Koltsov A.A., Dzhomardly E.I., Marusin N.V. PRIMARY

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

Russia, Saint-Petersburg

Аннотация: Выполнена оценка влияния использования ортопедического аппарата на биомеханические параметры ходьбы у детей со спастическими формами детского церебрального паралича с уровнем двигательной активности 1-3 по шкале GMFCS.

Abstract. Performed assessment of the degree and quality of the influence of articulated orthopedic orthosis on the biomechanical parameters of gait in children with spastic forms of cerebral palsy, level of physical activity of the patient 1-3 according to classification of GMFCS.

Ключевые слова: церебральный паралич, спастика, ортопедия, биомеханика, диагностика, реабилитация, ортопедический аппарат, ДЦП, программно-аппаратный комплекс.

Key words. cerebral palsy, spasticity, orthopedics, biomechanics, diagnostics, rehabilitation, orthosis, cerebral palsy, software and hardware complex

Актуальность.

Спастичность является наиболее частым проявлением детского церебрального паралича (ДЦП). Спастические формы ДЦП составляют не менее 80% всех случаев заболевания [2,5] и характеризуются ранним проявлением патологических установок и деформаций, которые приводят к нарушениям биомеханических параметров опоры и передвижения и используют [7]. В рамках комплексной медицинской реабилитации широко применяются различные методы восстановительного и хирургического лечения, одним из наиболее важных аспектов реабилитации является применение технических средств реабилитации (ТСР) [4]. Учитывая комплексный характер патологии и многообразие клинических проявлений спектр ТСР значителен, одной из наиболее важных групп ТСР являются ортезы, а среди ортезов – аппараты на нижние конечности различных конструкций. Применение биомеханических методов анализа эффективности используемых ТСР на различных этапах комплексной медицинской реабилитации позволяет объективно оценить влияние тех или иных ортезов на возможность самообслуживания пациента.

Цель.

Оценить влияние использования ортопедического аппарата на нижние конечности и туловище на биомеханические параметры ходьбы у детей со спастическими формами детского церебрального паралича.

Материалы и методы.

За период с ноября 2017 г. по июль 2018 г. в клинике ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России пролечены 412 пациентов со спастическими формами ДЦП в возрасте от 1 года до 17 лет. Данное исследование проведено 24 пациентам в возрасте 3 - 17 лет. Критериями отбора являлись: возраст старше 3-х лет, 1-3 уровень двигательной активности по GMFCS [6,8], уровень

спастичности по шкале Ashworth от 1 до 3, хирургическое лечение на опорно–двигательном аппарате и/или ЦНС в анамнезе давностью не менее 1 года, ботулинотерапия в анамнезе давностью не менее 6 месяцев. Среди 24 обследованных больных 3 пациента (12,5%) имели 1-й уровень, 9 человек (37,5%) – 2-й уровень, 12 (50,0%)

3-й уровень двигательной активности по GMFCS [6,8].

Исследование проводилось на программно-аппаратном комплексе «Habilect» (регистрационное удостоверение № РЗН 2016/5213 от 10 января 2017 года).

Условия проведения исследования: у всех пациентов первой группы исследование проводилось с использованием аппарата на нижние конечности и туловище (S.W.A.S.H.) в сочетании с ортопедической обувью, стандартной обувью и босиком в сравнении с контрольным исследованием: в ортопедической обуви, стандартной обуви и босиком без использования аппарата.

У 6 пациентов (66,7%) второй группы исследование проводилось с использованием аппарата на нижние конечности и туловище (S.W.A.S.H.) в сочетании с ортопедической обувью, стандартной обувью и босиком в сравнении с контрольным исследованием без аппарата. У двух пациентов (22,2%) исследование проводилось без стандартной обуви, у одного пациента - без использования ортопедической обуви (22,2 и 11,1% соответственно).

У 10 пациентов (83,3%) третьей группы исследование проводилось с использованием аппарата на нижние конечности и туловище (S.W.A.S.H.) в сочетании с ортопедической обувью, стандартной обувью и босиком в сравнении с контрольным исследованием без аппарата. У одного пациента исследование проводилось без использования ортопедической обуви, у одного - без стандартной обуви (8,3 и 8,3% соответственно).

Очередность исследований выбиралась случайным образом. Пациенты с уровнями двигательной активности GMFCS1-2 осуществляли передвижение (ходьбу) самостоятельно, с уровнем двигательной активности GMFCS3 – с дополнительной поддержкой за ходунки, одну или две четырехопорные трости.

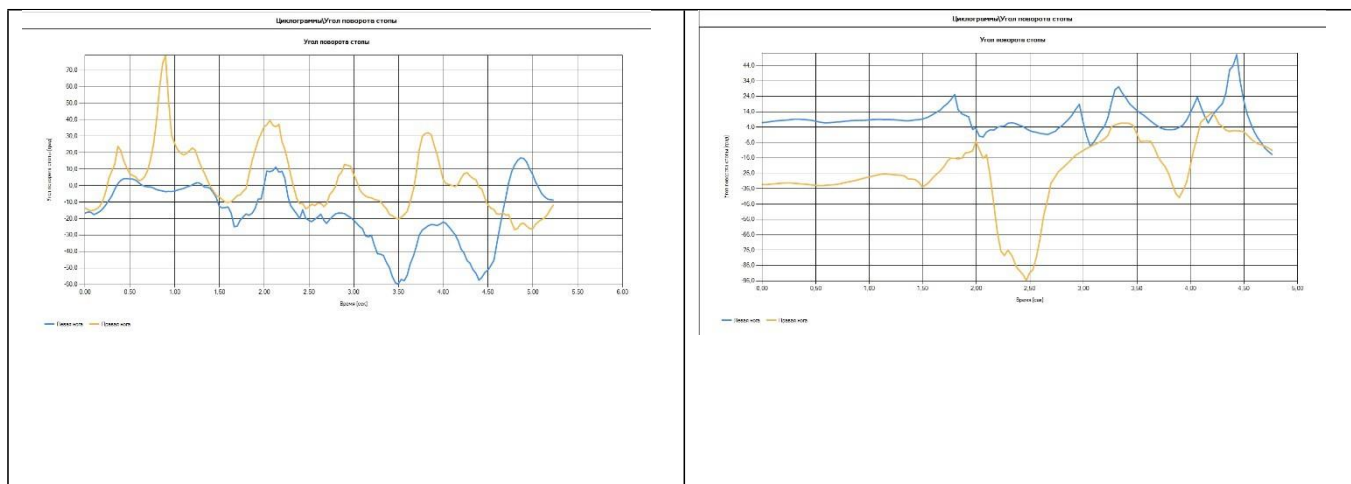
В ходе работы на комплексе «Habilect» была произведена количественная оценка биомеханических параметров ходьбы, таких как длина, ширина и высота шага, скорость шага, угол разворота конечности (стопы) [4], которые позволяют судить об изменении устойчивости пациента во времени и пространстве.

Результаты.

У пациентов с уровнем двигательной активности GMFCS-1 основные изменения биомеханических параметров заключались в увеличении ширины шага и изменении угла разворота стоп при использовании аппаратов на нижние конечности и туловище (S.W.A.S.H.). Вышеуказанные параметры не менялись в независимости от сочетания использования ортопедического аппарата с ортопедической обувью, стандартной обувью или босиком. Изменения в показателях остальных параметров (длина шага, скорость шага, высота шага) были незначительны.

Пример 1: Пациент О., 6 лет.

Анализ угла разворота нижней конечности (стопы).

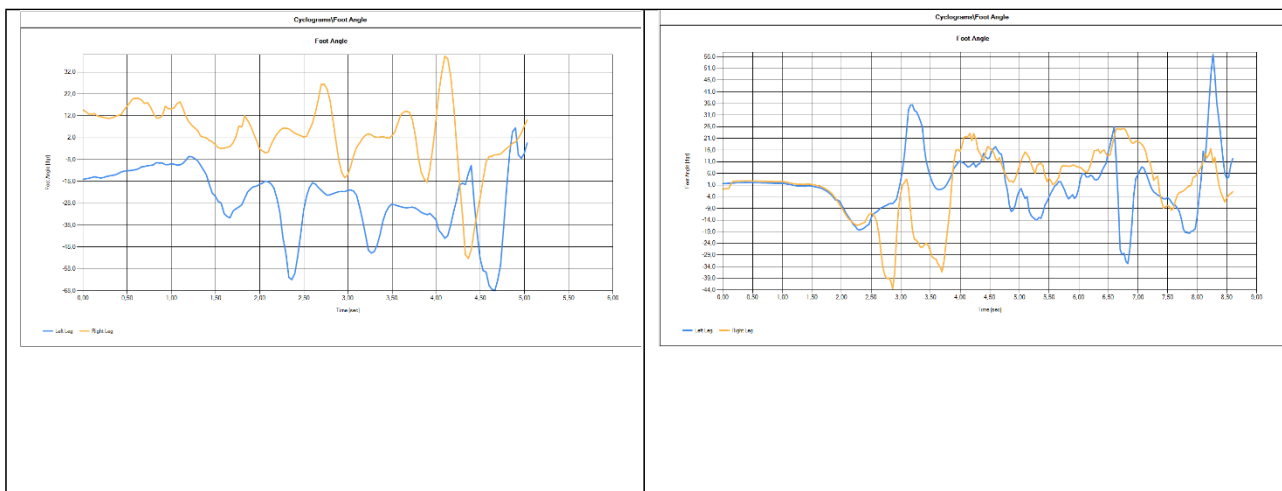


Во время обследования босиком, со стандартной обувью и в ортопедической обуви без использования аппарата стопы стабильно развернуты вовнутрь (Рис. 1а). При использовании ортопедического аппарата и ортопедической обуви, стандартной обуви и босиком угол разворота стоп выравнивается до физиологически правильных значений (Рис. 1б). Ширина шага при использовании ортопедического аппарата и ортопедической обуви, стандартной обуви и босиком увеличилась на 20% по сравнению с аналогичным показателем при ходьбе без аппарата, что говорит об увеличении устойчивости пациента в пространстве и времени [1]. Изменение остальных параметров находится в пределах от двух до пяти процентов, что не оказывает значимого влияния на статодинамическую функцию пациента.

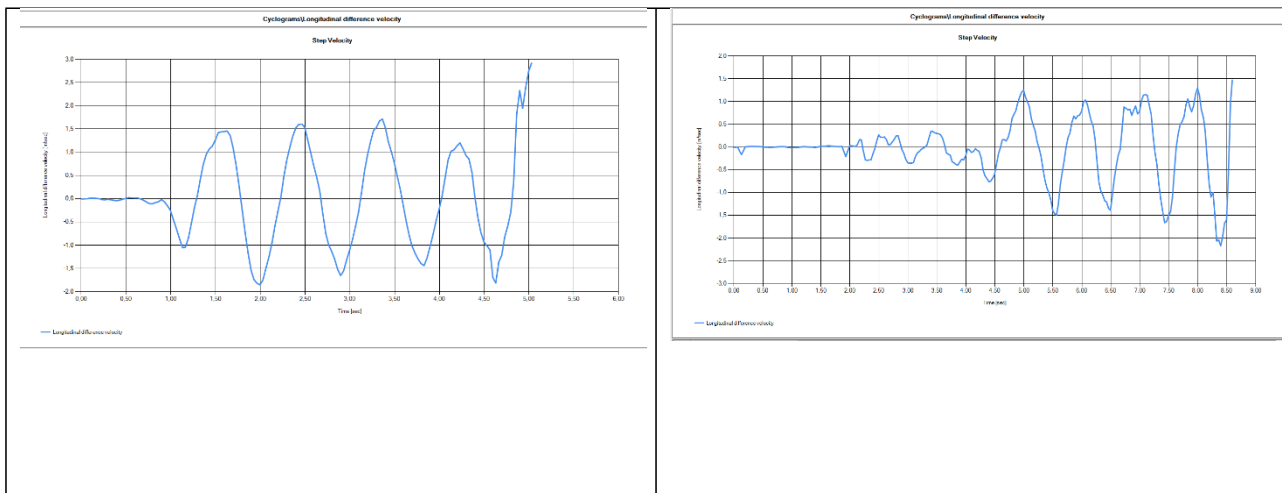
У больных с уровнем двигательной активности GMFCS-2 изменения биомеханических параметров заключались в увеличении ширины шага и изменении угла разворота стоп - устранении патологической внутренней ротации нижних конечностей (рис. 2а, рис. 2б), также отмечалось снижение скорости шага (рис. 3а, рис. 3б) при использовании аппарата в сравнении с контрольным исследованием без данного ортеза. Описанные изменения указанных параметров характеризовали увеличению устойчивости пациента в пространстве, так как повышение устойчивости приводит к стабилизации положения центра тяжести, что клинически отражается в отсутствии необходимости быстрого перемещения от одной опоры до другой, и, как следствие, приводит к снижению энергозатрат [4]. Комбинация ортопедической обуви и ортопедического аппарата стабилизировала длину шага. У 1-го пациента (4,17%) пациента сохранялся моностеральный паталогический разворот нижней конечности (стопы) при незначительном улучшении со стороны контрлатеральной конечности, а также незначительно повышалась скорость ходьбы при использовании ортопедического аппарата при передвижении босиком.

Пример 2: Пациент П., 3,5 года.

Анализ угла разворота нижней конечности (стопы).



Анализ скорости шага.



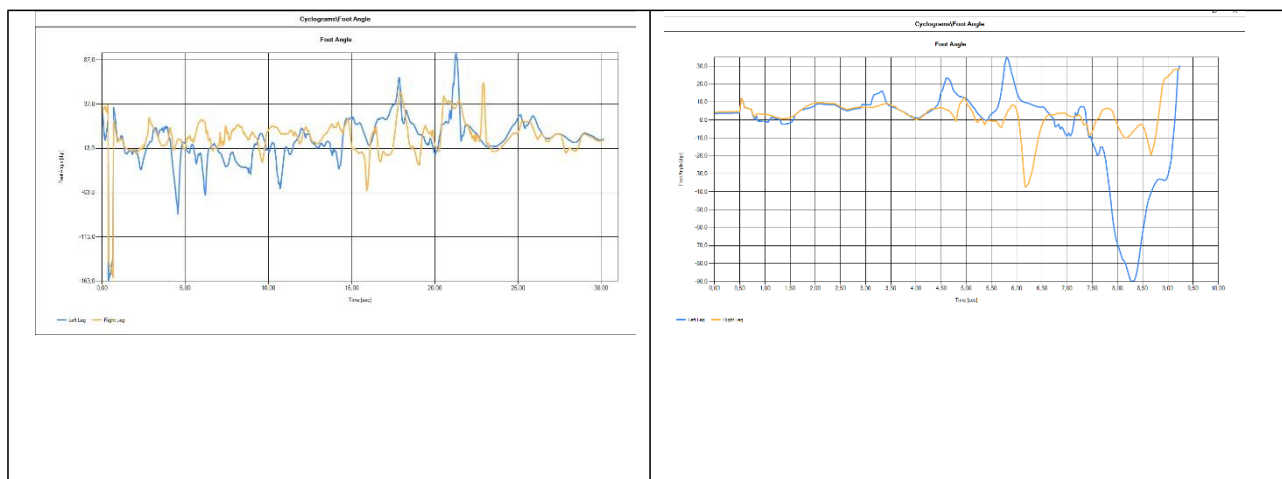
Во время обследования босиком, со стандартной обувью и в ортопедической обуви без использования аппарата выявлен стабильный разворот стоп вовнутрь, при использовании ортопедического аппарата при аналогичных условиях разворота стоп выравнивается до физиологически правильных значений, скорость шага снижается с 1,7 до 1,1 м/сек. Снижение скорости характеризовало увеличение устойчивости, так как в обычной ситуации пациент передвигался «бегом» между двух опор с целью сохранения положения центра тяжести без использования поддержки при движении, в то время как при применении аппарата угол разворота стоп стал более физиологичным, опороспособность увеличилась и необходимость в быстром перемещении снизилась, что привело к снижению энергозатрат при ходьбе [4].

Высота шага при использовании ортопедического аппарата возросла на 2-3 см, что в данном случае является статодинамически незначимо. Значение ширины шага в аппарате в сравнении с контрольным обследованием без него показало стабильное увеличение данного показателя в среднем на 30% вне зависимости от условий фиксации стоп.

У пациентов с уровнем двигательной активности GMFCS-3 изменения биомеханических параметров при использовании ортопедического аппарата были наиболее существенны. Скорость шага увеличивалась в 1,5 – 2 раза, угол разворота стоп выравнивался до физиологической нормы, параметры ширины, скорости и высоты шага также увеличивались. Общая устойчивость повышалась у всех пациентов при использовании ортопедического аппарата независимо от сочетания аппарата с ортопедической обувью, стандартной обувью или босиком. У 2 больных (8,34%) изменение угла разворота нижних конечностей (стоп) и длины шага были незначительны, при этом отмечалась ацикличность шага.

Пример 3.: Пациент О., 12 лет

Анализ угол разворота нижней конечности (стопы).



С использованием аппарата на нижние конечности и туловище в любой комбинации по условиям исследования, длина, ширина и высота шага возросли незначительно, но при этом стали более стабильны, без ярко выраженных «скачков». Угол разворота стоп: при передвижении без аппарата стопы были стабильно развернуты вовнутрь (рис. 4а), в аппарате патологическая внутренняя ротация устранялась, регистрировалось физиологическое положение стоп (рис. 4б) [3]. Скорость шага при использовании аппарата вне зависимости от использования различных комбинаций обуви или босиком увеличилась с 0,5 до 1,1 м/с.

Выводы.

Среди исследованных 24 пациентов при использовании ортопедического аппарата у 21 (87,5%) отмечалось улучшение биомеханических параметров ходьбы вне зависимости от комбинации аппарата с ортопедической обувью, стандартной обувью или при передвижении босиком. У 1 пациента (4,17%) с уровнем двигательной активности GMFCS-2 отмечено сохранение патологической внутренней ротации нижней конечности (разворота стопы вовнутрь) преимущественно с одной стороны, а также выявлено незначительное повышение скорости при использовании аппарата при передвижении босиком. У 2 больных (8,34%) с уровнем двигательной активности GMFCS-3 изменение разворота стоп были незначимы, длина шага уменьшалась и при этом отмечалась ее ацикличность.

