

Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Новокузнецкий научно-практический центр
медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов»
Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации

Материалы научно-практической конференции

**КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ
НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ. ОТЕЧЕСТВЕННАЯ
И МЕЖДУНАРОДНАЯ ПРАКТИКА**

3-4 октября 2019 года

г. Новокузнецк

ISBN 978-5-906562-24-1

УДК 617.57/.58-036.868

ББК 54.58

С 56

Материалы научно-практической конференции «Комплексная реабилитация инвалидов на современном этапе. Отечественная и международная практика», Новокузнецк, 3-4 октября 2019 года – Новокузнецк: ИП Петровский К.В. (Изограф), 2019. – 269 С.

Сборник содержит тезисы докладов научно-практической конференции «Комплексная реабилитация инвалидов на современном этапе. Отечественная и международная практика».

В материалах конференции рассмотрены: вопросы межведомственного взаимодействия организаций в ходе реализации ИПРА инвалида; применение инновационных технологий в медицинской реабилитации, реконструктивной хирургии, протезировании; практические аспекты социально-бытовой адаптации, социально-психологической реабилитации инвалидов; актуальные проблемы профессиональной реабилитации.

Редакционная коллегия:

Васильченко Е.М., кандидат медицинских наук, генеральный директор ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России

Берман А.М., кандидат медицинских наук, заместитель генерального директора по медицинской части ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России

Хохлова О.И., доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела медицинской и социально-профессиональной реабилитации ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России

Денисова Я.А., ученый секретарь ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России

Жатько О.В., младший научный сотрудник лаборатории по разработке автоматизированных систем по реабилитации ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России



ОРГАНИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ



БАБИЧУК Л.Д., ОКУНЕВ М.И., МАНОШКИНА Т.М.,
КОЛМОГОРОВ А.Г., БОРОВИКОВА Я.В.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ РАЗРАБОТКЕ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТРАДАВШЕГО ОТ ТЯЖЕЛОГО НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ НА ПРОИЗВОДСТВЕ В РАННИЙ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

*ГУ-Кузбасское региональное отделение
Фонда социального страхования Российской Федерации,
г. Кемерово, Россия*

Производственный травматизм в Кузбассе является значимой медицинской и социально-экономической проблемой, которая усугубляется тем, что основной контингент пострадавших на производстве составляют лица в возрасте 20-50 лет, то есть это люди, находящиеся на пике физических, интеллектуальных, социальных и трудовых возможностей, представители многих массовых профессий в ряде ведущих отраслей промышленности и сельского хозяйства.

Реализуемый в Кемеровской области в течение 4-х лет проект Фонда социального страхования Российской Федерации «Комплексная реабилитация и возвращение к труду пострадавших в результате тяжелых несчастных случаев на производстве» направлен на повышение эффективности ранней реабилитации и возвращение большего количества пострадавших к активной трудовой и общественной жизни.

По инициативе Кузбасского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации заключено Соглашение о сотрудничестве между 11 организациями Кемеровской области, представляющими различные ведомства региона, обеспечивающее системный организационный подход, концентрацию ресурсов и усилий сторон.

Приоритетное значение имеет медицинская реабилитация, основанная на принципах этапности, непрерывности и преемственности между стационарными, реабилитационными и амбулаторно-поликлиническими учреждениями.

Важное значение для преемственности между этапами лечения имеет обеспечение

пострадавшего на производстве программой реабилитации, разработанной в период временной нетрудоспособности.

Цель исследования – обоснование эффективности межведомственного взаимодействия при разработке программы реабилитации пострадавшего в результате тяжелого несчастного случая на производстве в период ранней реабилитации.

Материал и методы. Участниками Соглашения являются Департамент охраны здоровья населения, Главное бюро медико-социальной экспертизы. Созданная в Кузбасском региональном отделении Фонда социального страхования Российской Федерации служба реабилитационного менеджмента координирует взаимодействие врачебных комиссий медицинских организаций и бюро МСЭ, что позволяет обеспечить персонифицированный подход и своевременно разработать программу реабилитации пострадавшего в период временной нетрудоспособности.

В интересах пострадавшего реабилитационный менеджер регионального отделения принимает участие в работе врачебных комиссий медицинских организаций и учреждений медико-социальной экспертизы при оформлении программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве, что регламентировано действующим законодательством.

Проведен анализ обеспеченности программой реабилитации, разработанной в период временной нетрудоспособности, 775 пострадавших, включенных в проект «Комплексная реабилитация и возвращение к труду пострадавших в результате тяжелых несчастных

Таблица 1 – Обеспеченность программами реабилитации пострадавших по видам травм

Травмы	Пострадавшие	Программа реабилитации пострадавшего	%
Органы зрения	53	23	43,4
Опорно-двигательный аппарат, из них:	454	183	40,3
Травма позвоночника	171	92	53,4
Травмы конечностей	283	91	32,2
Ожоги	49	14	28,6
Черепно-мозговая травма	147	47	32
Прочие	72	16	22,2
Всего	775	283	36,5

случаев на производстве», по состоянию на 1 июля 2019 года.

По видам травм у 775 пострадавших преобладают повреждения опорно-двигательного аппарата – 454 (58,6 %) чел., черепно-мозговая травма – 147 (19 %), травма органов зрения – 53 (6,8 %), ожоги – 49 (6,3 %) чел. Прочие виды травм суммарно составляют 9,3 %.

Результаты. С 2015-го по 2019 г. на этапе ранней реабилитации разработаны программы реабилитации 283 (36,5 %) пострадавших в результате тяжелого несчастного случая на производстве (2015 г. – 33; 2016 г. – 66; 2017 г. – 85; 2018 г. – 66; 2019 г. – 33 пострадавших).

По видам травм: повреждения опорно-двигательного аппарата – 183 (64,7 %) программы реабилитации, черепно-мозговая травма – 47 (16,6 %), травма органов зрения 23 (8,1 %), ожоги – 14 (4,9 %). Прочие виды травм суммарно составляют 5,6 % (Табл. 1).

При очевидности нуждаемости пострадавших в технических средствах реабилитации, лекарствах и уходе, обеспечение их программами реабилитации может и должно быть выше. В таблице 2 представлены данные обеспеченности программами реабилитации пострадавших с неблагоприятным исходом (инвалидность 1 и 2 группы).

Направлены медицинскими организациями пострадавшие в учреждения МСЭ для разработки программы реабилитации: со стацио-

нарного этапа 53 (18,7 %) чел., с амбулаторного – 230 (81,3 %), причем в 65,0 % случаев это происходит в первые три месяца после травмы.

Обеспечение пострадавших лекарственными препаратами, техническими средствами реабилитации и протезно-ортопедическими изделиями, посторонним уходом и сопровождением на лечение осуществляется за счет бюджета Фонда социального страхования в соответствии с разработанной программой реабилитации. В 2016 г. на эти цели израсходовано 1179,4 тыс. руб., в 2017 г. – 1541,5, в 2018 г. – 0,581 тыс. руб.