2. Назначение аппарата на нижние конечности и туловище детям- инвалидам со спастическими формами детского церебрального паралича с уровнями двигательной активности GMFCS1-3 позволяет в подавляющем большинстве случаев улучшить характеристики ходьбы и, тем самым, обеспечивает улучшение статодинамической функции пациента.

3. В связи с тем, что в исследуемых группах выявлены пациенты, биомеханические параметры которых отклоняются от общей тенденции, целесообразно продолжить исследования на большей выборке больных с учетом возрастных групп, превалирующих деформаций, наличия или отсутствия оперативных вмешательств на опорно-двигательном аппарате, а также до, в момент действия и после окончания действия ботулотоксина.

Список литературы:

1. Бернштейн, Н. А. Исследования по биодинамике ходьбы, бега, прыжка / Н. А. Бернштейн. - Москва: Физкультура и спорт. 1940. - 312 с.
Bernshtejn, N. A. Issledovaniya po biodinamike hodby, bega, pryzhka / N. A. Bernshtejn. - Moskva: Fizkultura i sport. 1940. - 312 s.
2. Ключкова О.А., Куренков А.Л., Кенис В.М. Формирование контрактур при спастических формах детского церебрального паралича: вопросы патогенеза // Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. 2018; 6(1); С.58-66. doi: 10.17816/PTORS6158-66
Klochkova O.A., Kurenkov A.L., Kenis V.M. Formirovanie kontraktur pri spasticheskikh formah detskogo cerebralnogo paralicha: voprosy patogeneza // Ortopediya, travmatologiya i vosstanovitelnaya hirurgiya detskogo vozrasta. 2018; 6(1); S.58-66. doi: 10.17816/PTORS6158-66
3. Зациорский, В.М. Биомеханика двигательного аппарата человека / Зациорский В.М., Аруин А.С., Селуянов В.Н.- Москва: Физкультура и спорт, 1981. – 140 с.
Zaciorskij, V.M. Biomehanika dvigatel'nogo apparata cheloveka / Zaciorskij V.M., Aruin A.S., Seluyanov V.N.- Moskva: Fizkultura i sport, 1981. – 140 s.
4. Скворцов Д.В. Клинический анализ движений. Анализ походки / Д.В. Скворцов.- Иваново: “Стимул”. 1996. - 344 с.
Skvorcov D.V. Klinicheskij analiz dvizhenij. Analiz pohodki / D.V. Skvorcov.- Ivanovo: “Stimul”. 1996. - 344 s.
5. Солопова А.И., Мошонкина Т.Р., Умнов В.В., Виссарионов С.В., Баиндурашвили А.Г., Герасименко Ю.П. Нейрореабилитация пациентов с детским церебральным параличом. Физиология человека. 2015; 41(4): С. 123-131. doi: 10.7868/S0131164615040153
Solopova A.I., Moshonkina T.R., Umnov V.V., Vissarionov S.V., Baidurashvili A.G., Gerasimenko Yu.P. Nejroreabilitaciya pacientov s detskim cerebralnym paralichom. Fiziologiya cheloveka. 2015; 41(4): S. 123-131. doi: 10.7868/S0131164615040153
6. Eddison M, Mulholland N, Chockalingam. Do research papers provide enough information on design and material used in ankle foot orthoses for children with cerebral palsy? A systematic review. Journal Children's of Orthopaedics. 2017; 11: 263-271. doi: 10.1302/1863-2548.11.160256
7. Stéphane Armand, Geraldo Decoulon, Alice Bonnefoy-Mazure. Gait analysis in children with cerebral palsy. Paediatrics. 2016; 1; 448. doi: 10.1302/2058- 5241.1.000052. p.448
8. Susan A., Rethlefsen P.T., Deirdre D., Ryan M.D., Robert M., Kay M.D. Classification systems in cerebral palsy. Orthop Clin N Am. 2010; 41: 457-467. doi: 10.1016/j.ocl.2010.06.005

ОПИСАНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ В ПРОТЕЗИРОВАНИИ СИСТЕМЫ АКТИВНЫХ ПАЛЬЦЕВ VINCENT SYSTEMS В СЛУЧАЯХ ЧАСТИЧНОЙ АМПУТАЦИИ КИСТИ. РАЗРАБОТКА ТЕХНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ИЗГОТОВЛЕНИЯ ПРОТЕЗА КИСТИ С ВНЕШНИМ ИСТОЧНИКОМ ЭНЕРГИИ

Монахова М.И.^{1,2}, Киракозов Л.Р.¹, Менжулова Е.А.¹

¹Федеральное государственное унитарное предприятие «Московское протезно-ортопедическое предприятие» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации

²Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный электротехнический институт «ЛЭТИ» им. В.И. Ульянова (Ленина)»

Россия, Москва. Санкт-Петербург

DESCRIPTION AND PROSPECTS OF APPLICATION IN PROSTHETICS OF THE SYSTEM OF ACTIVE FINGERS VINCENT SYSTEMS IN CASES OF PARTIAL AMPUTATION OF THE HAND. DEVELOPMENT OF THE TECHNOLOGICAL PROCESS OF MANUFACTURING A PROSTHETIC HAND WITH AN EXTERNAL SOURCE OF ENERGY

^{1,2}Monakhova M.I., ¹Kirakozov L.R., ¹Menzhulova E.A.

¹Moscow prosthetic and orthopedic enterprise Ministry of Labour and Social Protection, Russia, Moscow

²St. Petersburg State Electrotechnical University “LETI”, Russia, St. Petersburg

Аннотация: В работе представлены описание и перспективы применения в протезировании системы активных пальцев Vincent Systems в случаях частичной ампутации кисти, а также разработка технологического процесса изготовления протеза кисти с внешним источником энергии.

Abstract. The paper presents a description and prospects for the use of active finger systems Vincent Systems in prosthetics in cases of partial amputation of the hand, as well as the development of the technological process of manufacturing a prosthetic hand with an external energy source.

Ключевые слова: частичная ампутация кисти, протез верхней конечности, протез кисти с внешним источником энергии.

Keywords: partial amputation of the hand, upper limb prosthesis, prosthetic hand with an external source of energy.

Введение: При частичной ампутации кисти пациенту назначение протеза с внешним источником энергии до недавнего времени – 2014г. (до момента появления на рынке компонентов пальцев с внешним источником энергии) - происходило исключительно в случае вычленения в лучезапястном суставе, в редких случаях - при сохранной небольшой ладонной части, при этом происходило удлинение руки в протезе.

Актуальность: Индивидуальное протезирование в случае частичной ампутации кисти является сложной задачей и выбор возможностей протезирования ограничивался косметическим протезом или рабочим протезом кисти, что явно было недостаточно из-за низкой функциональности. Оптимальным, с точки зрения практической значимости, является высокая функциональность с подвижностью всех пальцев в сочетании с простым выбором требуемого вида схвата или установка пальцев в конкретном положении для выполнения тех или иных действий. Инновационная разработка протезной системы активных пальцев Vincent Systems при частичной ампутации кисти, обеспечивает простое, и в то же время безопасное управление за счет искусственного ощущения осязания и удовлетворяет требованиям оптимальности в решении таких проблем.

Цель: описать и изучить перспективы применения в протезировании системы активных пальцев Vincent Systems в случаях частичной ампутации кисти, а также разработать технологический процесс изготовления протеза кисти с внешним источником энергии.

Описание протезной системы пальцев Vincent Systems: протезная система VINCENT partial 3 active – это модульная протезная система, предназначенная для протезирования при частичной ампутации кисти, отдельных пальцев кисти, большого пальца и для протезирования в

случаях частичной ампутации ладони. Под частичной ампутацией ладони подразумевается ампутация вдоль ладони, что также является частичной ампутацией кисти [1]. Приемная полость для культи кисти изготавливается по индивидуальному гипсовому слепку из двухкомпонентного НТВ силикона. Силовая гильза изготавливается методом вакуумной инфузии (слоистый пластик на основе акриловых смол). Все пальцы протезной системы имеют активные схват и раскрытие. Пальцы со 2 по 5 подвижны в двух зависимых суставах – пястно-фаланговом и проксимальном межфаланговом суставах. Дистальный межфаланговый сустав установлен в фиксированное физиологическое положение. Большой палец имеет электромеханическое сгибание/разгибание и приведение/отведение. Система пропорционального управления от двух/одного миодатчиков/-а, либо от резистивных/-ого датчиков/-а давления. За управление отвечает центральный контроллер блока управления. Аккумуляторные литиево-полимерные батареи емкостью не менее 1250мА, зарядка которых осуществляется через зарядный порт, расположенный на силовой гильзе протеза. Зарядное устройство от промышленной сети 220В. Возможность управления кончиками пальцев сенсорным экраном гаджетов. Наличие вибротактильной чувствительности.

Выбор вида датчиков, используемых для управления.

В зависимости от наличия или отсутствия тех или иных частей кисти и пальцев, а также уровня сигнала с мышц кисти необходимо выбрать вид датчиков для управления протезной системой VINCENT partial 3 active. В случае наличия сохранившегося подвижного сегмента кисти с достаточными силовыми характеристиками в области любого пястно-фалангового сустава, приоритетным выбором между миоэлектрическими и резистивными датчиками давления, будет вариант датчиков с резистивным управлением. Обоснованием приоритета данного выбора является улучшенная косметичность протеза, т.к. датчики имеют толщину менее миллиметра и полное отсутствие влияния магнитных и электрических полей на систему управления, а также мышечных случайных напряжений по сравнению с вариантом использования миоэлектрических датчиков, а, следовательно, обеспечивается меньшее количество ложных срабатываний.

Основные операции технологического процесса следующие:

1. Подбор размеров пальцев и рамы по параметрам здоровой стороны.
2. Выбор точек отведения сигнала и вида датчиков для управления протезной системой.
3. Снятие гипсового или силиконового слепка с культи кисти, изготовление гипсового позитива. Обработка позитива, сушка и подготовка его для изготовления силиконовой приемной гильзы.
4. Разметка на слепке местонахождения контроллера, аккумуляторных батарей, датчиков управления, порта зарядки, вибромотора, закладных крепления силиконовой оболочки и силовой гильзы и крепления протеза на культе.
5. Изготовление силиконовой приемной полости:
 - Подготовить по норме двухкомпонентный НТВ силикон в соотношении 1:1.
 - Прокатать силикон и краситель по необходимости до однородной массы на вальцах до нужной толщины.
 - Поместить раскатанный лист силикона на позитив и блокировать по форме позитива, установить закладные резьбовые вкладыши. В местах расположения резистивных датчиков толщина силикона должна не превышать 1мм, далее вакуумировать и дать заготовке полимеризоваться в термошкафу.
1. Изготовление силовой гильзы:
 - Изготовить формообразующую физиологической установки пальцев силовой гильзы на основе тренировочной рамы с пальцами.
 - Методом вакуумной инфузии (слоистый пластик на основе акриловых смол) изготовить силовую гильзу, с предварительно установленными закладными элементами и монтажной рамой с закладными формерами для пальцев.
 - Снять силовую и приемную гильзы с позитива, обработать края и внешнюю поверхность приемной и силовой гильз, вытащить закладные формеры. В силовой гильзе очистить раму, открутить винты крепления формеров пальцев, снять последние с гильзы, просверлить каналы для подключения каждого пальца и подготовить протез к примерке.
2. Сборка, настройка и выдача протеза:
 - Собрать протезную систему: разместить и закрепить все элементы системы VINCENT partial 3 active на внутренней поверхности силовой гильзы, подсоединить все провода в соответствующие разъемы, прикрутить к монтажной раме пальцы.
 - Надеть протез на пациента, при необходимости доработать гильзу.

- С помощью планшетного устройства и приложения VINCENT interface настроить все необходимые параметры протезной системы VINCENT partial 3 active для конкретного пользователя: длительность и уровень переключающих импульсов, параметры датчиков управления, виды схвата и положения кисти. Так же с помощью данного приложения необходимо обучить пациента управлению протезной системой.
- Проверить правильность сборки протеза и выдать протез пациенту.

Заключение: перспективы применения в протезировании системы активных пальцев Vincent Systems в случаях частичной ампутации кисти достаточно хороши. Основным плюсом является высокая функциональность и легкость настройки параметров данной системы, к минусам можно отнести высокую стоимость готового протеза.

Список литературы:

1. Активные пальцы VINCENT partial 3 active. Руководство для протезистов. Москва: ООО «Компания ВИТА-ОРТА» 2017, 54 стр.
Aktivnye palcy VINCENT partial 3 active. Rukovodstvo dlya protezistov. Moskva: ООО «Kompaniya VITA-ORTA» 2017, 54 str.

УДК 617.57-77,617.58-77.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Белянин О.Л.

ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России

Россия, Санкт-Петербург

INTEGRATED ASSESSMENT FUNCTIONAL EFFICIENCY UPPER-LIMB PROSTHESES

O. L. Belyanin

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

Russia, St. Petersburg

Аннотация: функциональная эффективность протезирования верхней конечности определяется степенью приближения её восстановленных возможностей в жизнедеятельности инвалида к норме. Оценка производится комплексом различных методов: технических, биомеханических, физиологических, психологических и со-циологических.

Abstract. The top extremity functional efficiency prothetics is determined by a degree of approach of its restored opportunities in invalid ability to live to norm. Estimation is made by a complex of various methods: technical, biomechanical, physiological, psychological and sociological.

Ключевые слова: верхняя конечность, манипуляция, ампутация, инвалид, протез, жизнедеятельность.

Key words. top extremity, manipulation, amputation, prothetis, invalid, artificial limb, ability to live, complex estimation.

Протезно-ортопедическое обеспечение – это создание биотехнической системы (БТС) «инвалид-протез» (ИП), погружённой в стандартную среду обитания и обеспечивающей в ней высокий уровень жизнедеятельности [2]. Для инвалидов вследствие ампутаций верхних манипуляционных конечностей (МК) такая среда содержит различные физические, технические, биомеханические, медицинские, психические и социальные «барьеры», преодолеваемые БТС ИП замещением утраченных функций.

«Барьеры» манипулирования после ампутаций разделяются на внешние (состав и структура среды обитания, социальные отношения) и внутренние (психостатус, заболевания, дефекты МК). Внешние барьеры в большинстве достаточно легко устранимы. К внутренним относятся заболевания нервной системы и дефекты и нарушения функций двигательного аппарата. Их ликвидация требует сложных реабилитационных мероприятий, включая протезирование. Полнота функционального замещения протезом определяет реабилитационную эффективность БТС ИП.

Для МК это: восстановление балансировки позы стояния и передвижения, возможности обучения целевому манипулированию для самообслуживания в быту и труде, обеспечение информационной и эмоциональной жестикуляции, а также социальной деятельности и интеграции в общество.

Цель работы – предложить методику комплексной оценки функциональной эффективности протезирования верхних конечностей как части реабилитационного процесса.

Задачи работы: рассмотреть функциональную значимость различных отделов полной МК; определить характер нарушений её функций в % снижения дееспособности инвалида в зависимости от уровня ампутации; сформулировать задачи комплексной оценки функциональной эффективности протезирования МК; рассмотреть подходы к её построению; предложить алгоритм обследования и оценки эффективности протезирования МК;

Биомеханически МК – это многосвязный, соединённый в кинематические пары и цепи. Комплекс свободной верхней конечности и надплечья составляет полную МК, которая в норме работает как единый ансамбль. Число степеней подвижности полной МК $N=31$ обеспечивает её высокую потенциальную манёвренность $W_p=1,0$ [...]. Из них в кисти $W_p=0,65$ при $n=20$; в плечевом, локтевом и лучезапястном суставах $W_p=0,22$ при $n=7$, а в надплечье $W_p=0,13$ при $n=4$. Это создает ситуативно необходимую установку кисти, расширяет рабочую зону МК и обеспечивает решение большинства двигательных задач жизнедеятельности в зоне «сервиса» [6].

Снижение функциональности МК вследствие ампутаций происходит нелинейно из-за неоднозначности целевого назначения и свойств её отделов. Большинство двигательных операций МК как крупных, так и мелких осуществляется кистью. Они обозначаются как «схваты», т.е. коррелированные моторные конфигурации пальцев для взятия и удержания предметов. Их насчитывается >30 [9].

Из кистевых схватов выделяют наиболее важные – концевой сжатия, концевой зацепления и «в щепоть», крючковый, цилиндрический, кулачный, плоскостной, шаровой. Наиболее часто (до 80%) используются «концевой» между концами I-го и II-го или «в щепоть» между I-II-III пальцами; «кулачный» всеми пальцами (12%); «латеральный» между боковыми поверхностями I-го и II-го пальцев (10%). Отметим, что формирование концевой схвата используется в большинстве кистей протезов предплечья и плеча с подвижными группами I-II-III. Остальные виды схватов встречается редко, т.к. раздельное управление ими достаточно сложно.

Раскрытием пальцев веером (65%) кисть формирует исходную установку на захват цели, перебор ими при мелкой моторике (47%) и действия проталкивания предметов (14%). Поэтому потеря всех пальцев и кисти снижает функциональность МК на 80–100%. Если повреждена только часть кисти, снижение функциональности меньше (до 40%).

Предплечье и плечо выполняют в основном сервисную роль, перемещая кисть в зону целевого объекта и из неё, но могут осуществлять и крупные силовые манипуляции (удержание, тяга, толкание, надавливание и опора, вращение, повороты предметов и рычагов механизмов).

При повышении уровня ампутации происходит также и прогрессивная потеря мышц, функции которых оставшиеся группы полноценно заместить не могут. Поэтому при решении задачи максимального восстановления функциональности конечности возрастает и сложность конструкции протеза и управления им. Так, в тяговых протезах из-за ограничений их манёвренности всё шире эксплуатируются компенсаторные движения плечевого пояса и туловища. В биоэлектрических – усложняется и конструкция и система управления, что снижает их надёжность.

Деление МК на звенья по «суставному» критерию функционально условно, так как мышечные связи охватывают два-три звена. При активации они ситуативно формируют динамические комплексы, или двигательные «синергии» – многосвязные функционально коррелированные конструкции МК по моторным задачам [9]. Нарушение синергий после ампутаций приводит к потере части целевых движений или их дискоординации, что ведёт к срыву решения моторной задачи. Это обусловлено также потерей значительного рецепторного поля кожи и проприорецепторов мышц и связок. Большинство же протезов не имеют развитого сенсорного обеспечения, что требует постоянного зрительного контроля.

Послеампутационные нарушения создают для инвалида новые задачи и условия управления МК в жизнедеятельности. Это требует определения его психофизиологических возможностей для освоения протеза. Кроме того, после ампутации МК инвалид находится в состоянии стресса и психологически воспринимает протез как «чужое тело», что отражается на возможности его утилизации в быту, труде и на самооценке при социальной интеграции. Поэтому он нуждается в психологической реабилитации и дальнейшем психомониторинге.

Взаимодействие МК с целевыми объектами осуществляется в 2-х основных режимах: разомкнутого многозвенника – это свободное манипулирование и замкнутого многозвенника в связи с механизмом, при котором усилия МК воздействуют на механизм, а механизма отражаются на МК. При свободном манипулировании остаточная часть протезированной МК испытывает силовое воздействие и от протеза и от нагрузки объектом. Взаимодействие же с механизмом сложнее и определяется моторной задачей и ситуацией. Протез может облегчать действие, снимая часть усилия давлением сверху или тягой вниз, но может и затруднять его при вращении рукояти или смещении объекта в горизонтальной плоскости.

Свободная верхняя МК решает следующие задачи: сенсорную для оценки наощупь параметров объектов среды по габаритам, конфигурации, весу, текстуре поверхности и температуре; доведения кисти до цели и позиционирования к ней, схватывания, удержания и манипулирования целевыми объектами, включая мелкую кистевую моторику и крупную с предметами и исполнительными механизмами; клавишный перебор пальцами и мелкую моторику; раскрытия кисти; последующее удаление МК из рабочего пространства; отталкивание предметов при перемещении и отталкивание тела от опоры; опору на костыли при слабости нижних конечностей; информационную жестикуляцию для передачи сообщений и для выражения эмоций; балансировочную при формировании статической и динамической позы в локомоции и труде, спорте и балете.

Эффективность действий МК зависит и от «рабочего объёма», т.е. пространства всех положений «схвата». Та часть его, где операции выполняются в оптимальном режиме, называется зоной «сервиса» [2,6]. Эргономическая биомеханика [1,4] устанавливает границы рабочего объёма по зонам досягаемости целей. Зона «максимальной досягаемости» полностью вытянутой рукой в секторе до 180°; зона «лёгкой досягаемости» в секторе 160°, с манипулированием без напряжения и смещения точки подвеса; зона «оптимума досягаемости» с радиусом до 30 см в секторе 120° впереди оператора.

Реальный целевой объект имеет объём, конфигурацию и пространственную ориентацию. Поэтому при манипулировании с ним требуется правильное позиционирование рабочей поверхности кисти и конгруэнтность соприкасающихся поверхностей для схватывания и надёжного удержания.

Финальным результатом протезирования верхних конечностей является реабилитация инвалида во всех аспектах его жизнедеятельности с повышением уровня и качества жизни. Поэтому оценка результатов протезирования должна быть комплексной, включая техническую конструкцию протеза, степень адаптированности к нему инвалида и расширение его социально-бытовых и трудовых возможностей.

Оценка качества и эффективности манипулирования должна проводиться по следующим основным показателям:

- определения наощупь весогабаритных свойств, формы, температуры, текстуры и ориентации целевых объектов на плоскости или в пространстве;
- манёвренности МК во всей рабочей зоне;
- оптимальности траектории движения кисти к цели;
- разброса координат правильного позиционирования кисти к цели;
- оптимальной организации двигательных синергий;
- минимальном времени выполнения операций;
- скорости переключения операций в старт-стопных режимах;
- нагрузочной способности по отдельным звеньям и МК в целом;
- активации избыточных степеней подвижности для плавности движений;
- энергетических затрат за период выполнения операции.

Диапазон указанных показателей может колебаться в зависимости от характера решаемой задачи. Для стандартных действий и операций общего назначения и трудовых он определён нормативными документами [4,5].

Исследования характера активаций степеней подвижности в суставах МК при реализации двигательных синергий в бытовых операциях показывают формирования «моторных образов», «синергий» [9]. Например, «еда ложкой, питьё из стакана, работа инструментами» и др. Все эти синергии осуществляются как достаточно строгие сочетания движений по общему «рисунку» действия, по его «топологии» и одинаковы у всех людей, различаясь только параметрически. В трудовых операциях синергии могут быть сложнее и сопрягаться с подготовительными и

завершающими установочными действиями для перехода к другим операциям в непрерывной цепи технологического процесса или бытового самообслуживания.

Однако современный протез может решить только малую часть перечисленных задач и с недостаточной координацией, повышенными затратами на управление в форме избыточных компенсаторных движений и энерготратами.

Это следует учитывать при формировании и использовании диагностических тестов и разработке критериев оценки эффективности протезирования МК.

В соответствии с Приказом №1024н п.13. от 17.12.2015 г. Минтруда РФ введены «Классификации» стойких нарушений костно-мышечной системы и степени их выраженности для осуществления МСЭ граждан с последствиями травм или дефектами развития, а также основных категорий жизнедеятельности человека и степени выраженности их ограничений. Выделяются 4 степени выраженности стойких нарушений функций МК с их оценкой в %:

- I-ая – стойкие незначительные (10% - 30%) при потере отдельных пальцев;
- II-ая – стойкие умеренные (40% - 60%) при потере нескольких пальцев;
- III-ая – стойкие выраженные (70% - 100%) при потере всех пальцев, кисти, предплечья и плеча на различных уровнях до плечевого сустава;
- IV-ая – стойкие значительно выраженные (90% - 100%) при вычленении в плечевом суставе и после межлопаточно-грудной ампутации.

Нарушения функциональности МК в % стойких расстройств после ампутаций на различных уровнях представлены в таблице 1.

Таблица 1. Нарушения функциональности МК в % стойких расстройств после ампутаций на различных уровнях.

Дефекты кисти	% потери функций
Отсутствие большого пальца	20
Отсутствие обоих больших пальцев	40
Отсутствие большого пальца с пястной костью	30
Отсутствие 2-х больших пальцев с пястной костью	60
Отсутствие одного пальца с частями пястной кости, кроме I-го	10-20
Отсутствие двух пальцев: II+III, II+IV, с включением I-го	30
Иное сочетание 2-х отсутствующих пальцев II+V, III+IV, III+V, IV+V	20
Отсутствие 3-х пальцев II+III+IV с включением I-го	30
Отсутствие пальцев со II-го до V-го с пястными костями на обеих руках	80
Отсутствие всех пяти пальцев одной руки	50
Отсутствие всех 10 пальцев	100
Отсутствие всей кисти	100
Дефекты всей верхней конечности	% потери функций
Ампутации двух верхних конечностей	100
Ампутации одной верхней конечности	80
Ампутация в плечевом суставе или на уровне плеча с очень короткой культёй (до 2 см)	80
Ампутация на уровне плеча (>6 см) или в локтевом суставе	70
Ампутация на уровне предплечья с короткой культёй (≈ 2 см)	60
Ампутация на уровне предплечья с культёй >6 см	50
Ампутация одной кисти в лучезапястном суставе	40
Ампутация двух кистей в лучезапястном суставе	80
Ампутация одной кисти в запястно-пястном суставе	40
Ампутация двух кистей в запястно-пястном суставе	80

Из таблицы видно, что, чем выше ампутация, тем меньше функций МК сохраняется и, следовательно, тем более сложным должен быть протез, чтобы максимально их восстановить при реабилитации инвалида.

После вычленения в плечевом суставе возможен только косметический протез. При этом он играет роль пассивного балансира в статике и в ходьбе, а также способствует коррекции наклона оси позвоночника выравниванием до симметризации тела. После ампутации на уровне плеча при достаточной длине культи возможно использовать полный протез с локтевым шарниром.

После ампутации на уровне предплечья сохранность локтевого сустава позволяет БТС ИП осуществлять активные произвольные движения, кроме ротаций кисти. После дистальной ампутации предплечья или при вычленении в лучезапястном суставе сохранены все мышцы МК, что позволяет использовать их для формирования миотонического или электрического сигнала управления кистью протеза. Чем дистальнее ампутация, тем надёжнее крепление гильзы и меньше силовые затраты на управление тяговым протезом [9]. Для трудовых операций возможно также использование рабочих насадок [3], а вся конечность обеспечивает пользование плечевой группой стандартной одежды.

Методология тестирования свойств БТС ИП заключается в снятии характеристик протеза и системы управления им, усечённой МК, туловища, противоположной МК и нижних конечностей. Она включает исследования технических характеристик протеза; биомеханики манипулятивной деятельности усечённой конечности; базовых свойств нейродинамики и психомоторики инвалида; психологии причин неприятия протеза для постоянной его утилизации; характера «барьеров» для постоянного использования протеза; нарушения параметров жизнедеятельности инвалида; качества жизни инвалида. Тогда, в комплексной методике оценки эффективности результатов протезирования можно выделить этапы:

1-й: клиническое обследование с установкой кода по МКФ;

2-й: биомеханическая диагностика остаточных функций МК;

3-й: оценка возможности протезирования и выбор конструкции протеза.

4-й: оценка состояния базовых нейродинамических, психомоторных и личностных свойств инвалида относительно способности к освоению протеза, а также субъективного отношения к протезированию;

5-й: эргономическая диагностика возможностей БТС ИП на основе тестирования на стендах-имитаторах рабочих нагрузок;

6-й: социально-психологическое исследование адаптированности инвалида после протезирования к среде обитания для выявления «барьеров» жизнедеятельности.

7-й: создание профиля соответствий оценок протезирования кодам МКФ;

8-й: выработка заключения об эффективности протезирования;

9-й: повторное обследование инвалида для оценки достигнутого качества жизни;

10-й: разработка схемы мониторинга состояния БТС ИП в процессе постоянной эксплуатации;

11-й: формирование этапного заключения об эффективности проведенного протезирования и прогноз дальнейшей эксплуатации.

При проведении 3-го этапа параллельно производится также оценка технических характеристик протеза как изделия по критериям: соответствия целевому назначению; принадлежности к классификационной группе; конструктивно-техническим и технологичности изготовления; стандартизации и унификации узлов и соответствия стандартам и ТУ; эксплуатационно-потребительским (стабильности и надёжности); эргономичности и художественно-эстетическим; социальной эффективности; экономической эффективности; патентно-правовым; конкурентоспособности; коэффициента импортозамещения.

Предложенная схема требует достаточно большого числа конкретных методик. В настоящее время их арсенал насчитывает десятки общих и специальных психологических опросников и разработанных схем исследования психики, физиологии и биомеханики инвалидов. Например, опросник «TAPES», для оценки адаптации к протезу; «DASH» для оценки физической функции; «REQ» – для самоотчетов о качестве жизни и т.д. Психофизиологические свойства инвалида исследуются с количественными оценками на компьютеризированных комплексах типа «Мультипсихометр». Измерения тремора – на треморографах фирмы «Гирооптика». Допустимые силовые нагрузки, манёвренность, точность и скорость, энерготраты и т.д. на специальных стендах. [8]. Динамика движений МК исследуется на комплексах фирмы «МБН-Биомеханика» с количественной обработкой данных, а также на стереоскопических оптических системах семейства «Видеоанализ».

В конечном итоге основным показателем эффективности БТС ИП с дефектами МК будет повышение уровня жизнедеятельности и качества жизни.

К основным категориям жизнедеятельности, в которых задействована МК, относятся способность к ориентации; обучению; самообслуживанию; труду; социальному взаимодействию.

Ориентация – адекватное восприятие окружающей среды, оценка ситуации и места нахождения инвалида и положения его протезированной МК. После её ампутации сохранена способность инвалида ориентироваться в привычной ситуации – 1 степень ограничений. Однако нарушения осязания не позволяют ему использовать протез для ориентации в рабочей зоне и в темноте.

Обучение – способность к целенаправленному овладению знаниями, умениями, навыками и компетенцией с приобретением опыта деятельности и их применения в быту и труде. После ампутации МК наблюдается 1 степень нарушений – способность к обучению в необходимых условиях с применением специальных технических средств (имитаторы-тренажёры восстановления навыков движений рук и освоения элементов выбранной профессии).

Самообслуживание — способность осуществлять физиологические потребности и повседневную бытовую деятельность с более длительным временем, дробностью выполнения и сокращением объёма действий – 1 степень ограничений; с частичной помощью других лиц – 2 степень ограничений. Неспособность к самообслуживанию или значительное его ограничение (протезы 2-х МК) с нуждаемостью в постоянной посторонней помощи других лиц – 3 степень ограничений;

Трудовая деятельность — возможность осуществлять такую деятельность в соответствии с требованиями к её содержанию, объёму, качеству и условиям выполнения. Здесь 1 степень ограничений – выполнение работы в обычных условиях труда при снижении квалификации, тяжести, напряженности и объёма; 2 степень - выполнение трудовой деятельности в специально созданных условиях с использованием вспомогательных технических средств; 3 степень - выполнение элементарной трудовой деятельности с помощью других лиц.

Социальное взаимодействие – адекватное позиционирование себя как со здоровыми людьми, так и с подобными себе инвалидами. Способность контролировать свое поведение и адекватно вести себя с учётом социально-правовых и морально-этических норм. У инвалидов с нормальной психикой, но дефектами МК наблюдается 1 степень нарушений - периодическое ограничение контроля своего поведения в сложных жизненных ситуациях и затруднение выполнения ролевых функций в отдельных сферах жизни с возможностью волевой самокоррекции.

Качество жизни инвалида исследуется на основе широко распространённого опросника общего профиля MOS 36 Item Short Form Health Survey (MOS SF36). Заметим, что корректно только определение уровня КЖ в % от статистически валидной его оценки для однородной половозрастной и социальной группы региона, где оно проведено.

При создании схемы оценки эффективности протезирования МК целесообразно использовать модель МКФ [7]. Она позволяет осуществлять комплексную многофакторную междисциплинарную оценку и корректное сравнение данных, получаемых различными участниками процесса, центрами и странами в реабилитации. Она выявляет пробелы в наборе оценочных показателей и формулирует рекомендации для применения различных проверенных «инструментов» диагностики. Она содержит оценочные таблицы % степени нарушений функций различных систем и организма в целом по рубрикам: нет (0-4%), лёгкие (5-24%), умеренные (25-49%), тяжёлые (50-95%), абсолютные (96-100%).

Оценку БТС ИП МК с использованием МКФ следует производить на каждом этапе реабилитации для выяснения степени достижения ожидаемого результата при индивидуальном подходе к пациенту.

Заключение.

Сложность конструкции протезов, человека как звена управления БТС ИП со всем многообразием его свойств и целей жизнедеятельности, а также направленность на повышение качества жизни инвалида, определяют необходимость проведения комплексной оценки эффективности протезирования. Предложенная схема является ориентировочной и требует дальнейшей разработки по всем аспектам.

Список литературы:

1. Аруин А.С., Зацiorsкий В.М. Эргономическая биомеханика, М.: «Машиностроение», 1989.- 256 с. Aruin A.S., Zaciorskij V.M. Ergonomicheskaya biomehanika, M.: «Mashinosroenie», 1989.- 256 s.
2. Ахутин В.М. Биотехнические системы: теория и проектирование // ГОУ ОГУ.- 2008.- 204 с.

- Ahutin V.M. Biotehnicheskie sistemy: teoriya i proektirovanie // GOU OGU.- 2008.- 204 s.
3. Каталог. "Рабочие протезы, насадки для труда, приспособления для самообслуживания". Л., ЛНИИП: 1992 г.- 64 с.
Katalog. "Rabochie protezy, nasadki dlya truda, prisposobleniya dlya samoobsluzhivaniya". L., LNIIP: 1992 g.- 64 s.
4. Миускова Р.П. Базовая система микроэлементных нормативов времени (БСМ-1) (Методические и нормативные материалы) М., «Экономика», 1989.- 124 с.
Miuskova R.P. Bazovaya sistema mikroelementnyh normativov vremeni (BSM-1) (Metodicheskie i normativnye materialy) M., «Ekonomika», 1989.- 124 s.
5. Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда. Руководство Р 2.2.2006-05, 18 с.
Rukovodstvo po gigienicheskoj ocenke faktorov rabochej sredy i trudovogo processa. Kriterii i klassifikaciya uslovij truda. Rukovodstvo R 2.2.2006-05, 18 s.
6. Тимофеев Г.А. Теория механизмов и машин // М., «Юрайт», 2014.- 429 с.
Timofeev G.A. Teoriya mehanizmov i mashin // M., «Yurajt», 2014.- 429 s.
7. МКФ - Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья.- Женева: ВОЗ, 2001.-342 с.
MKF - Mezhdunarodnaya klassifikaciya funkcionirovaniya, ogranichenij zhiznedeyatel'nosti i zdorov'ya.- Zheneva: VOZ, 2001.-342 s.
8. Шошмин А.В., Белянин О.Л., Черкасова В.И., Хазова И.В. Тесты для комплексной оценки профессиональных возможностей инвалидов. Методическое пособие для МСЭ / СПб: 2004.- 20 с.
Shoshmin A.V., Belyanin O.L., Cherkasova V.I., Hazova I.V. Testy dlya kompleksnoj ocenki professionalnyh vozmozhnostej invalidov. Metodicheskoe posobie dlya MSE / SPb: 2004.- 20 s.
9. Клиническая биомеханика (под ред. В.И.Филатова) Л., «Медицина», 1980.- 200 с.
Klinicheskaya biomehanika (pod.red.V.I.Filatova) L., «Medicina», 1980.- 200 s.

РАДЕЛ 7. ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОСТАНОВИТЕЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

CHAPTER 7. INNOVATIVE TECHNOLOGIES OF RECONSTRUCTIVE SURGERY

УДК 616.711-007.5.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНАЛГЕЗИИ ПОСЛЕ ОСТЕОТОМИЙ ПОЗВОНОЧНОГО СТОЛБА У ДЕТЕЙ

Першин А. А., Османов С. Л., Нагорнов С. Н., Митякова О. Н.
ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России

Россия, Санкт-Петербург

EFFICACY OF EPIDURAL ANALGESIA AFTER SPINAL OSTEOTOMY IN CHILDREN.