По программе реабилитации пострадавшего в период временной нетрудоспособности обеспечены: лекарственными средствами – 229 чел., специальным медицинским и бытовым уходом – 21 чел., техническими средствами реабилитации и протезно-ортопедическими изделиями – 211 чел., сопровождением на лечение – 28 человек.

В целом, об эффективности мероприятий медицинской реабилитации можно судить по средней продолжительности временной нетрудоспособности, которая составила в 2014 г. 210 дней, в 2015 г. – 208,5, в 2016 г. – 203, в 2017 г. – 179, в 2018 г. – 158 дней.

Выводы.

1) В ходе реализации проекта «Комплексная реабилитация и возвращение к труду

Таблица 2 – Обеспеченность программами реабилитации в период лечения пострадавших с неблагоприятным исходом

Группа инвалидности	Число пострадавших (абс.)	Программа реабилитации пострадавшего	
		Абс.	%
1-ая	25	19	76,0
2-ая	37	21	56,8



пострадавших в результате тяжелых несчастных случаев на производстве» сформирована эффективная рабочая модель межведомственного взаимодействия в территориально-управленческом аспекте, которая способствует повышению результативности ранней реабилитации.

2) Рост количества программ реабилитации пострадавшего, разработанных в период

временной нетрудоспособности, дает возможность обеспечения средствами реабилитации за счет бюджета Фонда социального страхования, что, способствует непрерывности и эффективности проводимого лечения, снижению средней продолжительности временной нетрудоспособности: по законченным случаям в 2018 году их на 25 % больше по сравнению с 2014 годом (то есть до реализации проекта).



БАЛАБАНОВА Н.Ю., ВЯЗАНКИН А.И., ДЕКТЕРЕНКО С.С.

МЕХАНИЗМ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫХ ПРОТЕЗОВ КОНЕЧНОСТЕЙ ИНВАЛИДАМ В АЛТАЙСКОМ КРАЕ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Алтайскому краю» Минтруда России,
г. Барнаул, Россия*

Одним из направлений государственной политики Российской Федерации в области обеспечения соблюдения прав инвалидов является формирование активного образа жизни граждан с ограниченными возможностями здоровья, их инклюзии в социальную жизнь. Ратификация нашим государством Конвенции о правах инвалидов послужила стимулом к совершенствованию службы медико-социальной экспертизы и порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации (ИПРА).

Основой взаимодействия участников реабилитационного процесса служит ИПРА. По сведениям государственного статистическо-

го наблюдения (форма 7-собес), одним из ведущих классов болезней, ставших причиной инвалидности, являются последствия различных, в том числе производственных, травм опорно-двигательного аппарата. Отсюда высока потребность в назначении технических средств реабилитации (ТСР) для компенсации самостоятельного передвижения и самообслуживания.

Использование современных технологий в протезировании конечностей, в том числе с внешним источником энергии (протезы с ВИЭ), позволяет достичь адекватной компенсации имеющихся ограничений жизнедеятельности и наиболее полно решает вопросы



инклюзии инвалидов в активную социальную жизнь.

В Алтайском крае разработан механизм межведомственного взаимодействия при определении нуждаемости в протезах с ВИЭ. Специалисты Барнаульского филиала ФГУП «Московское протезно-ортопедическое предприятие» или ООО Протезно-ортопедический центр «АлОрто» оформляют заключение о возможности протезирования с использованием ВИЭ. При проведении реабилитационно-экспертной диагностики специалисты бюро медико-социальной экспертизы ФКУ «Главное бюро МСЭ по Алтайскому краю» Минтруда России в соответствии с действующим законодательством оценивают медицинские показания, отсутствие противопоказаний для назначения этого вида ТСР, оценивают уровень двигательной активности по системе MOBIS, анализируют социальные и профессиональные данные гражданина и определяют нуждаемость в протезе с ВИЭ. Все медико-экспертные документы граждан, которым определена нуждаемость в протезе с ВИЭ, в обязательном порядке направляются для проведения контроля в экспертные составы ФКУ «Главное бюро МСЭ по Алтайскому краю» Минтруда России. Обеспечение ТСР в Алтайском крае проводит региональное отделение Фонда социального страхования.

В период 2018 г. и первого полугодия 2019 г. ФКУ «Главное бюро МСЭ по Алтайскому краю» Минтруда России определена нуждаемость в высокотехнологичных протезах конечностей с ВИЭ в шести случаях.

Приведем пример решения вопроса об определении нуждаемости в протезе с ВИЭ. Гражданин Ф., 30 лет, освидетельствован в декабре 2018 г. с диагнозом: «Последствия бытовой травмы от 2006 г. в виде протезированной ампутационной культи левого бедра на уровне нижней трети. Умеренные нарушения нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций». Работает в качестве тренера-инструктора по пауэрлифтингу в центре спортивной подготов-

ки паралимпийских сборных команд Алтайского края. Успешно протезирован модульным протезом бедра. Обратился для определения нуждаемости в ИПРА в протезе бедра с ВИЭ, представлено заключение медико-технической комиссии ООО Протезно-ортопедический центр «АлОрто». Необходимость замены имеющегося модульного протеза на протез с внешним источником энергии обусловлена нарастающим реабилитационным потенциалом инвалида, способностью переносить возрастающие физические нагрузки.

При освидетельствовании в октябре 2018 г. в бюро № 10 ФКУ «Главное бюро МСЭ по Алтайскому краю» Минтруда России установлено: четвертый уровень двигательной активности по MOBIS, по рентгенограмме культи левого бедра от октября 2018 г. имеются компенсаторные остеофиты опиала бедренной кости, которые увеличивают полезную опорную поверхность культи и улучшают её опорную функцию. В ИПРА определена нуждаемость в протезе бедра с ВИЭ. При проведении очного контрольного освидетельствования в январе 2019 г. в экспертном составе № 2 ФКУ «Главное бюро МСЭ по Алтайскому краю» Минтруда России подтверждена высокая двигательная активность (4 уровень по MOBIS) и полная компенсация ограничения способности к передвижению при использовании имеющегося модульного протеза в результате функционального диагностического обследования на эргометре с функцией диагностической дорожки. Алтайским региональным отделением Фонда социального страхования согласовано обеспечение протезом бедра с ВИЭ. В марте 2019 г. проведено высокотехнологичное протезирование в ООО Протезно-ортопедический центр «АлОрто».

Таким образом, реализация механизма межведомственного взаимодействия при определении нуждаемости в протезах с ВИЭ позволяет эффективно и обоснованно решать вопросы предоставления инвалидам высокотехнологичных протезов конечности.





БРОННИКОВ В.А., ГРИГОРЬЕВА М.И., СЕРЕБРЯКОВА В.Ю.