Andrey Pershin, Samir Osmanov, Sergey Nagornov, Olga Mityakova
Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled n.a. G.A. Albrecht" of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation

Russia, St Petersburg

Аннотация: Для снижения болевого синдрома после хирургического лечения деформаций позвоночника в общемировой практике используются различные подходы – опиоидные препараты, нестероидные противовоспалительные препараты, парацетамол, кетамин в различных сочетаниях, субарахноидальное введение опиоидов, эпидуральное введение опиоидов и анестетиков, контролируемая пациентом аналгезия (с внутривенным или эпидуральным путями введения опиоидов) [1, 2, 3, 4, 5, 8]. Работы, касающиеся влияния нарушения целостности позвоночного канала и появления сообщения эпидурального пространства с паравerteбральными тканями на эффективность продленной эпидуральной аналгезии единичны [7] и касаются сравнительной оценки эпидурального пути введения опиоидов с внутривенным.

Abstract. The efficacy of prolonged epidural analgesia after pediatric spinal deformity correction was tested in patients with intact and violated spinal canal. Despite the opened spinal canal, the epidural infusion of local anesthetics provided sufficient analgesia in postoperative period and allowed to completely abandon the use of opioids in most children.

Ключевые слова: коррекция деформаций позвоночника, остеотомия позвоночника, продленная эпидуральная аналгезия

Key words. epidural analgesia, pediatric spinal deformity, spine osteotomy.

Введение. Для снижения болевого синдрома после хирургического лечения деформаций позвоночника в общемировой практике используются различные подходы – опиоидные препараты, нестероидные противовоспалительные препараты, парацетамол, кетамин в различных сочетаниях, субарахноидальное введение опиоидов, эпидуральное введение опиоидов и анестетиков, контролируемая пациентом аналгезия (с внутривенным или эпидуральным путями введения опиоидов) [1, 2, 3, 4, 5, 8]. Работы, касающиеся влияния нарушения целостности позвоночного канала и появления сообщения эпидурального пространства с паравerteбральными тканями на эффективность продленной эпидуральной аналгезии единичны [7] и касаются сравнительной оценки эпидурального пути введения опиоидов с внутривенным.

Цель исследования: оценить эффективность продленной однокомпонентной эпидуральной аналгезии после коррекции деформаций позвоночника с применением остеотомий позвоночного столба.

Материал и методы исследования. Дизайн исследования – ретроспективное когортное. 23 пациента (20 женского пола, 3 мужского) в возрасте от 1.5 до 17 лет, перенесшие оперативную коррекцию деформаций позвоночника (идиопатический сколиоз – 18 /из них 2 – инфантильный/, врожденный сколиоз – 2 пациента, нейрогенный сколиоз – 1 пациент, врожденный кифоз – 1 пациент, ювенильный кифоз – 1 пациент). 21 пациенту выполнено оперативное лечение из заднего доступа, 2 пациентам с врожденным сколиозом выполнены вмешательства из переднего и заднего доступов. Для инструментальной фиксации использовались как чисто винтовые системы, так и сочетание

педикулярных винтов с субламинарными полимерными лентами (Universal clamp). В ходе оперативного лечения у 13 пациентов выполнены остеотомии позвоночника (по Смит-Петерсену – 13, количество уровней от 1 до 7, дополнительно педикулярная субтракционная остеотомия – у 1 пациент и VCR – у 3 пациентов). 19 пациентам проводилась послеоперационная продленная эпидуральная аналгезия в течение 3-4 дней после операции (ропивакаин 0.2%). Количество установленных эпидуральных катетеров: 1 (у 10 пациентов) или 2 (у 9 пациентов). Все катетеры устанавливались интраоперационно оперирующим хирургом. У 10 пациентов эпидуральный катетер был установлен сразу после скелетирования позвоночника для интраоперационного обезболивания (болюсно вводился 0.2% р-р ропивакаина), у 9 пациентов – после корригирующих маневров перед этапом костнопластического спондилодеза. Дренажи в послеоперационную рану не устанавливались, выполнялось дренирование плевральной полости у 2 пациентов. После пробуждения от наркоза и появления произвольных движений в нижних конечностях начинали постоянное эпидуральное введение анальгетиков. В течение 3 суток после операции проводилась оценка болевого синдрома по 6-балльной вербальной рейтинговой шкале (ВРШ) [6] у детей старше 5 лет. Были фиксированы показатели кровопотери, при наличии показаний к гемотрансфузии – количество полученных пациентом трансфузионных сред (свежезамороженная плазма и эритроцитарная масса). Оценивали факт назначения опиоидов после операции (промедол или трамадол) и в случае назначения – количество суток приема опиоидных анальгетиков. Фиксировали наличие или отсутствие рвоты в послеоперационном периоде, день появления самостоятельной дефекации. Всем пациентам выполнялись рентгенограммы груднопоясничного отдела позвоночника в положении стоя до и после оперативного лечения. Оценивалась величина деформации по Cobb (величина грудного кифоза, величина сколиотических дуг), количество фиксированных позвонков. Вертикализация в послеоперационном периоде производилась на 2-4 сутки, у пациентов после коррекции врожденного сколиоза – в фиксирующих корсетах, изготовленных интраоперационно из низкотемпературного пластика.

Результаты. Величина основной (грудной или поясничной) сколиотической дуги в среднем составила 61.3° ($41-96^\circ$) по Cobb ($SD=16.4$), операционная коррекция составила в среднем 75.9% ($46.7-97.8\%$) ($SD=13.1$). Средняя кровопотеря составила 885.8 мл ($100-2200$ мл), $SD=505.6$.

При сравнении пациентов, которым в послеоперационном периоде не проводилась эпидуральная аналгезия (4) с пациентами, получавшими продленное эпидуральное обезболивание (19), выявлены статистически значимые различия в количестве суток послеоперационного периода в который пациенты получали дополнительные наркотические анальгетики ($p=0.041$) – дольше в группе без наличия эпидурального катетера (2 пациента из 4 – в течение 2 суток, 1 ребенок – 3 суток против 6 из 19 пациентов с максимальной продолжительностью 2 суток у 3 детей в группе с продленной ЭА).

Группа из 19 человек, получавших эпидуральное обезболивание, была разделена на 2 части по критерию проведения остеотомий позвоночного столба (11 выполнены, 8 – не выполнялись). Было проведено попарное сравнение всех параметров с использованием непараметрической статистики (U-критерий Манна-Уитни), учитывая малый размер выборок. Выявлены статистически значимые различия следующих показателей: величина верхнегрудной дуги и среднегрудной дуг ($p=0.008$ и 0.001 соответственно), длительность операции ($p=0.012$) (без остеотомии $M=417.5$ мин, $SD = 43.9$; с остеотомией $M=560.9$ мин, $SD=126.2$), протяженность фиксации ($p=0.026$) (без остеотомии $M=6.4$ сегм., $SD = 1.4$; с остеотомией $M=9.3$ сегм., $SD=3.9$), количество установленных эпидуральных катетеров ($p=0.026$), количество перелитой СЗП ($p=0.02$) и боль в первые сутки после операции по ВРШ ($p=0.042$) (группа без остеотомии $M=2.3$, $SD=0.49$, при проведении остеотомии $M=2.9$, $SD=0.33$). Очевидно, что эти различия целиком определяются тем, что остеотомии позвоночника требуют проведения при более выраженных и ригидных деформациях, увеличивая длительность операции, количество фиксируемых позвонков и потребность в трансфузионных средах.

Осложнения. У 2 пациентов с выполненной остеотомией позвоночника наблюдались транзиторные неврологические нарушения – радикулопатия поясничных корешков. В одном случае наблюдался краевой некроз дорзального отдела люмботомического шва, потребовавший некрэтомии и наложения вторичного шва. У одного ребенка проведена пункционная эвакуация субфасциальной гематомы в поясничном отделе под УЗ-навигацией, у одного пациента после VCR в грудном отделе проводились повторные плевральные пункции в связи с накоплением геморрагического экссудата также под УЗ-навигацией.

Статистически значимых различий в дополнительном назначении опиоидных анальгетиков после операции, наличии рвоты в послеоперационном периоде, сутках появления самостоятельной

дефекации (в среднем на 4 сутки), выраженности болевого синдрома на 2 и 3 сутки между группами не было выявлено.

Заключение. Проведение остеотомий позвоночника в ходе оперативной коррекции деформаций позвоночника у детей не оказывает существенного влияния на эффективность однокомпонентной продленной эпидуральной аналгезии в послеоперационном периоде, несмотря на нарушение целостности позвоночного канала и эпидурального пространства. Пролонгированное эпидуральное введение анестетиков позволяет полностью отказаться от применения опиоидных анальгетиков в послеоперационном периоде у большинства детей после коррекции деформаций позвоночника.

Список литературы:

1. В.Л.Айзенберг, Г.Э.Ульрих, Л.Е.Цыпин, Д.В.Заболотский. Регионарная анестезия в детской вертебрологии // Регионарная анестезия и лечение острой боли. - 2015; 9(4). - С.38-49.
V.L.Ajzenberg, G.E.Ulrih, L.E.Cypin, D.V.Zabolotskij. Regionarnaya anesteziya v detskoj vertebrologii // Regionarnaya anesteziya i lechenie ostroj boli. - 2015; 9(4). - S.38-49.
2. А.А.Ежевская, Ж.Б.Прусакова. Эпидуральная аналгезия при операциях хирургической коррекции сколиоза // Анестезиология и реаниматология. - 2012 (2) – С.27-30.
A.A.Ezhevskaya, Zh.B.Prusakova. Epiduralnaya analgeziya pri operacijah hirurgicheskoj korrekcii skolioza // Anesteziologiya i reanimatologiya. - 2012 (2) – S.27-30.
3. Ульрих Э.В., Андронников В.Ю., Ульрих Г. Э. Эпидуральная блокада как компонент анестезии у детей с деформацией позвоночника / /Материалы научно-практической конференции «50 лет детской хирургической службе Ярославля» . -Ярославль, 1996. - С.55 - 56.
Ulrih E.V., Andronnikov V.Yu., Ulrih G. E. Epiduralnaya blokada kak komponent anestezii u detej s deformaciej pozvonocznika / /Materialy nauchno-prakticheskoj konferencii «50 let detskoj hirurgicheskoj sluzhbe Jaroslavlja» . -Jaroslavl, 1996. - S.55 - 56.
4. A.Borgeat, S.Blumenthal. Postoperative pain management following scoliosis surgery // Curr. Opin. Anaesthesiol. - 2008;21(3). – P.313-6.
5. M.A.Erdogan, U.Ozgul, M.Ucar, M.F.Korkmaz, M.S.Aydogan, A.S.Ozkan, C.Colak, M.Durmus. Patient-controlled Intermittent Epidural Bolus Versus Epidural Infusion for Posterior Spinal Fusion After Adolescent Idiopathic Scoliosis: Prospective, Randomized, Double-blinded Study // Spine. – 2017; 42(12). – P.882-886.
6. M.Haefeli, A.Elfering. Pain assessment // Eur.Spine J. - 2006; 15. – P.17–24.
7. E.D.Lavelle, W.F.Lavelle, R.Goodwin, D.Gurd, T.Kuivila, G.Youssef, J.Niezgoda. Epidural analgesia for postoperative pain control after adolescent spinal fusion procedures which violated the epidural space // J. Spinal Disord. Tech. - 2010; 23. – P.347–350.
8. D.J. Sucato, A.Duey-Holtz, E.Elerson, F.Safavi. Postoperative analgesia following surgical correction for adolescent idiopathic scoliosis: a comparison of continuous epidural analgesia and patient-controlled analgesia // Spine. - 2005; 30(2). - P.211–217.

УДК 616.711-007.55.

СПОСОБНОСТЬ К САМОКОРРЕКЦИИ ОСАНКИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СКОЛИОЗА

Федотова З.И., Коганова А.Б., Першин А.А.
ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России
Россия, Санкт-Петербург

ABILITY OF POSTURE 3D-SELF-CORRECTION AFTER SCOLIOSIS SURGICAL TREATMENT

Fedotova Z.I., Koganova A.B., Pershin A.A.
Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled n.a. G.A. Albrecht" of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation

Russia, St. Petersburg St. Petersburg

Аннотация: Обследованы 12 пациентов (2 мальчика и 10 девочек) после хирургического лечения сколиоза – задней костно-пластической и инструментальной фиксации современными спинальными имплантатами с коррекцией деформации. Всем пациентам выполнена компьютерная

оптическая топография в привычной позе и позе активной самокоррекции до и после операции с оценкой следующих показателей: РТИ – общий интегральный индекс нарушений формы дорсальной поверхности туловища; РТИ-F – интегральный индекс деформации формы туловища во фронтальной плоскости; РТИ-G – интегральный индекс нарушения ориентации в горизонтальной плоскости; РТИ-S – интегральный индекс нарушения ориентации в сагиттальной плоскости. Оценивалась способность к самокоррекции положения туловища, которая рассчитывалась как изменение разницы между общим интегральным индексом нарушений формы дорсальной поверхности туловища, а также индексом деформации по каждой плоскости в привычной позе и в позе самокоррекции до и после хирургического лечения сколиотической деформации. Интегральные индексы деформации формы туловища во фронтальной и горизонтальной плоскостях (РТИ-F и РТИ-G) значительно не изменились. Статистически значимое изменение в сторону улучшения отмечено при исследовании интегрального индекса нарушения ориентации в сагиттальной плоскости (РТИ-S).

Abstract. The ability of posture self-correction in three planes after instrumented spinal fusion was tested in 12 patients (2 boys and 10 girls). The trunk surface metric analysis in relaxed position and active self-correction position was performed in all cases. We evaluated the following parameters: РТИ – integral posterior trunk index; РТИ-F – integral posterior trunk index in frontal plane; РТИ-G – integral posterior trunk index in horizontal plane and РТИ-S – integral posterior trunk index in sagittal plane. The ability to active self-correction of posture was calculated as a difference between integral posterior trunk index, integral indexes for each plane in relaxed and active self-correction positions before and after surgical treatment. Integral indexes in frontal and horizontal planes did not change significantly. The statistically significant changes of the integral posterior trunk index were observed in sagittal plane. This parameter became better after surgical treatment.

Ключевые слова: сколиоз; хирургическое лечение сколиоза; компьютерная оптическая топография; оценка результатов хирургического лечения сколиоза.

Key words. scoliosis; scoliosis surgical correction; trunk surface metric analysis; evaluation of scoliosis surgical treatment.

Актуальность. Способность к самостоятельной коррекции положения тела в трех плоскостях признана экспертами сообщества SOSORT важным условием для проведения консервативного лечения сколиоза [11]. Понятие самокоррекции может быть определено, как способность пациента наилучшим образом самостоятельно изменить осанку в трех плоскостях. Во время выполнения пациентом активной самокоррекции наблюдается видимая оптимизация позы за счет увеличения симметрии туловища, улучшение фронтального баланса за счет перераспределения веса тела, постурального выравнивания других частей тела [8]. На способности пациента к самокоррекции основывается множество реабилитационных комплексов специфичных для сколиоза упражнений лечебной физической культуры с доказанной эффективностью: SEAS [8], К.Schroth [12], Dobomed [5], Side Shift [7], FITS [3]. В данных реабилитационных программах активно используются физические упражнения по самокоррекции осанки, направленные на поддержание достигнутого положения в повседневной жизни. В ходе хирургического лечения сколиоза фиксируется значительное количество позвоночно-двигательных сегментов, при этом для пациентов и их родителей всегда актуален вопрос, насколько инструментальная фиксация влияет на способность пациента к активному изменению положения туловища.

Моделирование поверхности спины с помощью оптической техники наглядно демонстрирует косметическое улучшение формы туловища, которую невозможно оценить лучевыми методами, в то время как этот параметр важен как для самих пациентов, так и для членов их семей. Кроме того, часто именно эстетическая неудовлетворенность формой туловища лежит в основе принятия пациентом решения в пользу оперативного лечения деформации позвоночника. Оптические системы развивались как неинвазивные техники визуализации. Один из примеров такой системы – метод муаровой топографии [10], [4], [6], [9]. Метод муаровой топографии – КомОТ, разработанный в г. Новосибирске, - позволяет дистанционно и бесконтактно определять форму поверхности туловища пациента. Принцип его действия состоит в проецировании оптического изображения вертикальных параллельных полос на обследуемую поверхность туловища пациентов с помощью проектора слайдов и регистрации полученных полос видеокамерой. Изображение спроецированных на тело пациента полос деформируется в соответствии с рельефом его поверхности и детальную информацию о ее форме, далее изображение в цифровом виде вводится в компьютер, где с помощью специальных алгоритмов по нему восстанавливается модель обследуемой поверхности в каждой точке исходного снимка. По модели поверхности с известными анатомическими ориентирами

костных структур компьютер строит выходные отчетные формы, на которых приводятся графические представления и количественные параметры, описывающие положение туловища и формы позвоночника в трех плоскостях: фронтальной, горизонтальной и сагиттальной [1], [2]. Из 3 групп индексов, измеряемых с помощью техники КомОТ на установках ТОДП, в клинической практике мы используем так называемые интегральные индексы деформации, которые суммируют отклонения в расположении анатомических ориентиров и асимметрию поверхностей в каждой из 3 плоскостей в относительных единицах.

Цель. Определить изменения способности к активной самокоррекции положения тела в трех плоскостях после хирургического лечения сколиоза.

Материал и методы. 12 пациентов (2 мальчика и 10 девочек) в возрасте от 14 до 17 лет со сколиотической деформацией. Всем пациентам выполнено хирургическое лечение – задняя костно-пластическая и инструментальная фиксация современными спинальными имплантатами с коррекцией деформации позвоночника. До и после операции всем пациентам была выполнена компьютерная оптическая топография с оценкой следующих показателей в привычной позе и в позе активной самокоррекции: РТИ – общий интегральный индекс нарушений формы дорсальной поверхности туловища; РТИ-F – интегральный индекс деформации формы туловища во фронтальной плоскости; РТИ-G – интегральный индекс нарушения ориентации в горизонтальной плоскости; РТИ-S – интегральный индекс нарушения ориентации в сагиттальной плоскости [5].

Результаты. До хирургического лечения индекс РТИ в позе активной самокоррекции увеличивался в среднем по группе на 0.05, после хирургического лечения индекс РТИ увеличивался в позе активной самокоррекции на 0.03 (изменения между показателями статистически незначимы ($p \leq 0.05$)). До хирургического лечения индекс РТИ-F в позе активной самокоррекции уменьшился в среднем по группе на 0.04, после хирургического лечения индекс РТИ-F увеличивался в позе активной самокоррекции на 0.23 (изменения между показателями статистически незначимы ($p \leq 0.05$)). Индекс РТИ-G в позе активной самокоррекции перед операцией увеличивался в среднем по группе на 0.004, после операции он увеличивался на 0.04 ($p \leq 0.05$). До хирургического лечения индекс РТИ-S в позе самокоррекции увеличивался в среднем по группе на 0.5, после хирургического лечения – на 0.02 ($p < 0.05$).

Выводы. Хирургическое лечение сколиоза – задняя костно-пластическая и инструментальная фиксация современными спинальными имплантатами с коррекцией деформации позвоночника значительно не ограничивает способность пациента к активной коррекции положения туловища, позволяя, таким образом за счет движений нефиксированных отделов позвоночника и плечевого пояса улучшать эстетический и функциональный (в плане баланса) результаты операции.

Список литературы:

1. Сарнадский В.Н., Фомичев Н.Г. Мониторинг деформации позвоночника методом компьютерной оптической топографии. - Пособие для врачей МЗ РФ. -Новосибирск, НИИТО, 2001. – 44
Sarnadskij V.N., Fomichev N.G. Monitoring deformacii pozvonocznika metodom kompyuternoj opticheskoj topografii. - Posobie dlya vrachej MZ RF. -Novosibirsk, NIITO, 2001. – 44
2. Сарнадский В.Н., Садовой М.А., Фомичев Н.Г. Способ компьютерной оптической топографии тела человека и устройство для его осуществления. Заявл. 26.08.96. Евразийский патент № 000111.
Sarnadskij V.N., Sadovoj M.A., Fomichev N.G. Sposob kompyuternoj opticheskoj topografii tela cheloveka i ustrojstvo dlya ego osushestvleniya. Zayavl. 26.08.96. Evrazijskij patent № 000111.
3. Bialek M. Conservative treatment of idiopathic scoliosis according to FITS concept: presentation of the method and preliminary, short term radiological and clinical results based on SOSORT and SRS criteria. *Scoliosis*. 2011;6:25. doi:10.1186/1748-7161-6-25.
4. Denton T, Randall F, Deinlein D: The use of instant Moiré Photographs to reduce exposure from scoliosis radiographs. *Spine*. 1992, 17 (5): 509-512.
5. Dobosiewicz K, Durmala J, Kotwicki T. Dobosiewicz method physiotherapy for idiopathic scoliosis. *Stud Health Technol Inform*. 2008;135:228–36.
6. Grivas T, Karras G, Katrabasas J, Papavasiliou N: Study of posterior trunk surface changes by age and sex using moiré topography. *Research into spinal deformities 1*. Edited by: Sevastik J, Diab K. 1997, IOS Press, Amsterdam, 331-334.
7. Maruyama T, Takeshita K, Kitagawa T. Side-shift exercise and hitch exercise. *Stud Health Technol Inform*. 2008;135:246–9.
8. Michele Romano, Alessandra Negrini, Silvana Parzini, Marta Tavernaro, Fabio Zaina, Sabrina Donzelli and Stefano Negrini. SEAS (Scientific Exercises Approach to Scoliosis): a modern and effective

- evidence based approach to physiotherapeutic specific scoliosis exercises. Romano et al. *Scoliosis* (2015) 10:3
Doi 10.1186/s13013-014-0027-2
9. Sahlstrand T: The clinical value of Moiré Topography in the management of scoliosis. *Spine*. 1986, 11 (5): 409-417.
10. Takasaki H: Moiré Topography. *Applied Optics*. 1970, 9: 1457-1492.
11. Weiss HR, Negrini S, Hawes MC, Rigo M, Kotwicki T, Grivas TB, et al. Physical exercises in the treatment of idiopathic scoliosis at risk of brace treatment – SOSORT consensus paper 2005. *Scoliosis*. 2006;1:6. doi: 10.1186/1748-7161-1-6.
12. Weiss HR. The method of Katharina Schroth - history, principles and current development. *Scoliosis*. 2011;6:17.

УДК 616-089.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ПАРАЛИТИЧЕСКИМИ СТЕНОЗАМИ ГОРТАНИ

Кривопапов А.А.¹, Степанова Ю.Е.¹, Брайко И.И.², Тимошенко Е.В.², Рабик Ю.Д.³, Щемелинина Т.И.³, Шамкина П.А.¹

¹ ФГБУ «СПб НИИ ЛОР» Минздрава России, Санкт

² НУЗ Отделенческая клиническая больница на ст. Барнаул ОАО «РЖД», Барнаул, Россия

³ ФГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Россия, Санкт-Петербург

INTERDISCIPLINARY REHABILITATION OF PATIENTS WITH CHRONIC PARALYTIC STENOSIS OF THE LARYNX

A.A. Krivopalov¹, J.E. Stepanova¹, I.I. Brayko², E.V. Timoshenskiy², J.D. Rabik³, T.I. Chshemelinina³, P.A. Shamkina¹.

¹ Saint-Petersburg Ear, Throat, Nose and Speech Research Institute (of Ministry of Health)
Russia, Petersburg

² Regional Clinical Hospital at the Barnaul Station of the ОАО „RZhD“ (Russian Railways), Russia.

³ Pavlov First Saint Petersburg State Medical University (of Ministry of Health), Saint-Petersburg, Russia, Barnaul

Аннотация: В статье изложен комплекс реабилитации пациентов с хроническими стенозами гортани паралитической этиологии, включающий в себя диагностическую оценку, предоперационную подготовку, инновационный метод хирургического лечения, а так же методику послеоперационной реабилитации. Представлены результаты 46 больных с двусторонними паралитическими стенозами гортани, лечение которых осуществлялось с использованием данной методики ведения пациентов.

Abstract. The article describes a complex of rehabilitation of patients with bilateral vocal cord paralyses, including a diagnostic examination, a preoperative care, a new method of surgical treatment and a method of postoperative recovery. The results of 46 patients with bilateral paralytic laryngeal stenosis after that treatment are presented.

Ключевые слова: двухсторонний хронический паралитический стеноз гортани, комплексный метод лечения, оперативное вмешательство, реабилитация пациентов.

Key words. bilateral chronic paralytic stenosis of the larynx, complex of rehabilitation, surgery, rehabilitation of patients.

По данным литературы в группе хронических заболеваний голосового аппарата двухсторонний паралитический стеноз гортани занимает второе место и составляет 29,9%. Лечение пациентов,

страдающих данной патологией, на сегодняшний момент является одной из наиболее актуальных задач оториноларингологии [4].

Основной причиной паралича голосовых складок являются оперативные вмешательства на щитовидной железе, органах шеи и грудной клетки. Этиологическим фактором развития паралитического стеноза является повреждение возвратного гортанного нерва и наружной ветви верхнего гортанного нерва при вышеуказанных операциях [3, 7, 8, 9, 10]. Вследствие сужения просвета гортани пациенты данной группы уже в раннем послеоперационном периоде начинают отмечать признаки дыхательной недостаточности [7, 9].

На современном этапе хирургическое вмешательство является основным методом лечения хронических паралитических стенозов гортани в период от 6 месяцев с начала заболевания [6].

Оптимальная методика хирургического лечения двухсторонних стенозов гортани должна преследовать следующие цели: формировать достаточно широкий просвет гортани, обеспечивающий восстановление дыхательной функции, сохранять голосовую и защитную функции гортани, характеризоваться максимально щадящим хирургическим вмешательством, вести к укорочению периода реабилитации пациентов [3, 9].

По данным литературы, несмотря на разнообразные способы хирургического лечения, рецидив заболевания, проявляющийся в виде рестеноза гортани, составляет от 6 до 78% [4, 5]. Рецидив заболевания в свою очередь ведет к ухудшению прогноза восстановления и послеоперационной реабилитации пациентов [3].

На сегодняшний день внедряются новые тактики ведения больных со стенозами гортани, разрабатываются новые методы оперативного вмешательства, позволяющие компенсировать дыхательную функцию, сократить длительность реабилитации пациента, но, несмотря на прогрессивное развитие этого направления в оториноларингологии, вопрос об оптимальном способе лечения стенозов гортани паралитической этиологии остается открытым.

Цель исследования. Оценка эффективности комплексного метода реабилитации пациентов с хроническими двухсторонними паралитическими стенозами гортани.

Пациенты и методы. В период с 2014 по 2018 год под нашим наблюдением находились 46 пациентов (8 мужчин и 38 женщин) с хроническими двухсторонними паралитическими стенозами гортани. Возраст пациентов составлял от 22 до 64 лет, средний возраст - 56,4 года. Длительность заболевания составляла от 6 месяцев до 20 лет.

У 43 наблюдаемых пациентов (93,6%) причиной двухстороннего паралича голосовых складок было оперативное вмешательство на щитовидной железе. У одного пациента (2,1%) причиной стеноза явилась предшествующая травма гортани. У одного пациента (2,1%) двухсторонний паралич гортани возник после острого нарушения мозгового кровообращения. У одного пациента в группе (2,1%) паралич гортани был определен как идиопатический. При поступлении 14 пациентов (37,8%) были хроническими канюленосителями. Длительность ношения трахеостомы составила от 6 месяцев до 10 лет. В анамнезе ни у кого из наблюдаемых пациентов не было предшествующих операций на гортани.

Диагностический протокол включал 3 осмотра: до операции, в раннем послеоперационном периоде, в отдаленном послеоперационном периоде (4-6 мес после операции).

Комплекс диагностического обследования включал в себя: общеклиническое и оториноларингологическое исследование с клинической оценкой состояния больного - анамнестические данные (жалобы пациента, длительность заболевания, предшествующие операции, сопутствующая патология), субъективные данные (оценка дыхания через верхние дыхательные пути, степени выраженности одышки, характер голоса), объективные данные по результатам непрямой ларингоскопии, видеоэндостробоскопии, фиброларингоскопии (расположение голосовых складок, ширина просвета гортани, наличие отека и гиперемии слизистой голосовых складок, форма голосовой щели), объективные данные по результатам функционального теста. В отделении функциональной диагностики №2 клиники НКИЦ ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова всем пациентам в качестве функционального теста выполнялась спирометрия и бодиплетизмография с оценкой параметров вдоха и выдоха кривой «поток-объем» (пиковой объемной скорости выдоха ПОС, объема форсированного выдоха за 1ю секунду ОФВ1, соотношения ОФВ1/ФЖЕЛ); общего сопротивления дыхательных путей (R tot).

Так же на дооперационном этапе осуществлялась консультация фонопедом с оценкой голосовой функции и проведением инструктажа о вариантах дыхательных и голосовых упражнений в до- и послеоперационном периоде.

Субъективно все пациенты (100%) отмечали затруднение дыхания через верхние дыхательные пути, прогрессирующее до состояния удушья при умеренной физической нагрузке (ходьба до 100

метров) у 4-х пациентов (8,7%), при незначительной физической нагрузке (ходьба до 20 метров) у 27 пациентов (58,7%). У 15 пациентов (32,6%) приступы удушья возникали без провоцирующих физических факторов - в покое.

При поступлении по данным эндоскопических методов исследования у 41 пациента (89,1%) голосовые складки находились в парамедианном положении, у 5 пациентов (10,9%) - в медианном положении. Из 41 пациента с парамедианным расположением голосовых складок у 4 больных (9,8%) ширина просвета гортани составляла 4-5 мм, у 37 пациентов (90,2%) ширина просвета составляла 1-3 мм. У всех 5 пациентов с медианным расположением голосовых складок (100%) просвет гортани составлял 0-1 мм, данные пациенты- канюленосители.

На предоперационном этапе пациентам выполнялось стандартное лабораторное обследование, консультация терапевта с оценкой соматического статуса и риска операционного вмешательства, консультация анестезиолога с выбором оптимального метода анестезиологического пособия.

Всем 46 пациентам была выполнена хирургическое вмешательство: ларингопластика методом двухсторонней эндо-экстраларингеальной латерофиксацией голосовых складок с использованием шовных технологий при прямой опорной ларингоскопии под контролем эндоскопической техники, разработанное и внедренное в СПб НИИ ЛОР [1].

Техника операции. Все операции выполнялись под эндотрахеальным наркозом. Интубация трахеи проводилась трансорально или через трахеостому.

В условиях общей анестезии при интубации через трахеостомическую трубку производился разрез кожи и подкожной клетчатки длиной до 6,0 см параллельно переднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы на 1,0 см кпереди. Сосудисто-нервный пучок шеи, а так же грудино-ключично-сосцевидная мышца смещались кзади, а передние мышцы гортани вперед, таким образом, визуализировалась боковая пластинка щитовидного хряща. Аналогичным образом выполнялся разрез с противоположной стороны шеи.

При помощи раздвижного операционного ларингоскопа производилась прямая микроларингоскопия, клинок ларингоскопа устанавливался в преддверии гортани и фиксировался на опоре.

Под эндоскопическим контролем производился вкол первой иглы диаметром 1,5 мм с боковой пластинки щитовидного хряща в полость гортани. Первый вкол производился в точке пересечения линий на уровне 0,5 см от нижнего края и 0,5 см от латерального края щитовидного хряща. Первая игла проводилась через полость гортани, вплотную к нижней поверхности голосовой складки, на границе средней и задней трети голосовой складки, строго перпендикулярно вертикальной линии, соединяющей переднюю и заднюю комиссуры гортани. Первая игла выводилась в симметричной точке на противоположной стороне щитовидного хряща за пределами раны. Вторая игла вводилась на 1,0 см проксимальнее первой иглы. Аналогичным образом игла проводилась через просвет гортани, вплотную к верхнему краю голосовых складок и выведена на противоположной стороне. В просвет игл вводились мононити Prolen 2-0 после чего иглы удалялись.

Под эндоскопическим контролем гортанными щипцами поочередно захватывались верхняя и нижняя нити и выводились наружу. Нити разрезались, связывались узлами попарно с каждой стороны. Затем нити выводились из ран с обеих сторон до момента выхода узлов из полости гортани. Скользящими движениями нити погружались в субэпителиальный слой голосовых складок. Выполнялось подтягивание нитей кнаружи с двух сторон, голосовые складки отводились латерально. Завязывались узлы на боковой пластинке щитовидного хряща с обеих сторон. Производился эндоскопический контроль расширения просвета гортани.

Рана шеи послойно ушивалась, в область нижних углов раны устанавливались выпускники. Накладывалась асептическая повязка.

После выведения из наркоза пациенты переводились в палату интенсивной терапии на одни сутки, после чего переводились в клинику. В послеоперационном периоде все пациенты получали антибиотикотерапию препаратом широкого спектра действия, противовоспалительную терапию (системные глюкокортикостероиды, диуретики), ингаляции муколитических препаратов, внутригортанные вливания противовоспалительных препаратов, антирефлюксную терапию.

Результаты и обсуждение.

Оценка эффективности оперативного вмешательства проводилась в раннем послеоперационном периоде и в отдаленном послеоперационном периоде через 4-6 месяцев после операции, включающая определение субъективного статуса и объективный осмотр пациента.

Все 46 пациентов (100%) в раннем послеоперационном периоде отмечали улучшение дыхательной функции и отсутствие одышки.

По данным непрямой ларингоскопии и фиброларингоскопии: у 19 пациентов (41,3%) отмечался умеренный отек и гиперемия слизистой голосовых складок, у 27 пациентов (58,7%) - отек и гиперемия выраженной степени. У всех 46 пациентов (100%) ширина просвета гортани составляла более 5мм. На 8-12-е сутки после оперативного вмешательства определялись минимальные реактивные явления в гортани.

Все 14 пациентов с трахеостомой были деканюлированы в раннем послеоперационном периоде: 3-х пациентов (21,4%) деканюлировали на 3 - 6 день после операции; 3-х пациентов (21,4%) - на 6 - 10 день после операции; 8 пациентов (57,1%) - на 10 - 14 день после операции. Ни у одного из наблюдаемых пациентов не было отмечено нарушение защитной и разделительной функций гортани.

Повторная консультация фонопеда в раннем послеоперационном периоде включала в себя оценку голосовой функции пациента, назначение дыхательных упражнений, начиная с 10 дня после операции, с целью формирования нижнедиафрагмального типа дыхания, а также дальнейшие рекомендации о возможности выполнения голосовых упражнений.

Функциональные результаты лечения оценивали, анализируя состояние функции внешнего дыхания по данным спирометрии и бодиплетизмографии, которые проводили трижды за весь период наблюдения за пациентом: до операции, в раннем послеоперационном периоде и в отдаленном послеоперационном периоде через 6 месяцев. Оценивались как основные функциональные параметры, так и показатели, изменяющиеся при обструктивном типе поражения дыхательных путей. По данным анализа полученных результатов до и после выполненного оперативного вмешательства можно судить о статистически достоверном улучшении проходимости верхних дыхательных путей (таб.1).

Все пациенты обследовались в отдаленном послеоперационном периоде (через 4-6 месяцев). На момент осмотра состояние 42 пациентов (91,3%) было удовлетворительное, дыхание через верхние дыхательные пути свободное. 4 пациента (8,7%) отметили ухудшение дыхательной функции, появление одышки при умеренной физической нагрузке.

Объективно: гиперемия и отек слизистой голосовых складок отсутствовал у всех 46 пациентов (100%). У 42 компенсированных пациентов ширина голосовой щели составляла более 5 мм, из них у 23 (54,8%) отмечалось сближение голосовых складок на 1 мм, у 19 (45,2%)- на 2 мм, что объективно не выражалось в затруднении дыхания, но привело к умеренному улучшению голосовой функции пациентов.