К ВОПРОСУ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПО ОКАЗАНИЮ РАННЕЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ИХ СЕМЬЯМ В ПЕРМСКОМ КРАЕ

*ГБУ Пермского края «Центр комплексной реабилитации инвалидов»,
г. Пермь, Россия*

Ранняя помощь детям и семьям, имеющим детей с проблемами со здоровьем, сегодня становится элементом системы комплексной реабилитации, рассматривается в контексте профилактики инвалидности через организацию системы раннего выявления детей с патологиями развития и организации помощи им специалистами мультидисциплинарной команды. В Пермском крае развитие ранней помощи в системе реабилитации и абилитации детей-инвалидов началось в 2016 году, однако основным мероприятием, направленным на развитие системы ранней помощи в Пермском крае, стала реализация Пилотного проекта по отработке подходов к формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в рамках которого в регионе в течение двух лет происходила апробация методических разработок и рекомендаций Минтруда России по организации ранней помощи и выстраиванию межведомственного взаимодействия.

Согласно Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации участниками межведомственного взаимодействия в Пермском крае были определены Министерство социального развития, Министерство образования и Министерство здравоохранения Пермского края.

Межведомственное взаимодействие в системе ранней помощи Пермского края прошло несколько этапов. Первым документом, определившим роль и функции участников межведомственного взаимодействия в системе ранней помощи, стало принятое в 2016 году трехстороннее Соглашение о межведомственном взаимодействии в части реализации мероприятия государственной программы «Доступная среда. Реабилитация и создание условий для социальной интеграции инвалидов Пермского края». На основании данного

документа стали выстраиваться межорганизационные связи между организациями различной ведомственной подчиненности, осуществляющими деятельность по ранней помощи. Так, на основе соглашений о взаимодействии выстроилась преемственность в реализации мероприятий ранней помощи между КГАУ «Центр комплексной реабилитации инвалидов» и ГБУЗ Пермского края «Детская клиническая больница № 13». Специалисты Службы ранней помощи КГАУ «Центр комплексной реабилитации инвалидов» (психолог, специалист по коммуникации, дефектолог, инструктор по адаптивной физической культуре) начали проводить выездные консультации на базе ГБУЗ Пермского края «Детская клиническая больница № 13», обрабатывать заполненные диагностические анкеты, предоставлять информацию о деятельности Служб ранней помощи в Пермском крае и порядке получения данных услуг. Преемственность в выявлении детей целевых групп позже стали обеспечивать специалисты отделения катамнеза Краевого перинатального центра ГБУЗ ПК «Ордена Знак Почёта» Пермская краевая клиническая больница». Службы ранней помощи, открытые на базе учреждений системы образования (детские сады, лекотеки, центр психолого-медико-социального сопровождения), также заняли свою нишу в оказании услуг ранней помощи в тех территориях Пермского края, где нет служб ранней помощи системы здравоохранения или реабилитационных центров, которые также выполняют функцию как образовательные организации, принимающие детей целевых групп, завершивших программы ранней помощи.

В итоге следующим этапом развития межведомственного взаимодействия стало закрепление складывающейся модели на основе соответствующих Приказов Минтруда России, включение в систему организаций (из сферы



социальной защиты), предоставляющих услуги по социальному сопровождению семей, находящихся в трудной жизненной ситуации, социальных участков.

Сегодня при взаимодействии трех ведомств решаются принципиальные вопросы административного и законодательного характера: обеспечение методической поддержки развития системы ранней помощи со стороны Минтруда России, создание и расширение сети поставщиков ранней помощи, применяющих единые подходы к оказанию услуг ранней помощи, разработка и обеспечение функционирования механизма выявления и маршрутизации детей и семей, нуждающихся в услугах ранней помощи в контексте работы всех трех ведомств, и др.

С целью эффективной организации и координации взаимодействия исполнительных органов власти Пермского края, а также подведомственных им учреждений и организаций, других участников межведомственного взаимодействия по вопросам оказания услуг ранней помощи детям и их семьям в Пермском крае был разработан и принят «Порядок межведомственного взаимодействия по ранней помощи детям-инвалидам, детям с ограниченными возможностями здоровья и их семьям» (далее - Порядок). Настоящий Порядок содержит Регламент взаимодействия организаций, участвующих в реализации услуг ранней помощи, который определяет механизмы выявления и учета детей и их семей, нуждающихся в услугах ранней помощи, направления ребёнка и семьи в организации, предоставля-

ющие услуги ранней помощи. Координатором межведомственного взаимодействия в сфере оказания услуг ранней помощи, согласно Порядку, в Пермском крае является Министерство социального развития Пермского края. С целью осуществления координационной, информационно-методической, статистической, аналитической, экспертной функций, организации деятельности по подготовке (переподготовке) и аттестации специалистов ранней помощи в Пермском крае создан Краевой ресурсно-методический центр по организации межведомственного взаимодействия по вопросам комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и службы ранней помощи.

Несмотря на то, что на сегодняшний день в Пермском крае существует модель организации межведомственного взаимодействия, утвержден механизм её реализации, существуют проблемные вопросы и барьеры, которые препятствуют развитию ранней помощи в регионе. К основным можно отнести:

- отсутствие федерального законодательства в сфере ранней помощи;
- отсутствие единого правового акта по вопросам ранней помощи на региональном уровне;
- нормы Федерального закона «О персональных данных», не позволяющие реализовывать механизмы обмена информацией о получателях услуг ранней помощи между ведомствами;
- отсутствие системы нормирования и оплаты (финансирования) услуг ранней помощи.





БРОННИКОВ В.А., ГРИГОРЬЕВА М.И.

МЕЖВЕДОМСТВЕННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ В СИСТЕМЕ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В ПЕРМСКОМ КРАЕ: ОПЫТ РАЗВИТИЯ МОДЕЛИ

*ГБУ Пермского края «Центр комплексной реабилитации инвалидов»,
г. Пермь, Россия*

В 2017-2018 годах в Пермском крае был реализован федеральный Пилотный проект по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов. Одной из задач Пилотного проекта стало выстраивание системы межведомственного взаимодействия по вопросам комплексной реабилитации.

Межведомственное взаимодействие между элементами системы комплексной реабилитации выстраивалось постепенно.

Так изначально была апробирована модель межведомственного взаимодействия районных межведомственных комиссий по формированию реабилитационного маршрута детей-инвалидов на основе Соглашения, между Министерством здравоохранения и Министерством социального развития Пермского края. В соответствии с Соглашением в отношении детей, впервые признанных инвалидами, на базе учреждений здравоохранения с установленной периодичностью организуется работа комиссий в составе представителей районных учреждений здравоохранения, территориальных управлений Министерства социального развития и реабилитационных центров, которые обсуждают реабилитационный маршрут ребенка, корректируют его при необходимости.

Ответственные лица Министерства образования и науки и Министерства физической культуры и спорта Пермского края проверяют наличие выписок из ИПРА, собирают социальный анамнез на детей-инвалидов, назначают специалиста для участия в работе комиссии.

На заседании районной межведомственной социальной комиссии проводится разработка социального маршрута на каждого ребёнка-инвалида с учетом результатов районной межведомственной медико-социальной комиссии.

После проведения заседания комиссии со-

циальный участковый территориального управления Министерства социального развития:

- подготавливает учетную карточку ребёнка-инвалида на получение услуг по социокультурной реабилитации и услуг, оказываемых некоммерческой организацией (НКО);
- согласовывает социальный маршрут ребёнка-инвалида с его законным представителем;
- предоставляет законному представителю ребёнка-инвалида информацию о поставщиках услуг по социокультурной реабилитации, об НКО, оказывающих услуги детям-инвалидам.