У 4 декомпенсированных пациентов ширина голосовой щели составляла около 1мм со сближением голосовых складок более чем на 3 мм. Причиной декомпенсации у этих пациентов послужила несостоятельность швов с обеих сторон. Для хирургической реабилитации данных пациентов был применен метод лазерной подслизистой хордаритеноидотомии [2].

Результаты спирометрии и бодиплетизмографии в отдаленном послеоперационном периоде: у 42 пациентов основные функциональные параметры статистически не изменились, у 4 пациентов параметры обструктивного поражения дыхательных путей вернулись к исходным предоперационным величинам, что говорит о рецидиве заболевания.

По результатам оценки состояния пациентов в позднем послеоперационном периоде: из прооперированных 46 пациентов (100%)- 42 пациента (91,3%) успешно реабилитированы.

Таким образом, следует отметить, что разработанный комплекс реабилитации пациентов с хроническими паралитическими стенозами гортани, включающий диагностическое обследование предоперационную подготовку, новый метод хирургического лечения и методику послеоперационного восстановления можно считать эффективным.

Следует добавить, что заявляемый оперативный способ не требует резекции анатомических структур гортани с использованием хирургического лазера, электрохирургического оборудования, холодного инструментария, поэтому он минимально травматичен в отношении структур гортани, следовательно, не сопровождается риском развития грануляционного, рубцового процессов, нарушения защитной функции гортани. Благодаря билатеральному хирургическому доступу и фиксации в состоянии отведения обеих голосовых складок, достигается формирование широкого просвета гортани.

На основании всего вышесказанного разработанный комплексный метод реабилитации пациентов с двухсторонними хроническими паралитическими стенозами гортани можно рекомендовать к широкому применению в клинической оториноларингологической практике.

Таблица 1: Результаты спирометрии и бодиплетизмографии у пациентов с двухсторонними хроническими паралитическими стенозами гортани

	До операции	Ранний послеоперационный период	Отдаленный послеоперационный период (результат 42 пациентов)	Динамика (% от исходного)
R _{tot} (кПа*л/с)	0,45±0,09	0,28±0,05	0,28±0,04	37,78%
ОФВ _{1(л)}	2,62±0,82	3,37±0,92	3,46±0,95	32,06%
ОФВ ₁ /ЖЕЛ (%)	68,75±15,39	79,74±6,86	79,01±6,73	10,26%
ПОС _{выд} (л/с)	4,34±1,24	5,54±1,14	5,71±0,96	31,56%

Список литературы:

1. Заявка на патент № 2018117416/14 (027106) Способ хирургического лечения хронического стеноза гортани паралитической этиологии / Кривопапов А.А., Степанова Ю.Е., Тимошенко Е.В., Брайко И.И., Шамкина П.А., заявитель и патентообладатель Федеральное государственное бюджетное учреждение "Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи" Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ "СПб НИИ ЛОР Минздрава России) – № 2018117416/14, заявл. 10.05.2018.
Zayavka na patent № 2018117416/14 (027106) Sposob hirurgicheskogo lecheniya hronicheskogo stenoza gortani paraliticheskoy etiologii / Krivopalov A.A., Stepanova Yu.E., Timoshenskij E.V., Brajko I.I., Shamkina P.A., zayavitel i patentoobladatel Federalnoe gosudarstvennoe byudzhethnoe uchrezhdenie "Sankt-Peterburgskij nauchno-issledovatel'skij institut uha, gorla, nosa i rechi" Ministerstva zdravoohraneniya Rossijskoj Federacii (FGBU "SPb NII LOR Minzdrava Rossii) – № 2018117416/14, zayavl. 10.05.2018.
2. Патент 2551941 Российская Федерация, МПК А 61 В 17/24, А 61 В 18/20 Способ хирургического лечения хронического стеноза гортани паралитической этиологии / Кривопапов А.А., Подкопаева Ю.Ю., Аникин И.А., Коноплев О.И., заявитель и патентообладатель Федеральное государственное бюджетное учреждение "Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи" Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ "СПб НИИ ЛОР Минздрава России) – № 2014109121/14, заявл.07.03.2014, опуб.10.06.2015, Бюл.№16
Patent 2551941 Rossijskaya Federaciya, MPK A 61 B 17/24, A 61 B 18/20 Sposob hirurgicheskogo lecheniya hronicheskogo stenoza gortani paraliticheskoy etiologii / Krivopalov A.A., Podkopaeva Yu.Yu., Anikin I.A., Konoplev O.I., zayavitel i patentoobladatel Federalnoe gosudarstvennoe byudzhethnoe uchrezhdenie "Sankt- Peterburgskij nauchno-issledovatel'skij institut uha, gorla, nosa i rechi" Ministerstva zdravoohraneniya Rossijskoj Federacii (FGBU "SPb NII LOR Minzdrava Rossii) – № 2014109121/14, zayavl.07.03.2014, opub.10.06.2015, Byul.№16
3. Подкопаева Ю.Ю., Кривопапов А.А. Современные представления о диагностике и лечении хронических двусторонних паралитических стенозов гортани (литературный обзор) // Российская оториноларингология. - 2013.- № 6 (67).- С. 146-155.
Podkopaeva Yu.Yu., Krivopalov A.A. Sovremennye predstavleniya o diagnostike i lechenii hronicheskikh dvustoronnih paraliticheskikh stenozov gortani (literaturnyj obzor) // Rossijskaya otorinolaringologiya. - 2013.- № 6 (67).- S. 146-155.
4. Степанова Ю.Е., Готовяхина Т.В., Мохотаева М.В., Махоткина Н.Н. Комплексная реабилитация пациентов с односторонним парезом гортани после хирургического вмешательства на щитовидной железе (медико-педагогические рекомендации) // Российская оториноларингология. - 2014.- № 4 (71). - С. 131-137.
Stepanova Yu.E., Gotovyahina T.V., Mohotaeva M.V., Mahotkina N.N. Kompleksnaya reabilitaciya pacientov s odnostoronnim parezom gortani posle hirurgicheskogo vmeshatelstva na shitovidnoj zheleze (mediko-pedagogicheskie rekomendacii) // Rossijskaya otorinolaringologiya. - 2014.- № 4 (71). - S. 131-137.
5. Усков А. Е. Хирургическая реабилитация больных с двусторонними паралитическими стенозами гортани // Вестник оториноларингологии. – 1998. – № 4. – С. 58–61.

- Uskov A. E. Hirurgicheskaya reabilitaciya bolnyh s dvustoronnimi paraliticheskimi stenozami gortani // Vestnik otorinolaringologii. – 1998. – № 4. – S. 58–61.
6. Ягудин Р. К., Деменков В. Р., Ягудин К. Ф. Оперативные вмешательства при срединном паралитическом стенозе гортани // Вестник оториноларингологии. - 2011.- № 2. - С.80-85.
Yagudin R. K., Demenkov V. R., Yagudin K. F. Operativnye vmeshatelstva pri sredinnom paraliticheskom stenozе gortani // Vestnik otorinolaringologii. - 2011.- № 2. - S.80-85.
7. Aytac B., Karamercan A. Recurrent laryngeal nerve injury and preservation in thyroidectomy // Saudi. - 2005. - Vol. 26, N11.- P. 1746–1749.
8. Paniello R. C. Laryngeal reinnervation // Otolaryngologic Clinics of North America. – 2004. – Vol. 37, N 1. – P. 161– 181.
9. Remacle M., Eckel H.E. Surgery of larynx and trachea. Berlin.: Springer, 2010.- P. 308.
10. Varaldo E., Ansaldo G.L., Mascherini M., Cafiero F., Minuto M. N. Neurological complications in thyroid surgery: a surgical point of view on laryngeal nerves // Frontiers in Endocrinology.- 2014. - Vol. 5, №108.- P. 110-117.

УДК 616-036.865.1

ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ НА НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА У ИНВАЛИДОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Полонская И. И., Сергеева В. В.
Россия, Санкт-Петербург

Кафедра терапии, медико-социальной экспертизы и реабилитации №2, ФГБУ ДПО СПбИУВЭК
Минтруда России

THE IMPACT OF COMORBID PATHOLOGY OF THE DISTURBANCE OF BODY FUNCTIONS OF DISABLED PERSONS WITH CORONARY HEART DISEASE AFTER CARDIO-SURGERY TREATMENT

Polonskaya I. I., Sergeeva V. V.
Russia, St.Petersburg

Department of therapy, medical and social expertise and rehabilitation №2, Saint-Petersburg Institute for Advanced Medical Experts of the Ministry of Labor of the Russian Federation

Аннотация: Работа посвящена изучению влияния коморбидной патологии на нарушения функций организма человека. Цель исследования: выявить влияние коморбидной патологии у больных ишемической болезнью сердца после шунтирования коронарных артерий на степень выраженности нарушений функций организма человека. Материалы и методы: проведено исследование состояния здоровья 150 больных. Результаты и их обсуждения: делается вывод о том, что среди лиц признанных инвалидами в связи со стойкими умеренными нарушениями функции сердечно-сосудистой системы достаточно часто выявляются нарушения других органов и систем. Эффективность реабилитационных мероприятий может быть достигнута лишь при системном подходе.

Abstract. The work is devoted to the study of the effect of comorbid pathology on disorders of the human body. The purpose of the study: to identify the effect of comorbid pathology in patients with coronary heart disease after coronary artery bypass grafting on the severity of disorders of the human body. Materials and methods: a study of the health of 150 patients was conducted. Results and their discussion: it is concluded that among persons recognized as disabled due to persistent moderate disorders of the cardiovascular system are often detected violations of other organs and systems. The effectiveness of rehabilitation measures can be achieved only with a systematic approach.

Ключевые слова: Ишемическая болезнь сердца, реваскуляризация миокарда, аортокоронарное шунтирование, реабилитация, коморбидность.

Key words. ischemic heart disease, myocardial revascularization, coronary artery bypass grafting, rehabilitation, comorbidity.

В настоящее время в России отмечается неблагоприятная тенденция показателей заболеваемости, смертности и нетрудоспособности населения от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) [Ошибка! Источник ссылки не найден.].

Хирургическая реваскуляризация при ишемической болезни сердца (ИБС) представляет одно из самых значительных достижений современной медицины. Уровень развития методов реваскуляризации миокарда, таких как коронарное шунтирование (КШ), позволяет обеспечить высокую эффективность лечения, безопасное выполнение вмешательств разной степени сложности [Ошибка! Источник ссылки не найден., Ошибка! Источник ссылки не найден.].

Инвалидность, являясь одним из основных показателей состояния здоровья населения, зависит от таких факторов, как демографическая ситуация в стране, уровень заболеваемости, деятельность органов здравоохранения и социальной защиты, достижений современной медицинской науки, материально-технических возможностей региона, от особенностей нормативно-правовой базы государства, регулирующей вопросы медико-социальной экспертизы (МСЭ) в случаях ограничения трудоспособности при нарушениях состояния здоровья.

Медико-социальная экспертиза осуществляется исходя из комплексной оценки состояния организма на основе анализа клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических данных, проводится для установления структуры и степени ограничения жизнедеятельности гражданина и определения его реабилитационного потенциала.

Одной из главных особенностей современной медицины является тот факт, что различные заболевания утрачивают свой моноэтиологический характер [Ошибка! Источник ссылки не найден.]. Взаимодействие заболеваний, возраста и лекарственного лечения значительно изменяет клиническую картину и течение основного заболевания, характер и тяжесть осложнений, ухудшают качество жизни больного, ограничивают или затрудняют лечебно-диагностический и реабилитационный процесс [Ошибка! Источник ссылки не найден.].

В последние годы все больше внимания уделяется особенностям диагностики и лечения пациентов с сочетанием двух и более заболеваний.

Существование болезней описывается как сочетанные, сопутствующие, ассоциированные заболевания и состояния. В последнее время чаще применяется термины коморбидные заболевания или состояния, коморбидность.

Согласно определению коморбидность — сочетание у одного больного двух или более хронических заболеваний, этиопатогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени появления вне зависимости от активности каждого из них.

С проблемой коморбидности достаточно часто приходится сталкиваться врачам бюро медико-социальной экспертизы, особенно когда основной патологией являются заболевания сердечно-сосудистой системы. Наиболее распространённым является сочетание четырех основных заболеваний ИБС, артериальная гипертензия, фибрилляция предсердий (ФП), хроническая сердечная недостаточность в различных вариантах [Ошибка! Источник ссылки не найден.].

Лишь применяя индивидуальный подход к больному, разносторонне изучая клиническую картину основного, сопутствующих и перенесенных заболеваний, а также осуществляя их комплексную диагностику можно оценить реальный реабилитационный потенциал инвалида, прогнозировать реабилитационные возможности организма пациента, рационально разработать индивидуальную программу реабилитации [Ошибка! Источник ссылки не найден.].

Оценка же лишь основного заболевания, без учета влияния коморбидной патологии может привести к неправильной оценке ограничений жизнедеятельности, потребностей в социальной защите, оценке реабилитационных возможностей, и срыву адаптационного потенциала организма человека [Ошибка! Источник ссылки не найден.].

Таким образом, все коморбидные заболевания влияют на течение и исход друг друга, однако степень этого влияния может быть различной; они приводят к значительным нарушениям различных функций организма, ограничению физических нагрузок, снижают качество жизни пациентов, влияют на возможности проведения лечебных и реабилитационных мероприятий; реабилитационный прогноз пациента, перенесшего КШ зависит от наличия у пациента сопутствующих заболеваний.

Цель исследования. Выявить влияние коморбидной патологии у больных ишемической болезнью сердца после шунтирования коронарных артерий на степень выраженности нарушений функций организма человека.

Материалы и методы. В соответствии с поставленными задачами проведено исследование состояния здоровья 150 больных ИБС после КШ. Среди обследованных преобладали мужчины в

возрасте от 36 до 77 лет (средний возраст $57,88 \pm 7,28$). Женщины составили 11,0%. Все лица проходили освидетельствование в Главном бюро МСЭ по г. С-Петербургу.

Статистическая обработка данных проведена с помощью персонального компьютера с использованием пакета программ Microsoft Excel.

Результаты. Всего 19,3% обследованных не имели в анамнезе инфаркта миокарда (ИМ), 69,3% перенесли ранее один ИМ, 11,3% больных перенесли два и более ИМ. Во время операции аортокоронарного шунтирования 12 больным была произведена пластика аневризмы левого желудочка. У четырёх человек проведена имплантация ПЭКС. Пароксизмы ФП выявлялись у 15,7% больных, а 3,6% человек имели постоянную форму ФП.

По данным коронарографии было выявлено поражение передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии (ЛКА) в 92,1% случаев, огибающей ветви ЛКА у 75,3% больных, поражение ствола ЛКА в 37,1% и ствола правой коронарной артерии в 77,5% случаев. Всем пациентам проведено коронарное шунтирование: 1 шунт установлен у 8,0% человек, 2 шунта у 30,0%, 3 шунта установлены 56,7%, а 4 шунта 5,3% пациентов.

При освидетельствовании больных в бюро МСЭ патология сердечно-сосудистой системы (ССС) с нарушением функции в диапазоне от 40% до 60%, приводила к ограничению жизнедеятельности 1 степени и являлась причиной установления III группы инвалидности в 100% случаев.

Из числа коморбидной патологии преобладали следующие заболевания.

Хронические обструктивные заболевания легких выявлены у 42,2% обследованных, из них определены как нестойкие нарушения функций дыхательной системы в 92% случаев, первая степень выраженности стойких нарушений функций организма человека определена у 8% больных.

Заболевания пищеварительной системы выявлялись в 39,8%, из них определены как нестойкие нарушения функций пищеварительной системы у 81% больных, первая степень выраженности выявлена у 19% пациентов.

Заболеваниями мочевыделительной системы страдают 32,5% обследованных, из них определены нестойкие нарушения функций мочевыделительной системы обнаружены у 96% больных, первая степень выраженности определена у 4% пациентов.

Эндокринные заболевания были обнаружены у 30,1% (в 98% - сахарный диабет) обследованных, при этом определены как нестойкие нарушения в 87% случаев, первая степень выраженности определена у 12%, а вторая степень выраженности выявлена у 1% обследованных.

Заболевания, сопровождающиеся нарушением сенсорных функций, определены как нестойкие нарушения в 93% случаев, первая степень выраженности у отмечалась 3,5%, а вторая степень выраженности у 3,5% обследованных.

Заболеваниями опорно-двигательного аппарата страдает 41,0% пациентов, а нарушения центральной нервной системы отмечены в 38,6% случаев. При этих заболеваниях наиболее значимым нарушением является нарушение статодинамических функций, в исследуемой группе данные нарушения определены как нестойкие у 64% обследованных, первая степень выраженности выявлена у 18%, а вторая степень выраженности у 18% больных.

Выводы. При освидетельствовании больных с ИБС после КШ достаточно часто выявляются коморбидные заболевания. При этом стойкие умеренные нарушения функции ССС констатированы у всех обследованных. Коморбидная патология в большинстве случаев приводила к нестойким нарушениям незначительно выраженного характера. Стойкие умеренно выраженные нарушения были зарегистрированы со стороны сенсорных, статодинамических функций, функции эндокринной системы.

Литература:

1. Арутюнов, Г.П. Кардиореабилитация / [Г.П. Арутюнов, А.К. Рылова, Е.А. Колесникова и др.]; под ред. Г.П. Арутюнова. - Москва МЕДпресс-информ, 2013. - 335 с. ил. ; 22 см. - Библиогр.: с. 309-335

Arutyunov, G.P. Kardioreabilitaciya / [G.P. Arutyunov, A.K. Rylova, E.A. Kolesnikova i dr.]; pod red. G.P. Arutyunova. - Moskva MEDpress-inform, 2013. - 335 s. il. ; 22 sm. - Bibliogr.: s. 309-335

2. Кузнецов, А.Н. Ишемическая болезнь сердца: стабильные формы /А.Н. Кузнецов и др., Е.В. Карпухина, И.Б. Карпухин, О.В. Мельниченко, Н. Новгород: Издательство Нижегородской гос. Медицинской академии, 2013.-88с.

Kuznecov, A.N. Ishemicheskaya bolezn serdca: stabilnye formy /A.N. Kuznecov i dr., E.V. Karpuhina, I.B. Karpuhin, O.V. Melnichenko, N. Novgorod: Izdatelstvo Nizhegorodskoj gos. Medicinskoj akademii, 2013.-88s.

3. Крюков Н.Н., Николаевский Е.Н., Поляков В.П. Ишемическая болезнь сердца (современные аспекты клиники, диагностики, лечения, профилактики, медицинской реабилитации, экспертизы): Монография. – Самара, 2010. - 651 с.
Kryukov N.N., Nikolaevskij E.N., Polyakov V.P. Ishemicheskaya bolezn serdca (sovremennye aspekty kliniki, diagnostiki, lecheniya, profilaktiki, medicinskoj reabilitacii, ekspertizy): Monografiya. – Samara, 2010. - 651 s.
4. Сергеева В.В. и др. Влияние хирургических методов реваскуляризации миокарда на реабилитационный прогноз у больных ишемической болезнью сердца старших возрастных групп//В.В, Сергеева, А.Ю, Нургазозова А.К Особенности ти старческого возраста.Выпуск IX. Актуальные проблемы диагностики, терапии и реабилитации жителей блокадного Ленинграда и пациентов пожилого возраста, Санкт-Петербург, 2013.-С. 355-360.
Sergeeva V.V. i dr. Vliyanie hirurgicheskikh metodov revaskulyarizacii miokarda na reabilitacionnyj prognoz u bolnyh ishemicheskoy boleznju serdca starshih vozrastnyh grupp//V.V, Sergeeva, A.Yu, Nurgazozova A.K Osobennosti ti starcheskogo vozrasta.Vypusk IX. Aktualnye problemy diagnostiki, terapii i reabilitacii zhitelej blokadnogo Leningrada i pacientov pozhilogo vozrasta, Sankt-Peterburg, 2013.-S. 355-360.
5. Коморбидная патология в клинической практике. Клинические рекомендации. Общероссийская общественная организация Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей). Секция “Сочетанные патологии” Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2017; 16(6).
Komorbidnaya patologiya v klinicheskoy praktike. Klinicheskie rekomendacii. Obsherossijskaya obshestvennaya organizaciya Associaciya vrachej obshej praktiki (semejnyh vrachej). Sekciya “Sochetannye patologii” Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika, 2017; 16(6).

УДК 616.74 – 02:617+ 617.3

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВЫХ ТРАВМ

Громакова С.В., Николаев В.Ф., Андриевская А.О., Герасимова Г.В.
ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России

Россия, Санкт-Петербург

REHABILITATION OF PATIENTS AFTER VERTEBRAL-SPINAL CORD INJURIES

Gromakova S. V., Nikolaev V. F., Andrievskaya A. O., Gerasimova G. V.
Federal State Budgetary Institution “Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled n.a. G.A. Albrecht” of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation

Russia, St. Petersburg

Аннотация:Обследованы 100 больных с последствиями позвоночно-спинномозговых травм, проходивших комплексное восстановительное лечение на неврологическом отделении клиники ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России. Эффективность медицинской реабилитации пациентов, участвовавших в исследовании, оценивалась комплексно на основе клинического обследования. Восстановительное лечение проводилось согласно стандарту (с применением роботизированной механотерапии и прикладной кинезотерапии). В перечень реабилитационных мероприятий входили: медикаментозная терапия, лечебная физкультура, массаж, физиотерапевтические процедуры, психотерапия и психокоррекция, использование технических средств реабилитации. Соблюдение этапности, преемственности и комплексности реабилитационных мероприятий, своевременное обеспечение ТСП позволят, по возможности, достигнуть максимально возможного уровня независимости пациента в повседневной жизни, восстановления самообслуживания, вертикализации, обучение передвижению.

Abstract. We examined 100 patients with consequences of spinal cord injury, held comprehensive rehabilitation treatment in the neurological Department of the Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after. G.A. Albrecht, the Ministry of labor of Russia. The effectiveness of medical rehabilitation of patients participating in the study was evaluated comprehensively on the basis of clinical examination. Restorative treatment was carried out according to the standard (with the use of robotic mechanotherapy and applied kinesotherapy). The list of rehabilitation measures included: medical therapy, physical therapy, massage, physiotherapy, psychotherapy and psychocorrection, the use of technical means of rehabilitation. Compliance with the stages, continuity and complexity of rehabilitation measures, timely provision of technical means of rehabilitation will allow , if possible, to achieve the highest possible level of

independence of the patient in everyday life, the restoration of self-service, verticalization, movement training.

Ключевые слова: реабилитация, позвоночно-спинномозговая травма, травматическая болезнь спинного мозга, технические средства реабилитации

Key words. rehabilitation, spinal cord injury, traumatic spinal cord disease, technical means of rehabilitation.

Актуальность. Повреждения позвоночника обычно возникают при дорожно-транспортных происшествиях, в результате спортивной травмы, при падении с высоты, вследствие производственной травмы (чаще всего в горнорудной промышленности), при огнестрельных и ножевых ранениях (в военное время или криминального характера), множественных и сочетанных травмах, число которых в последние годы имеет тенденцию к росту. До 20 % повреждений позвоночника относятся к осложненным, с сопутствующими повреждениями спинного мозга или нервных корешков на протяжении спинномозгового канала или межпозвоночных отверстий [1].

Позвоночно-спинномозговая травма (ПСМТ) в структуре общего травматизма встречается в 0,7 – 6 – 8%; и среди травм скелета – в 6,3 – 20,3% [2, 3]. Ежегодно количество пострадавших с позвоночно-спинномозговой травмой в России увеличивается на 8000 человек. Позвоночно-спинномозговая травма – это серьёзная медико-социальная проблема. Более чем в 80% случаев ПСМТ отмечается у лиц трудоспособного возраста от 18 до 45 лет, в 2 – 4 раза чаще встречается у мужчин [3]. Последствия позвоночно-спинномозговых травм стойкие, тяжёлые – практически 90% пострадавшим устанавливается I группа инвалидности, что резко меняет социальный и психологический статус пациентов, они нуждаются в постоянном постороннем уходе.

Разработка дифференцированных программ реабилитации, позволяющих достигнуть максимально возможного уровня независимости пациента в повседневной жизни, восстановления самообслуживания, вертикализации, обучение передвижению и многое другое – одна из актуальных задач реабилитации больных после позвоночно-спинномозговых травм.

Цели статьи: показать результаты реабилитации лиц после позвоночно-спинномозговых травм в условиях клиники ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России.

Методы. Проведено обследование пациентов с последствиями позвоночно-спинномозговых травм, проходивших комплексное восстановительное лечение по программе ОМС на неврологическом отделении клиники ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России за период с января 2017 г. по июль 2018 г.

При выполнении обследования использовались клинические методы: фиксировались жалобы и анамнез, изучали ортопедический и неврологический статусы с оценкой силы мышц, характер нарушения статодинамической функции и функции тазовых органов, проводили инструментальную диагностику.

Результаты. За полтора года (в период 01.01.2017 – 30.06.2018) обследованы 100 пациентов (из них 67 – мужчины, 33 - женщины) с последствиями позвоночной спинномозговой травмы (код по МКБ – X: Т.91.3). По уровню повреждения больные разделились следующим образом: 25 человек – с травмой шейного отдела позвоночника, 55 – с травмой грудного и 20 – с травмой грудно-пояснично отдела позвоночника.

Обследуемые имели выраженные нарушения нейро-мышечных, скелетных и связанных с движением (стато-динамических) функций, а также функций тазовых органов: 97 человек имели I группу инвалидности, 3 чел. признаны инвалидами II группы.

По шкале повреждения спинного мозга Американской ассоциации спинальной травмы (ASIA, 1996) – пациенты по степени нарушения проводимости спинного мозга оценивались: «А» (полное – нет сохраненных движений и чувствительности в сегментах S4 – S5) и «В» (неполное – чувствительность (но нет движения) сохранена ниже неврологического уровня поражения (в том числе в сегментах S4 – S5); по шкале Рэнкин – 4 балла (выраженные нарушения жизнедеятельности, неспособность ходить без посторонней помощи, неспособность справиться со своими физическими потребностями без посторонней помощи) и 5 баллов – грубое нарушение жизнедеятельности, прикован к постели, недержание кала и мочи, потребность в постоянной помощи медицинского персонала) [4, 5, 6].

Длительность пребывания в клинике составила в среднем 45 суток.

На реабилитацию пациенты поступали в сроки от 6 мес. до 5 лет после травмы (в промежуточном и позднем периодах травматической болезни спинного мозга).

Направленность реабилитационных мероприятий при позвоночно-спинномозговой травме зависит от множества факторов. Восстановительное лечение проводилось согласно стандарту 511670 (с применением роботизированной механотерапии и прикладной кинезотерапии) [7].

Усилия специалистов были направлены на максимально возможное восстановление двигательной функции конечностей и туловища пациента; самообслуживания; на ликвидацию часто развивающегося болевого синдрома; на предупреждение вегетативной дисрегуляции; на дальнейшее восстановление функции тазовых органов; психологическую и физическую адаптацию к своим ограниченным возможностям; социализацию пострадавшего [8].

Комплексная реабилитация пациентов включала в себя: медикаментозное лечение (ноотропные, сосудистые препараты, миорелаксанты, ингибиторы холинэстеразы, витамины группы В); физиотерапевтическое лечение (электрофорез лекарственных средств № 10, дарсонвализация № 10, вихревые ванны № 7, подводный душ-массаж № 7, перемежающая пневмокомпрессия № 15, массаж № 10, лазеротерапия № 10, воздействие излучением видимого диапазона № 10); лечебную физкультуру (упражнения, направленные на уменьшение спастичности № 10, коррекция нарушения двигательной функции при помощи биологической обратной связи № 10, групповые занятия лечебной физкультурой № 10, пособие по восстановлению позостатических функций - №10, роботизированная механотерапия № 18, лечебная физкультура с использованием тренажёра № 15); психотерапию и психокоррекцию.

За время госпитализации 60% пациентов были представлены на медико-техническую комиссию с внесением их в индивидуальную программу реабилитации технических средств реабилитации (ТСР). Были рекомендованы следующие ортезы: тьютора на всю ногу; тьютора на голеностопный сустав; ортопедические аппараты на нижние конечности и туловище; ортопедические аппараты на верхние конечности (на всю руку; на лучезапястный сустав), тьютора на лучезапястный сустав; тьютора на всю руку; корсеты полужесткой фиксации. Помимо этого – ортопедическая обувь на ортопедические аппараты; кресла-коляски (чаще всего последнее ТСР им было назначено ранее), в том числе с санитарным оснащением; ходунки; поручни; опоры. В некоторых случаях в ИПРА были внесены телескопические пандусы, сидения для ванной или душа, противоскользкие маты.

Применение ортезов обеспечивает раннюю мобилизацию больного, способствует выработке гравитационных и постуральных рефлексов, сохранению позы при стоянии и ходьбе, укрепляет мышцы туловища, повышает функцию ослабленных мышц, способствует пластичности и снижению гипертонуса [9]. Ортезирование позволяет осуществлять самообслуживание, способствует улучшению деятельности внутренних органов, создает уверенность больных в успехе лечения.

В результате комплексного восстановительного лечения у всех 100 пациентов была получена положительная динамика (в зависимости от уровня и тяжести поражения спинного мозга): частичный регресс неврологического дефицита; уменьшение болевого синдрома (нейропатический болевой синдром); укрепление мышечного корсета; удержание позы «сидя»; появление мелкой моторики в конечностях: формирование функции перемещения и переворотов лёжа; формирование стереотипа пересаживания с кровати в коляску и обратно; улучшение навыков самообслуживания; формирование навыков ходьбы в ходунках.

Учитывая положительные результаты комплексного восстановительного лечения в клинике ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, у всех пациентов сформировалась мотивация на повторное реабилитационное лечение в нашей клинике.

Выводы. Как правило, стойкие выраженные последствия спинальных травм не позволяют пациентам вернуться полностью к активному образу жизни и трудовой деятельности в полном объёме, но в наших силах уменьшить тяжесть инвалидности (до второй, иногда – до третьей группы), улучшить навыки самообслуживания, передвижения.

Преимуществом и комплексностью лечебных мероприятий на всех этапах: первичная и специализированная помощь в нейрохирургическом или травматологическом отделении, восстановительное и санаторно-курортное лечение, амбулаторная помощь, обеспечение ТСР позволят получить значимые результаты.

Список литературы:

1. Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации. Под редакцией проф. В. Г. Помникова и М. В. Коробова. – СПб: изд. Гиппократ – 2017 г.– 1152с.
Spravochnik po mediko-socialnoj ekspertize i rehabilitacii. Pod redakciej prof. V. G. Pomnikova i M. V. Korobova. – SPb: izd. Gippokrat – 2017 g.– 1152s.
2. И.Н. Морозов, С.Г. Млявых Эпидемиология позвоночно-спинномозговой травмы (обзор). – Медицинский альманах. – 2011. – №4. – с.157– 159.

I.N. Morozov, S.G. Mlyavh Epidemiologiya pozvonочно-spinnomozgovoj travmy (obzor). – Medicinskij almanah. – 2011. – №4. – s.157– 159.

3. Позвоночно-спинномозговая травма грудного и поясничного отделов позвоночника осложненная/ Клинические рекомендации, Минздрав (АТОР) – 2016 г.– 45с.

Pozvonочно-spinnomozgovaya travma grudnogo i pojasnichnogo otdelov pozvonochnika oslozhnennaya/ Klinicheskie rekomendacii, Minzdrav (ATOR) – 2016 g.– 45s.

4. С.В. Виссарионов, А.Г. Баиндурашвили, И.А. Крюкова Международные стандарты неврологической классификации травмы спинного мозга (шкала ASIA/ISNCSCI, пересмотр 2015 года)/ Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. Том 4. Выпуск 2. 2016г. – с.67– 72

S.V. Vissarionov, A.G. Baindurashvili, I.A. Kryukova Mezhdunarodnye standarty nevrologicheskoy klassifikacii travmy spinnogo mozga (shkala ASIA/ISNCSCI, peresmotr 2015 goda)/ Ortopediya, travmatologiya i vosstanovitel'naya hirurgiya detskogo vozrasta. Tom 4. Vypusk 2. 2016g. – s.67– 72

5. International Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury (ISNCSCI). Available from [Электронный ресурс], режим доступа: /www.asiaspinalinjury.org/elearning/ISNCSCI.php. – дата обращения: 18.07.2018

International Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury (ISNCSCI). Available from [Elektronnyj resurs], rezhim dostupa: /www.asiaspinalinjury.org/elearning/ISNCSCI.php. – data obrasheniya: 18.07.2018

6. Е.В. Мельникова Модифицированная шкала Рэнкина – универсальный инструмент оценки независимости и инвалидизации пациентов в медицинской реабилитации./ Мельникова Е.В., Шмонин А.А., Мальцева М.Н., Иванова Г.Е. Consilium Medicum. 2017; 19 (2.1): с. 8–13.

E.V. Melnikova Modificirovannaya shkala Renkina – universalnyj instrument ocenki nezavisimosti i invalidizacii pacientov v medicinskoj rehabilitacii./ Melnikova E.V., Shmonin A.A., Malceva M.N., Ivanova G.E. Consilium Medicum. 2017; 19 (2.1): s. 8–13.

7. Правительство Санкт-Петербурга Комитет по Здравоохранению Распоряжение от 28.06.2012 г. N 298-р Об установлении медико-экономических стандартов по восстановительному лечению для стационарных учреждений (511640 "Восстановительное лечение последствий травм и заболеваний спинного мозга (исключая онкологическую патологию)" согласно приложению № 15), [Электронный ресурс], режим доступа: www://docs.pravo.ru/, – дата обращения: 18.07.2018

Pravitelstvo Sankt-Peterburga Komitet po Zdravoohranenyu Rasporyazhenie ot 28.06.2012 g. N 298-r Ob ustanovlenii mediko-ekonomicheskikh standartov po vosstanovitel'nomu lecheniyu dlya stacionarnyh uchrezhdenij (511640 "Vosstanovitel'noe lechenie posledstvij travm i zabolevanij spinnogo mozga (isklyuchaya onkologicheskuyu patologiyu)" soglasno prilozheniyu № 15), [Elektronnyj resurs], rezhim dostupa: www://docs.pravo.ru/, – data obrasheniya: 18.07.2018

8. А.Н. Белова Нейрореабилитация: Руководство для врачей// М. – 2000. – с. 566

A.N. Belova Nejrareabilitaciya: Rukovodstvo dlya vrachej// M. – 2000. – s. 566

9. Е. М. Миронов Роль ортезирования в комплексной реабилитации больных с последствиями позвоночно-спинномозговой травмы// Медико-социальная экспертиза и реабилитация, № 1, 2012 – с. 56 – 57

E. M. Mironov Rol ortezirovaniya v kompleksnoj rehabilitacii bolnyh s posledstviyami pozvonочно-spinnomozgovoj travmy// Mediko-social'naya ekspertiza i rehabilitaciya, № 1, 2012 – s. 56 – 57

Раздел Маркетинг: технологии продвижения средств и услуг организаций реабилитации

РАЗДЕЛ 8. МАРКЕТИНГ В РЕАБИЛИТАЦИИ

CHAPTER 8. MARKETING IN REHABILITATION

УДК: 339.138

МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ МАРКЕТИНГА РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА

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

THE ROLE OF THE REHABILITATION ORGANIZATION SITE IN COMMUNICATION WITH PATIENTS

Gordeeva A.A., Davydov A.T.

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

Аннотация: приводятся основные тенденции развития маркетинга в реабилитации и медицинские особенности разработки и проведения маркетинговой стратегии реабилитационного центра.

Abstract. the basic trends of marketing development in rehabilitation and medical features of development and realization of marketing strategy of the rehabilitation center are examined.

Ключевые слова: маркетинговая стратегия, реабилитационный центр, целевая аудитория, коммуникация с пациентом, интегрированные маркетинговые коммуникации, тенденции развития.

Key words. marketing strategy, rehabilitation center, target audience, communication with the patient, integrated marketing communications, development trends.