Следующий этап – реализация социального маршрута соответствующими исполнителями. Информация об исполнении мероприятий предоставляется социальным участковым, а после внедрения единой информационной системы – заносится в неё.

Положительные результаты апробации данного механизма планируется использовать при организации формирования социального маршрута для совершеннолетних инвалидов; на данный момент соответствующий пакет документов находится в процессе разработки.

В ходе реализации Пилотного проекта в Пермском крае была внедрена новая форма межведомственного взаимодействия в сфере содействия в трудоустройстве выпускников-инвалидов, обучающихся в профессиональных образовательных организациях Пермского края. В рамках организации взаимодействия был разработан Регламент межведомственного взаимодействия по содействию в трудоустройстве выпускников-инвалидов, обучающихся в профессиональных образовательных организациях Пермского края; заключено Соглашение о сотрудничестве по проведению мероприятий, направленных на обеспечение пре-



емственности дополнительного образования и профессионального образования инвалидов, с последующей организацией трудоустройства инвалидов по профессиям (специальностям) в соответствии с Регламентом, между Министерством социального развития, Министерством образования и науки Пермского края и Агентством по занятости населения Пермского края; разработан Алгоритм межведомственного взаимодействия по организации профориентационной работы с учащимися старших классов, имеющими инвалидность, на пилотных территориях в 2018 году. Пилотными площадками определены: Осинский и Еловский муниципальные районы, ГКБОУ «Школа-интернат для детей с нарушением слуха и речи», ГБОУ Пермского края «Школа-интернат для детей с нарушением зрения»; разработана блок-схема межведомственного взаимодействия по содействию в трудоустройстве выпускников-инвалидов.

Отдельным направлением межведомственного взаимодействия стало выстраивание связей с системой адаптивной физической культуры (АФК) и спорта, для чего в регионе были разработаны схемы межведомственного взаимодействия Министерства физической культуры и спорта, Министерства социального развития, Министерства здравоохранения и Министерства образования и науки Пермского края и маршрутизации инвалида при получе-

нии услуг по АФК и спорту. Для включения в ИПРА рекомендуемых видов занятий адаптивной физической культурой и спортом инвалиду необходимо обратиться в поликлинику по месту жительства; с полученной от врачей справкой, в которой отражены рекомендуемые виды занятий АФК, инвалид обращается в бюро МСЭ, где вносится соответствующая запись в ИПРА.

По итогам реализации Пилотного проекта в Пермском крае в соответствии с Приказом Минтруда России от 29.09.2017 № 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» и Приказом Минтруда России от 27.09.2017 № 701 «Об утверждении примерного порядка организации межведомственного взаимодействия организаций, предоставляющих реабилитационные услуги, обеспечивающего формирование системы комплексной реабилитации инвалидов, раннюю помощь, преемственность в работе с инвалидами, в том числе детьми-инвалидами, и их сопровождение» разработан порядок межведомственного взаимодействия по вопросам комплексной реабилитации с использованием Единой информационной системы «Реабилитация».





БРОННИКОВ В.А., ГРИГОРЬЕВА М.И., СКЛЯННАЯ К.А.

СТАНДАРТИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ УСЛУГ: ОПЫТ ПЕРМСКОГО КРАЯ

*ГБУ Пермского края «Центр комплексной реабилитации инвалидов»,
г. Пермь, Россия*

В 2017 году экспертной группой были изучены и проанализированы представленные Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации методические рекомендации и стандарты (в том числе – рекомендации для составления стандартов) по организации основных направлений реабилитации и абилитации инвалидов, детей-инвалидов.

По результатам проведенного анализа на заседании рабочей группы было принято решение разработать на основе представленных Минтрудом России методических материалов, а также действующего в Пермском крае Стандарта оказания реабилитационных услуг следующие документы:

- Стандарт оказания услуг по медико-социальной реабилитации инвалидам с ментальными нарушениями;
- Стандарт оказания услуг по медико-социальной реабилитации инвалидам с двигательными нарушениями;
- Стандарт оказания услуг по медико-социальной реабилитации инвалидам с сенсорными нарушениями;
- Стандарт оказания услуг по медико-социальной реабилитации детям-инвалидам с ментальными нарушениями;
- Стандарт оказания услуг по медико-социальной реабилитации детям-инвалидам с двигательными нарушениями;
- Стандарт оказания услуг по медико-социальной реабилитации детям-инвалидам с сенсорными нарушениями.

В 2018 г. Министерством социального развития Пермского края на базе КГАУ «Центр комплексной реабилитации инвалидов» проводилась апробация разработанных в 2017 г. стандартов по организации основных направлений реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, включая социокультурную реабилитацию.

Апробация Стандартов для взрослых ин-

валидов проходила на базе Отделения медико-социальной реабилитации Свердловского района г. Перми КГАУ «Центр комплексной реабилитации инвалидов». Для апробации были выбраны две группы пациентов с преобладающими ментальными (25 человек) или двигательными (21 человек) нарушениями; установленный диагноз «Острое нарушение мозгового кровообращения» по ишемическому или геморрагическому типу; установленный диагноз «Черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга средней/тяжелой степени»; давность перенесенного инсульта/травмы не менее 6 месяцев.

Апробация стандартов для детей проводилась на базе отделения медико-социальной реабилитации Индустриального района г. Перми КГАУ «Центр комплексной реабилитации инвалидов». Для апробации были выбраны две группы детей с ментальными и двигательными нарушениями (по 20 человек каждая), пациенты обоего пола от 3 до 17 лет; установленный диагноз «ДЦП в поздней резидуальной стадии» в гемипаретической форме или форме спастической диплегии и двойной гемиплегии; установленный диагноз «Синдром Дауна», «Ранний детский аутизм» и «ГДС».

В течение февраля-мая 2018 года был организован процесс реабилитации инвалидов в соответствии с апробируемыми Стандартами, проводился мониторинг процесса.

Апробация Стандартов включала в себя:

- проведение организационно-обучающего семинара для специалистов реабилитационных учреждений по применению Стандартов (был проведен в январе 2018 г.);
- применение Стандартов специалистами, оценку процесса применения Стандартов;
- оценку Стандартов специалистами;
- оценку клиентами реабилитационных центров процесса получения реабилитационных услуг с применением Стандартов;
- оценку эффективности реабилитационно-



го процесса в соответствии с измерительными шкалами.

Стандарты оказания услуг взрослым и детям с ментальными и двигательными нарушениями прошли апробацию, с сенсорными нарушениями – разработаны в текстовом виде, апробация данных Стандартов не проводилась в виду недостаточного количества представителей целевых групп.

В течение февраля-мая 2018 года был организован процесс реабилитации инвалидов по основным направлениям в соответствии с апробируемыми Стандартами, проводился мониторинг процесса.

Была проведена оценка Стандартов специалистами, они сочли документы удобными и возможными для использования, отметили наличие соответствующего оборудования для проведения реабилитационных мероприятий, соответствие рекомендуемых методов и методик имеющимся реабилитационным ресурсам организаций.

Результаты диагностики экспериментальных групп показали, что в группе инвалидов

с двигательными нарушениями (21 человек) у 81 % наблюдалось улучшение функций (силы, тонуса мышц и т.д.), у 86 % – улучшение активности (повышение способности к самообслуживанию). В группе инвалидов с ментальными нарушениями (25 человек) у 85 % наблюдалось улучшение когнитивных функций, у 78 % – повышение активности (улучшение речи).

По результатам оценки использования Стандартов специалистами было выявлено, что разработанные Стандарты содержат необходимую информацию в полном объеме, они доступны и удобны для использования, содержат необходимое количество эффективных диагностических и реабилитационных методик. Специалисты отметили логичность изложения информации в Стандартах, достаточное количество реабилитационных услуг для клиентов в течение курса, а также наличие необходимого оборудования для проведения реабилитационных мероприятий.





ВАСИЛЬЧЕНКО Е.М.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НОВОКУЗНЕЦКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ЦЕНТРА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр
медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов»
Минтруда России, г. Новокузнецк, Россия*

Важность совершенствования системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, определена в Постановлении Правительства РФ от 29.03.2019 № 363 «Об утверждении Государственной программы Российской Федерации «Доступная среда».

Реализация подпрограммы осуществляется на основе апробации и внедрения методических, методологических, технических, нормативных документов, направленных на формирование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов.

Проблемы методического обеспечения межведомственного взаимодействия по вопросам реабилитации инвалидов, оценки выраженности нарушений функционирования, активности и участия у инвалидов, оказания услуг по комплексной реабилитации инвалидов, первичному протезированию являются актуальной проблемой.

В 2019 г. ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России (далее – Центр) определен как методический центр по вопросам формирования и развития системы комплексной реабилитации (наряду с двумя другими научными организациями, подведомственными Минтруда России).

Традиционные направления деятельности Центра связаны с реабилитацией инвалидов с последствиями позвоночно-спинномозговой травмы, с заболеваниями периферических артерий и нервов, инвалидов с утратой конечности. Сформированы два достаточно разных госпитальных контингента пациентов Центра:

- инвалиды со спинальной травмой – преимущественно лица молодого возраста, инвалиды I группы, колясочники, с относительно

высокой социальной активностью;

- пациенты с культями конечности – преимущественно люди 60 лет и старше, с тяжелой сопутствующей патологией, с относительно низкой социальной активностью.

Данные потоки пациентов требуют разных методических подходов к реабилитации и разной инфраструктуры.

Вполне очевидно, именно этот контингент является объектом исследования с целью формирования научно-обоснованных методических пакетов по разным аспектам комплексной реабилитации инвалидов.

В последние годы сформировались следующие научно-методические направления деятельности в ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России:

1) Подготовка инструментов измерения. Культурно-языковая адаптация опросников и шкал, используемых в международной практике реабилитации.

2) Разработка технологий медицинской реабилитации инвалидов с ТБСМ в зависимости от значимого нарушения функции.

3) Формирование пакета методов по социально-бытовой адаптации, восстановлению мобильности для инвалидов с нарушением функции опоры и движения на основе саногенеза с учетом лучших международных и отечественных практик.

4) Разработка методологий психосоциальной адаптации инвалидов с ТБСМ.

5) Формирование методических и организационных подходов в работе с членами семьи инвалидов.

6) Исследование значения социальных факторов в подборе технических средств реабилитации.

7) Обоснование и апробация системы вза-



имодействия учреждений разной ведомственной принадлежности по вопросу реабилитации инвалидов.

Проекты:

- Культурно-языковая адаптация опросников: измеритель независимости при повреждениях спинного мозга (SCIM-III) – предназначен для оценки нарушений жизнедеятельности для пациентов с травматической болезнью спинного мозга; опросник оценки социального и профессионального статуса инвалида (WORQ).

- Wheelchair Skills Workshop – программа по обучению инвалидов навыкам пользования креслом-коляской.

- Программа по автоматизации процесса подбора кресла-коляски «ТСР: кресла-коляски».

- Школа по обучению использованию технических средств реабилитации у пациентов с нарушением функции тазовых органов (для инвалидов и членов их семей).

- Регистр ампутаций конечности в Кемеровской области.

- Регистр пациентов с позвоночно-спинно-мозговой травмой в Кемеровской области (находится в стадии разработки).

- Международное исследование социальных проблем и вопросов, связанных со здоровьем при повреждениях спинного мозга (InSCI).

Наши партнеры:

- ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта» Минтруда России.

- ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Минтруда России.

- Департамент социальной защиты населения Кемеровской области.

- Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области.

- Государственное учреждение – Кузбасское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации.

- Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Кемеровской области.

- Вермонтский университет (США), Параплегический центр в Швейцарии (Ноттвиль, Швейцария) – Р. Эскорпизо, доктор физиотерапии, исследователь.

- Клиника Санкт Пирминсберг, Санкт-Галлен (Швейцария) – П. Птюшкин, кандидат медицинских наук, врач-психиатр.

- Университет Далхаузи, г. Галифакс, Новая Шотландия (Канада) – Р. Ли Кирби, врач, член Королевского терапевтического колледжа Канады, профессор; Ш. Смит, бакалавр оккупационной терапии, магистр кинезиологии, оккупационный терапевт, доцент.

- Университет Яна Евангелисты Пуркине в Усти-над-Лабем (Чешская Республика) – И. Вотава, кандидат наук, доцент.

- Варшавский медицинский университет, Варшава (Республика Польша) – П. Тедерко, доктор медицинских наук.

Разработка, апробация и внедрение новых медицинских, социальных технологий позволяет достигать более высокого уровня адаптации инвалидов с нарушением функции опоры и движения и повышения качества их жизни.





ВЛАДИМИРОВА О.Н., РОЖКО К.Н., ГЛАДШТЕЙН В.А.

ЦЕЛИ УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЁННЫХ НАЦИЙ В КОНТЕКСТЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ И ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ

*ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации
инвалидов им. Г.А. Альбрехта» Минтруда России,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Введение. Организацией Объединённых Наций в 2015 году была принята Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года [1], которая вступила в силу с 01.01.2016 г. Устойчивое развитие определяется как развитие, отвечающее потребностям нынешнего поколения без ущерба для возможностей будущих поколений удовлетворять их собственные потребности [2]. Предусмотрено 17 целей и 169 задач. В течение предстоящих 15 лет государствам рекомендовано предпринимать усилия, направленные в том числе на борьбу с неравенством и «обеспечением того, чтобы никто не был забыт» [1].

Материал и методы. Информационно-аналитические документы ООН за 2015-2019 годы проанализированы с познавательной и прагматической целью для определения направлений развития международной политики реабилитации и абилитации инвалидов и формирования национальной системы статистического учета.