Актуальность. В настоящее время опыт ведущих европейских стран свидетельствует о положительном влиянии государственных и рыночных механизмов на развитие систем реабилитации людей, испытывающих ограничения жизнедеятельности. При этом рыночные отношения в сфере реабилитации могут иметь, как позитивные, так и негативные последствия для её развития. Очевидно, что рыночные отношения стимулируют развитие конкуренции между поставщиками реабилитационных услуг и саморегулирование, они способствуют предотвращению избыточного вмешательства государства, обеспечивают условия равного доступа всех поставщиков реабилитационных услуг независимо от ведомственной принадлежности и формы собственности к финансовым ресурсам рынка, а потребителей к качественным реабилитационным услугам.

Вместе с тем, чрезмерная коммерциализация социальной сферы может приводить к ситуациям, когда стремление к получению прибыли побеждает здравый смысл. В этом случае система реабилитации может стать заложником частных интересов. Здесь в действие вступают инструменты государственного регулирования. Государство устанавливает «правила игры», которым следуют все участники рынка: получатели и поставщики реабилитационных услуг, распорядители финансовых ресурсов. В любой прогрессивной системе реабилитации приоритетными являются потребности пациентов (потребителей услуг), которые государство гарантирует удовлетворить. Все остальные участники рынка работают, прежде всего, для достижения этой цели. Иными словами, не потребители существуют для удовлетворения потребностей рынка и поставщиков реабилитационных услуг, а рынок и его участники созданы для того, чтобы максимально удовлетворять потребности потребителей.

Развитие системы реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями здоровья в условиях рыночных отношений предусматривает формирование баланса между интересами клиентов - потребителей услуг, с одной стороны, и поставщиков услуг, с другой стороны. Учитывая, что поставщики реабилитационных услуг представляют как государственный, так и негосударственный сектора (коммерческий и некоммерческий), эффективное взаимодействие между ними, а также между органами государственной власти, местного самоуправления и поставщиками услуг, имеет большое значение для формирования системы комплексной многопрофильной реабилитации, как основного средства интеграции людей с ограниченными возможностями здоровья.

Исследование маркетинга в реабилитации заключается в комплексном процессе планирования, экономического обоснования и управления производством услуг и продуктов, ценовой политики, продвижения услуг и продуктов к потребителям, а также управление их реализацией. Общая цель маркетинга - это обеспечение удовлетворения спроса потребителей.

В настоящее время во многих реабилитационных центрах существует недостаточное понимание сущности маркетинга, что влечет распространение стереотипов, которые ставят маркетинг в двойственное положение, а именно отдел маркетинга и сотрудники есть, но понимания точного функционала нет. Распространенный стереотип, что «маркетинг - это про рекламу, листовки и нарисовать картинки» кардинально расходится с определением одного из основоположников учения о маркетинге Филиппа Котлера, который писал, что «маркетинг - вид человеческой деятельности, направленной на удовлетворение нужд и потребностей посредством обмена» [1].

Целью исследования явилось изучение тенденций развития маркетинга и медицинских особенностей маркетинговой стратегии реабилитационного центра.

Материал и методы. В статье приводятся основные тенденции развития маркетинга в реабилитации и медицинские особенности разработки и проведения маркетинговой стратегии реабилитационного центра с маркетинговой ориентацией.

Результаты и их обсуждение. В настоящее время на рынке реабилитационных услуг России можно выделить два основных подхода маркетинговой ориентации - производственный и маркетинговый.

При производственной ориентации реабилитационного центра сначала формируется перечень услуг, который далее предлагается потребителю. Затем цена формируется экономистами по принципу - себестоимость плюс разрешенная норма прибыли. При этом основной задачей отдела маркетинга является разработка комплекса мер и мероприятий для увеличения сбыта услуги.

При маркетинговой ориентации реабилитационного центра сначала перечень услуг формируется под потребность решить проблему потребителя. Цена формируется командой в составе маркетолога и экономиста с учетом проведенного маркетингового анализа. При этом основными задачами отдела маркетинга являются: исследование рынка; предложение новых услуг и усовершенствование имеющихся; продвижение товаров и услуг; проведение, оценка и повышение эффективности коммуникационных кампаний.

Маркетинг в реабилитации это система принципов, методов и мер, базирующихся на изучении спроса потребителя и на формировании предложений услуг учреждением реабилитации, которые должны удовлетворять нужды потребителя.

Особенности услуг в реабилитации. В отличие от материальных товаров они нематериальны, их невозможно перед приобретением пощупать или «попробовать на зуб». Они непостоянны по качеству, поскольку зависят от конкретного исполнителя и трудно поддаются стандартизации. Их нельзя заготовить заранее и складировать в ожидании сезонного роста спроса [2].

Потребители услуг реабилитационного центра это часто «особенные» пациенты, их опекуны и представители. При принятии решения по выбору услуги они отличаются доверием к специалисту, эмоциональной незащищенностью, уровнем страха за свое здоровье и жизнь либо за здоровье и жизнь своих близких.

Цена и ценность услуги реабилитационного центра сложно поддается стандартизации, поскольку имеется высокая зависимость от уровня доверия к специалисту. Ценность услуги для клиента реабилитационного центра - это решение его конкретной проблемы, которая также требует индивидуального подхода. Поэтому при ценоформировании услуг реабилитационного центра нужно учитывать не только стандартные каноны и правила маркетинга, но и индивидуальную особенность услуги.

В продвижении реабилитационных услуг при формировании маркетинговой стратегии и определении каналов, инструментов, целей, задач и метрик необходимо учитывать эмоциональные потребности потребителей. Как пример, может быть особый тон и уровень доверия специалистов информационно-справочной службы, тактичность, доброжелательность и адекватность сообщений в социальных сетях.

Существуя на современном рынке медицинских услуг организации реабилитации приспосабливаются к реалиям информационного поля и должны строить новые пути коммуникации с пациентами.

Развитие информационного поля характеризуется следующими направлениями:

- появлением новых каналов распространения информации в сети Интернет (социальные сети, блоги, форумы, агрегаторы), через которые пациенты могут найти интересующие сведения об организации реабилитации, о специалистах и сделать свой выбор;
- распространением и использованием электронной информации через электронную почту, мессенджеры.

Важным инструментом коммуникации организации реабилитации в медицинской работе с пациентами и их родственниками 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» [3].

Использование таких каналов в маркетинговых кампаниях организации реабилитации поможет увеличить повторную обращаемость и построить эффективную систему обратной связи с пациентом.

Электронная рассылка как бюджетный инструмент взаимодействия с потребителем услуг должна соответствовать требованиям Федерального закона №38 от 13.03.2006 «О рекламе» [4] как в общих требованиях (распространяются в целом на рекламу и в том числе на рекламу медицинских услуг), так и в специальных требованиях (распространяются только на рекламу медицинских услуг).

Выводы. Для положительной коммуникации с пациентами необходимо учитывать медицинские аспекты в разработке и реализации маркетинговой стратегии организации реабилитации.

Список литературы:

1. Котлер Ф. Основы маркетинга. Краткий курс. - М.: Вильямс. - 2007. - С.21.
2. Панкрухин А.П. Маркетинг. - М.: Омега - Л. - 2006. - С. 26-27.
3. Федеральный закон № 323 от 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
4. Федеральный закон N 38-ФЗ от 13.03.2006 (ред. от 08.03.2015, с изменениями от 03.07.2016) «О рекламе» (с изменениями и дополнениями, вступивших в силу с 01.10.2015).
5. Журнал «Медицинский маркетинг». - № 5 (6) 2014.
6. 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».

Алфавитный указатель авторов

- Андреа Мартунци 186
 Андриевская А. О. 231, 339
 Андрусева И.В. 206, 273
 Балашова Л. М. 31
 Белянин О.Л. 312, 319
 Бердникова Н. Ю. 61
 Бобрик Ю.В. 206, 273
 Бойа Нуграха 43
 Брайко И.И. 331
 Бронников В.А. 45, 51, 171
 Бурнос А.А. 255
 Бутко Д.Ю. 220
 Виноградская З.В. 265
 Владимирова О.Н. 39, 75, 176, 179
 Власова Е.Ю. 217, 249
 Власова-Розанская Е.В. 228
 Вуичич Н.Д. 129
 Гальянов А.А. 179, 276
 Герасимова Г.В. 259, 339
 Головин М.А. 303
 Гонцова Е.В. 202
 Гордеева А.А. 343
 Гордиевская Е.О. 298
 Григорова Ю.А. 197
 Григорьева М.И. 45, 51, 171
 Громакова С.В. 306, 339
 Гроховская О. И. 252
 Давыдов А.Т. 220, 343
 Демина Э.Н. 78
 Джавид О.С. 78
 Джомардлы Э.И. 312
 Джуриная Л.Ф. 135
 Дирксен Н.В. 71
 Доронина О.Е. 199
 Дорошев А.П. 259
 Дышко Б.А. 224
 Дьячков Д.Г. 129
 Дэвид Бэйнс 280, 289
 Ежов В.В. 224
 Емельянцева Т.А. 120, 267
 Жаворонков Р. Н. 34
 Зальнова И.А. 114
 Заходякина К. Ю. 242
 Иванов А.Л. 94
 Иванов Д.О. 220
 Ивонн Беннетт 309
 Иосифова А.В. 159
 Ишутина И.С. 114, 179, 276, 306
 Кантемирова Р.К. 87, 114, 215, 255, 259
 Карасев Г.Г. 217, 249
 Карелин А.Ф. 64
 Катаева Е.А. 135, 252
 Киракозов Л.Р. 317
 Коганова А.Б. 328
 Кожушко Л.А. 75
 Кокорева М.Е. 64
 Кольцов А.А. 303, 312
 Кондрахин Р.А. 129
 Копыток А.В. 67
 Котельникова А.В. 109
 Красновская Г.Н. 153
 Кривопалов А.А. 331
 Кристоф Гутенбруннер 43
 Крысюк О.Б. 215
 Куклина В.Ю. 153
 Кукшина А.А. 109
 Кулинич Т.С. 199
 Курникова М. В. 234
 Лабейко О.А. 142
 Лемке Н.П. 83
 Литус А.Ю. 209
 Лозовская М.Э. 212, 217, 246, 249
 Ломоносова О.В. 176
 Лорер В.В. 182
 Лудкова А.Ю. 202
 Майорова О.В. 114
 Макарова Л.В. 145
 Марусин Н.В. 312
 Марушкина А.В. 267
 Менжулова Е.А. 317
 Мизин В.И. 224
 Миронова М.Р. 298
 Митякова О. Н. 326
 Монахова М.И. 317
 Мюллер Н.В. 101
 Нагорнов С. Н. 326
 Невмержицкая Т.А. 267
 Николаев В. Ф. 231, 339
 Образцова А.А. 209
 Орлова И.А. 129
 Осипов С. А. 57
 Осипов Ю.В. 236
 Осипова М. А. 212, 246
 Османов С. Л. 326
 Перкова В.Е. 261
 Першин А. А. 326, 328
 Платунова Т.Е. 224
 Поворинский А.А. 255, 306
 Погольская М.А. 265
 Полонская И.И. 132, 336
 Портова Л.З. 78
 Потемкина С.В. 231, 306
 Пыхтина Н.Н. 202
 Рабик Ю.Д. 331
 Радуга В. И. 21, 24, 28
 Разуванов А.И. 120
 Райкова Н.Ф. 125
 Ричард Фиттон 309
 Романенкова Д.Ф. 139
 Рябокоть А.Г. 199
 Свинцов А. А. 21, 24, 28
 Свинцов А. В. 176
 Свиридова Е.О. 255, 259
 Сергеева В.В. 132, 336
 Сергеева О.В. 192
 Сергеева Т.В. 220
 Сильвия Пиццигело 186
 Симакова В.И. 145
 Синецын И.В. 306
 Скланная К.А. 45, 51
 Скребенков Е.А. 303
 Смирнова Л.М. 231
 Солецкий В.В. 116
 Старобина Е.М. 106, 179
 Степанова Ю.Е. 331
 Сулова Г.А. 212, 246
 Суляев В.Г. 255, 259
 Терентьева С.М. 125
 Тимошенский Е.В. 331
 Ткач В.В. 206, 273
 Туаршева С.М. 199
 Федоров Н.В. 129
 Федорович А.Н. 129
 Федотова З.И. 328
 Феськов Г.П. 209
 Фидарова З.Д. 114, 215, 255, 259
 Филиппович А.Н. 261
 Фридрих Мехрхофф 150
 Царев А.Ю. 224
 Цветкова И. В. 61
 Цейтлин Г.Я. 64
 Чапко И.Я. 261
 Чернякина Т. С. 21, 24, 28
 Чукардин В.А. 166
 Шамкина П.А. 331
 Шестаков В. П. 21, 24, 28
 Шнигир А.А. 120
 Шоферова С.Д. 114
 Шошина Е.А. 209
 Шошмин А.В. 39, 182
 Щемелинина Т.И. 331
 Щукина Е.Ф. 197

Index of authors

- Andrea Martinuzzi 186
Andrievskaya A. O. 231, 339
Andruseva I.V. 206, 273
Balashova L.M. 31
Belyanin O.L. 312, 319
Berdnikova N.U. 61
Bobrik Yu.V. 206, 273
Boya Nugraha 43
Brayko I.I. 331
Bronnikov V.A. 45, 51, 171
Burnos A.A. 255
Butko D.Y. 220
Chapco I. Ya 261
Chernyakina T.S. 21, 24, 28
Christoph Gutenbrunner 43
Chshemelinina T.I. 331
Chukardin V. A. 166
David Banes 280, 289
Davydov A.T. 220, 343
Demina E. N. 78
Dirksen N.V. 71
Dishko B.A. 224
Doronina O.E. 199
Doroshev A.P. 259
Dyachkov D.G. 129
Dzhomardly E.I. 312
Dzhurinskaya L. F. 135
Ezhov V.V. 224
Fedorov N.V. 129
Fedorovich A.N. 129
Fedotova Z.I. 328
Feskov G. P. 209
Fidarova Z.D. 114, 215, 255, 259
Fillipovich A.N. 261
Friedrich Mehrhoff 150
Galyanov A. A. 179, 276
Gerasimova G.V. 259, 339
Golovin M.A. 303
Gontsova E.V. 202
Gordeeva A.A. 343
Gordievskaya E. O. 298
Grigoreva M.I. 45, 51, 171
Grigorova J. A. 197
Grokhovskaya O. I. 252
Gromakova S. V. 306, 339
Iosifova A.V. 159
Ishutina I. S. 114, 179, 276, 306
Ivanov A.L. 94
Ivanov D.O. 220
Javed O. S. 78
Kantemirova R.K. 87,114, 215, 255, 259
Karasev G.G. 217, 249
Karelin A.F. 64
Kataeva E. A. 135, 252
Kirakozov L.R. 317
Koganova A.B. 328
Kokoreva M.E. 64
Koltsov A.A. 303, 312
Kondrakhin R.A. 129
Kotelnikova A.V. 109
Kozhushko L. A. 75
Krasnovskaya G. N. 153
Krivopalov A.A. 331
Krysyuk, O.B. 215
Kuklina V. Y. 153
Kukshina A.A. 109
Kulinich T.S. 199
Kurnikova M.V. 234
Kapytok A.V. 67
Labeiko O. A. 142
Lemke N. P. 83
Litus A.Y. 209
Lomonosova O. V. 176
Lorer V.V. 182
Lozovkaya M.E. 212, 217, 246, 249
Ludkova A. Y. 202
Makarova L.V. 145
Marushkina A.V. 267
Marusin N.V. 312
Mayorova O.V. 114
Menzhulova E.A. 317
Mironova M. R. 298
Mityakova O. N. 326
Mizin V.I. 224
Monakhova M.I. 317
Mueller N. V. 101
Nagornov S. N. 326
Neumiarzhytskaya T.A. 267
Nikolaev V. F. 231, 339
Obraztsova A.A. 209
Orlova I.A. 129
Osipov S. A. 57
Osipov Y.V. 236
Osipova M.A. 212, 246
Osmanov S. L. 326
Perkova V.E. 261
Pershin A.A. 326, 328
Platunova T.E. 224
Pogolskaya M. A. 265
Polonskaya I. I. 132, 336
Portova L.Z. 78
Potemkina S.V. 231, 306
Povorinsky A.A. 255, 306
Pykhtina N.N. 202
Rabik J.D. 331
Raduto V. I. 21, 24, 28
Raykova N.F. 125
Razuvanau A.I. 120
Riabokon A.G. 199
Richard Fitton 309
Romanenkova D.F. 139
Sergeeva O.V. 192
Sergeeva T.V. 220
Sergeyeva V. V. 132, 336
Shamkina P.A. 331
Shchukina E. F. 197
Shestakov V.P. 21, 24, 28
Shnihir A.A. 120
Shoferova S.D. 114
Shoshina E. A. 209
Shoshmin, A.V. 39, 182
Silvia Pizzighello 186
Simakova V.I. 145
Sinityn I. V. 306
Sklyannaya K.A. 45, 51
Skrebenkov E.A. 303
Smirnova L.M. 231
Soletskiy V.V. 116
Starobina E.M. 106, 179
Stepanova J.E. 331
Suslova G.A. 212, 246
Suslyaev V.G. 255, 259
Svintsov A. A. 21, 24, 28
Svintsov A. V. 176
Sviridova E.O. 255, 259
Terenteva S.M. 125
Timoshenskiy E.V. 331
Tkach V.V. 206, 273
Tsarev A.Y. 224
Tseitlin G.Ya. 64
Tsvetkova I.V. 61
Tuarшева S.M. 199
Vinigradskaya Z.V. 265
Vladimirova O. N. 39, 75, 176, 179
Vlasova E.YU 217, 249
Vlasova-Razanskaya A. V. 228
Vuichich N.D. 129
Yemelyantsava T.A. 120, 267
Yvonne Bennett 309
Zakhodyakina K.Y. 242
Zalnova I.A. 114
Zhavoronkov R. N. 34

**Реабилитация – XXI век:
традиции и инновации.
Сборник статей**

ISBN 978-5-6041675-1-9



Печать цифровая. Бумага офсетная.

Формат 60x84 ¹/₁₆. Объем 21,75 п.л.

Заказ № 0709/2018. Тираж 600 экз.

Отпечатано в типографии ООО «ЦИАЦАН»
Санкт-Петербург, пр. Ударников, 38/2, пом. 460
8-981-969-45-55; e-mail: CIACAN@yandex.ru