Результаты. Восемь целей устойчивого развития могут быть трактованы в отношении решения задач комплексной реабилитации инвалидов и в целом соблюдения прав данной целевой группы: организация социальной защиты на уровне страны (цель 1); здоровье, профилактика инвалидности, медицинская реабилитация (цель 3); инклюзивное образование (цель 4); занятость (цель 8); соблюдение прав инвалидов (цель 10); доступная среда жизнедеятельности для маломобильных групп населения (цель 11); реабилитация в государственных учреждениях (цель 16); создание системы реабилитации, в том числе последовательность политики и деятельности учреждений, партнерство, мониторинг (цель 17).

В документах ООН подчеркивается, что во всем мире были существенно расшире-

ны программы социальной защиты, но при этом у инвалидов вероятность возникновения чрезвычайно высоких расходов на медицинское обслуживание в пять раз выше средней. Проблема неравенства до сих пор сохраняется: наблюдаются большие различия в уровне доступа к медицинским и образовательным услугам, а также к иным производственным активам [3].

Документы ООН предлагают новый принцип сбора данных в области устойчивого развития – принцип дезагрегированных данных: «чтобы никто не был забыт». Показатели должны приводиться, когда это уместно, в разбивке по уровню дохода, полу, возрасту, расе, этнической принадлежности, миграционному статусу, инвалидности, месту проживания и другим признакам в соответствии с основополагающими принципами официальной статистики (резолюция 68/261 Генеральной Ассамблеи ООН).

ООН рекомендует к 2030 г. достичь следующих целей устойчивого развития (в контексте развития реабилитации инвалидов):

- внедрить на национальном уровне надлежające системы и меры социальной защиты для всех, включая установление минимальных уровней, и к 2030 г. достижение существенного охвата бедных и уязвимых слоев населения (цель 1.3);

- обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения, в том числе защиту от финансовых рисков, доступ к качественным основным медико-санитарным услугам и доступ к безопасным, эффективным, качественным и недорогим основным лекарственным средствам и вакцинам для всех (цель 3.8);

- оказывать содействие исследованиям и разработкам вакцин и лекарственных препаратов для лечения инфекционных и неинфек-



ционных болезней, которые в первую очередь затрагивают развивающиеся страны, обеспечивать доступность недорогих основных лекарственных средств и вакцин в соответствии с Дохинской декларацией «Соглашение по ТРИПС и общественное здравоохранение» (цель 3.b);

- наращивать потенциал всех стран, особенно развивающихся, в области раннего предупреждения, снижения рисков и регулирования национальных и глобальных рисков для здоровья (цель 3.d);

- ликвидировать гендерное неравенство в сфере образования и обеспечить равный доступ к образованию и профессионально-технической подготовке всех уровней для уязвимых групп населения, в том числе инвалидов, представителей коренных народов и детей, находящихся в уязвимом положении (цель 4.5);

- создать и совершенствовать учебные заведения, учитывающие интересы детей, особые нужды инвалидов и гендерные аспекты, и обеспечить безопасную, свободную от насилия и социальных барьеров и эффективную среду обучения для всех (цель 4.a);

- обеспечить полную и производительную занятость и достойную работу для всех женщин и мужчин, в том числе молодых людей и инвалидов, и равную оплату за труд равной ценности (цель 8.5);

- поддержать законодательным путем и поощрением активное участие всех людей в социальной, экономической и политической жизни независимо от их возраста, пола, инвалидности, расы, этнической принадлежности, происхождения, религии и экономического или иного статуса (цель 10.2);

- обеспечить, чтобы все могли пользоваться безопасными, недорогими, доступными и экологически устойчивыми транспортными системами на основе повышения безопасности дорожного движения, в частности расширения использования общественного транспорта, уделяя особое внимание нуждам тех, кто находится в уязвимом положении, женщин, детей, инвалидов и пожилых лиц (цель 11.2);

- обеспечить всеобщий доступ к безопасным, доступным и открытым для всех зеленым зонам и общественным местам, особенно для женщин и детей, пожилых людей и инвалидов

(цель 11.7);

- обеспечить ответственное принятие решений репрезентативными органами на всех уровнях с участием всех слоев общества (цель 16.7);

- усилить поддержку, чтобы значительно повысить доступность высококачественных, актуальных и достоверных данных, дезагрегированных по уровню доходов, гендерной принадлежности, возрасту, расе, национальной, миграционному статусу, инвалидности, географическому местонахождению и другим характеристикам, значимым с учетом национальных условий (цель 17.18).

Для достижения целей в области устойчивого развития Межучрежденческой группой экспертов ООН были разработаны соответствующие показатели [4].

Заключение. При развитии национальной политики в сфере реабилитации и абилитации инвалидов следует учитывать цели устойчивого развития. Необходимо совершенствовать национальную систему статистического учета с позиций макропоказателей, рекомендованных экспертами ООН.

Список литературы.

1. Организация Объединенных Наций. Резолюция, принятая Генеральной Ассамблеей 25 сентября 2015 года № A/RES/70/1 «Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года» URL: <https://undocs.org/ru/A/RES/70/1> (дата обращения 06.08.2019).

2. Организация Объединенных Наций. Повестка дня в области устойчивого развития URL: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/ru/about/development-agenda/> (дата обращения 06.08.2019).

3. Организация Объединенных Наций. Цель 10: Сокращение неравенства внутри стран и между ними URL: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/ru/inequality/> (дата обращения 06.08.2019).

4. Организация Объединенных Наций. Доклад Межучрежденческой группы экспертов по показателям достижения целей в области устойчивого развития URL: <https://unstats.un.org/unsd/statcom/47th-session/documents/2016-2-SDGs-Rev1-r.pdf> (дата обращения 06.08.2019)





ГОРДЕЕВА А.А., ДАВЫДОВ А.Т.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ВЕРСИИ САЙТА ДЛЯ СЛАБОВИДЯЩИХ С КЛИЕНТООРИЕНТИРОВАННЫМ ПОДХОДОМ В СООТВЕТСТВИИ С ТРЕБОВАНИЯМИ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

*ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации
инвалидов им. Г.А. Альбрехта» Минтруда России,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Аннотация. В данной работе представлен сравнительный анализ нормативно-правовых актов, регламентирующих требования к версии сайтов для слабовидящих в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.

Правильная организация работы версии сайта для слабовидящих является одним из механизмов реализации клиентоориентированного подхода.

Введение. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в мире 45 млн человек лишены зрения и еще 135 млн страдают различными дефектами зрения. По имеющимся прогнозам число слепых людей на нашей планете к 2020 г. увеличится до 75 млн человек, а слабовидящих – до 200 млн человек.

В России заболеваемость патологией органа зрения составляет около 11 тыс. человек на 100 тыс. населения. С 1 января 2016 года статья 10 № 8-ФЗ предписывает государственным и местным органам, деятельность которых находит отражение в сети Интернет, размещать все материалы на страницах сайта для слабовидящих. Кроме того, закон № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов» в статье 3.1 устанавливает правило о недопущении ущемления прав граждан по признаку инвалидности.

Целью исследования явилась организация работы версии сайта для слабовидящих с клиентоориентированным подходом в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.

Материал и методы. Материалом исследования послужила совокупная оценка действу-

ющих нормативно-правовых актов и стандартов, регламентирующих требования к версии сайтов для слабовидящих в соответствии с рекомендациями законодательства Российской Федерации.

Результаты. В 1996 году был создан World Wide Web Consortium (W3C), на котором был предложен технический концепт для улучшения доступности Интернет-информации для полноценного использования людьми с нарушениями зрения.

В 2019 году основными стандартами были определены: международный стандарт WCAG2.0 для пользователей с различными ограничениями здоровья (в том числе, зрения) и российский национальный стандарт доступности веб-ресурсов для инвалидов по зрению – ГОСТ Р 52872-2012.

Оба стандарта были разработаны с учетом потребности слабовидящих людей, что также может существенно повысить комфортность работы с сайтами для людей без нарушения зрения, но с высокой нагрузкой, например, для офисных работников с длительными и постоянными зрительными нагрузками.

Заключение. В результате исследования основными требованиями к сайтам для слабовидящих с учетом клиентоориентированного подхода как международного стандарта, так и российского ГОСТа, оказались следующие:

- воспринимаемость;
- управляемость;
- понятность;
- надежность.

Очевидно, что организация работы версии сайта для слабовидящих – это не только исполнение требований законов, но и значительная



часть работы маркетолога при осуществлении клиентоориентированного подхода.

Список нормативно правовых актов при организации работы версии сайта для слабовидящих с клиентоориентированным подходом представляется следующим:

1. Федеральный закон от 28.01.2009 № 8 «Об обеспечении доступа к информации о деятельности государственных органов и органов местного самоуправления».

2. Федеральный закон от 24.11.1995 № 181 «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

3. Федеральный закон от 01.12.2014 № 419-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией конвенции о правах инвалидов».

4. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

5. ГОСТ Р 52872-2012 «Интернет-ресурсы. Требования доступности для инвалидов по зрению».

6. Международный стандарт WCAG2.0.





КОПЫТОК А.В.

ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

*ГУ «Республиканский научно-практический центр
медицинской экспертизы и реабилитации»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Введение. Важнейшей задачей здравоохранения в условиях современной демографической ситуации является сохранение и преумножение трудовых ресурсов страны путем снижения инвалидизации населения и потерь общества от временной нетрудоспособности и инвалидности. Одно из важных направлений решения данной задачи – развитие медицинской реабилитации (МР). Медицинская реабилитация показана детям и взрослым, у которых нарушение здоровья создает потенциальную или реальную угрозу снижения качества жизни, нарушает социальный, семейный и профессиональный статус пациента, приводит к зависимости или делает невозможным нормальное воспитание, обучение и социальную интеграцию ребенка. Основной целью МР является преодоление уже возникших ограничений жизнедеятельности, частичное или полное восстановление утраченных или сниженных способностей, в том числе к трудовой деятельности.

Цель. Изучить организацию и проведение МР в Республике Беларусь.

Материал и методы. Анализировались законодательные и нормативные документы, регламентирующие проведение МР в организациях здравоохранения, организационная структура оказания медицинской реабилитации.

Результаты. В Республике Беларусь проведение МР осуществляется в соответствии с Законами Республики Беларусь «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь» и «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов». МР оказывается организациями здравоохранения (в том числе ведомственными) и государственными медицинскими научными организациями в форме плановой медицинской помощи на этапе оказания первичной, специализированной и (или)

высокотехнологичной медицинской помощи. В республике создана этапная система МР, включающая: стационарный лечебно-реабилитационный этап, стационарный этап ранней медицинской реабилитации, амбулаторно-поликлинический этап, домашний этап медицинской реабилитации, этап повторной стационарной медицинской реабилитации. Оказание МР проводится в соответствии с утверждаемыми Министерством здравоохранения Республики Беларусь клиническими протоколами, методами, порядками оказания МР, инструктивными и методическими документами.

Организация и проведение МР в Республике Беларусь регламентированы приказами Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10.12.2014 № 1300 «О порядке оказания медицинской реабилитации в амбулаторных, стационарных условиях, в условиях дневного пребывания, а также вне организаций здравоохранения» и от 31.01.2018 № 65 «О порядке организации и проведения медицинской реабилитации пациентов в возрасте до 18 лет». Данными документами закреплены порядок оказания МР в амбулаторных, стационарных условиях, в условиях дневного пребывания, а также вне организаций здравоохранения, в том числе определен четкий «маршрут» пациента в зависимости от степени выраженности функциональных нарушений, обеспечивающий непрерывность, преемственность, комплексность и индивидуальный подход при оказании реабилитационной помощи пациенту; медицинские показания и противопоказания для проведения МР с акцентом на расширение показаний для пациентов с выраженными и резко выраженными функциональными нарушениями в раннем восстановительном периоде МР; разработаны учетные формы медицинских документов, условия и порядок их заполнения специалистами, осуществляющими МР.



На сегодняшний день в Республике Беларусь во всех ее регионах развита и четко функционирует служба МР, представленная на всех уровнях: межрайонном, городском, областном и республиканском, стационарными и амбулаторно-поликлиническими отделениями медицинской реабилитации, как для взрослого, так и для детского населения.

По состоянию на 31.12.2018 г. в республике функционирует 318 отделений МР (с учетом отделений республиканских учреждений МР). Медицинская реабилитация в стационарных условиях взрослому населению осуществляется в 59 отделениях МР (2762 койки), детскому – в 37 (1952 койки). В структуре коечного фонда отделений МР для взрослого населения 40,4 % составляют койки для пациентов с неврологической патологией, 26,9 % – с кардиологической и кардиохирургической, 20,8 % – с ортопедотравматологической, 7,4 % – с онкологической патологией, 4,5 % – с терапевтической.

В стационарных отделениях МР для детского населения койки психоневрологического профиля составляют 29,3 %, пульмонологического – 21,7 %, ортопедотравматологического – 16,4 %, кардиологического – 13,6 %, нефрологического – 6,4 %, гастроэнтерологического – 3,6 % и так далее.

Медицинская реабилитация пациентам в амбулаторно-поликлинических условиях оказывается в 222 отделениях: 49 отделений для детского населения и 173 – для взрослого населения.

В 2018 г. в стационарных и амбулаторно-поликлинических отделениях (включая стационарные отделения центров) МР оказана 1887904 пациентам, из них 153550 инвалидам.

Закключение. В Республике Беларусь создана и успешно функционирует служба МР, представленная на всех уровнях: межрайонном, городском, областном и республиканском, стационарными и амбулаторно-поликлиническими отделениями медицинской реабилитации, как для взрослого, так и для детского населения. Организация и проведение МР регламентированы нормативными правовыми актами, определяющими уровни оказания медицинской реабилитации, этапы ее проведения; порядок направления пациентов на этапы МР; порядок оказания МР в стационарных, амбулаторных условиях, в условиях дневного пребывания, а также вне организаций здравоохранения.





КРАМЕР И.В., ВАСИЛЬЧЕНКО Е.М.

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ДОСТУПНОСТИ ОБЪЕКТОВ И УСЛУГ ДЛЯ МАЛОМОБИЛЬНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ СУБЪЕКТОВ СИБИРСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России,
г. Новокузнецк, Россия*

Введение. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья трактуется, что основная «проблема» ограничения жизнедеятельности заключается «в окружающей среде с ее барьерами или с отсутствием облегчающих факторов, в снижении потенциальной способности непосредственно самого индивида или в комбинации названных факторов».

Государства, ратифицирующие Конвенцию на своих территориях, принимают на себя ряд обязательств по обеспечению доступности, формирующейся из доступности объектов и доступности услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов.

Основным требованием к государственной политике субъектов Российской Федерации является обеспечение на территории субъектов Российской Федерации реализации мероприятий, направленных на устранение существующих препятствий и барьеров, обеспечение доступности реабилитации и абилитации для инвалидов, в том числе детей-инвалидов.

Цель исследования: для обоснования системы мероприятий по повышению доступности реабилитационных услуг для инвалидов с позвоночно-спинномозговой травмой получить экспертную оценку доступности объектов и услуг для граждан с ограниченными возможностями здоровья.

Материал и методы. Проведено специализированное выборочное анкетирование (экспертный опрос) по теме «Экспертная оценка доступности объектов и услуг для маломобильных групп населения» (далее – экспертная оценка).

Нами было предложено анкетирование семи субъектам Сибирского федерального округа (СФО): Республика Алтай, Алтайский край, Красноярский край, Иркутская, Ново-

сибирская, Томская, Омская области (далее – субъекты-участники).

По итогам 2017 года уровень первичной инвалидности в субъектах-участниках наблюдался от 35,7 в Томской области до 75,0 в Иркутской области на 10 тыс. взрослого населения. В районе Алтая – один из самых высоких в РФ уровень взрослой инвалидности (первое в республиках Северного Кавказа, затем район Алтая, далее Оренбургская область (Т.М. Малева, 2017).

Для нас было важным получить представление региональных правительств субъектов-участников об уровне доступности объектов и услуг для маломобильных групп населения, в том числе для инвалидов с позвоночно-спинномозговой травмой, на подведомственных территориях.

Экспертная оценка проводилась заочно. Были направлены соответствующие письма с анкетой профильным заместителям губернаторов субъектов, отвечающим за социальную сферу. В результате в исследовании приняли участие шесть субъектов: Республика Алтай, Алтайский край, Красноярский край, Иркутская, Новосибирская и Томская области. Омская область отказалась от участия.

Для анкетирования предложены вопросы закрытого типа в прямой форме.

Для обработки данных использовались процентные показатели, относительные показатели и мода исследуемых величин.

Исследование включало в себя два раздела: экспертная оценка доступности объектов для маломобильных групп населения и экспертная оценка доступности услуг для маломобильных групп населения.

В разделе «Экспертная оценка доступности объектов для маломобильных групп населения» изучалась доступность объектов



общественных мест (например, парки, здания), объектов в сфере социальной защиты и здравоохранения, органов службы занятости, в сфере культуры, физической культуры и спорта, адаптированность транспортных условий для передвижений на длинные дистанции (возможность пользования общественным транспортом: автобусы, троллейбусы большой и средней вместимости с установленными аппарелями и оборудованными местами для маломобильных граждан и пассажиров с колясками), адаптированность транспортных условий для передвижений в пределах города с помощью социального такси. Из всех приоритетных сфер жизнедеятельности в исследовании не вошли вопросы из сферы образования, так как данная сфера находится за пределами области проводимого исследования. Оценка предлагалась: «неудовлетворительная», «низкая», «удовлетворительная».

Двадцать два вопроса второго раздела исследования «Экспертная оценка доступности услуг для маломобильных групп населения» дают представление о состоянии доступности по шести позициям:

1) Оказание информационно-справочной поддержки гражданам по вопросам инвалидности, социальной защиты, медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов. Оценка предлагалась: «да», «нет», «отсутствует», «частичная», «полная».

2) Предоставление МФЦ по принципу «одного окна» услуг по приёму от граждан заявлений в целях получения государственной услуги по обеспечению инвалидов техническими средствами реабилитации (ТСР). Оценка предлагалась: «да», «нет».

3) Система комплексной реабилитации и абилитации инвалидов. Оценка предлагалась: «да», «нет», «частично», «отсутствует», «достаточно».

4) Наличие специализированных центров реабилитации для людей с повреждением спинного мозга. Оценка предлагалась: «отсутствует», «есть хотя бы один».

5) Социальное и медицинское обслуживание инвалидов, обеспечение инвалидов льготными лекарствами и ТСР. Варианты оценки: «неудовлетворительное», «удовлетворительное», «отсутствуют», «проводятся или проведены подготовительные работы», «реализуются», «низкое», «достаточное».

6) Участие инвалидов в социуме, в том числе занятые инвалиды трудоспособного возраста, отношение населения к инвалидам. Оценка предлагалась: «низкий», «средний», «достаточный», «отсутствуют», «крайне низкий», «негативное», «безразличное», «сочувственное».

Результаты. Исследование показало яркую картину неравенства возможностей осуществления полноценной социальной жизни и комплексной реабилитации для маломобильных групп населения на территориях шести субъектов СФО.

Кроме того, по результатам исследования возможно сформировать предложения для каждого субъекта-участника по разработке стратегии по улучшению положения маломобильных групп населения, хотя это не является целью данного исследования.

Заключение. Существующие неравенства возможностей полноценной комплексной реабилитации делает крайне необходимым не только необходимость разработки комплекса мероприятий по повышению доступности реабилитационных услуг для инвалидов с позвоночно-спинномозговой травмой, как наиболее уязвимой части маломобильных инвалидов, но и осуществление мониторинга за его реализацией.





МАРЦИЯШ А.А., КОЛМЫКОВА Е.В.

ПОДГОТОВКА КАДРОВ ПО ФИЗИЧЕСКОЙ И РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЕ В КЕМЕРОВСКОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

*ФГБОУ ВО Кемеровский государственный
медицинский университет Минздрава России,
г. Кемерово, Россия*

В государственной политике развития отечественного медицинского здравоохранения произошли серьезные перемены, которые привели к изменению профиля, а также структуры некоторых клинических специальностей. Федеральным законом от 23.11.2011 № 323-ФЗ в структуре медицинской помощи были выделены самостоятельные виды – медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение. В принятую Распоряжением Правительства РФ от 24.12.2012 № 2511-р Государственную программу «Развитие здравоохранения» были включены подпрограммы по медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению.

На рубеже XX-XXI вв. идеи реабилитации получили широкое распространение в Европе, были созданы научные медицинские общества по исследованиям в области реабилитации. Сформировалась новая медицинская дисциплина – физическая и реабилитационная медицина, была определена стратегия ее развития.

В Кемеровском медицинском университете дисциплина «медицинская реабилитация» преподается на лечебном, педиатрическом, медико-профилактическом и стоматологическом факультетах, а также на факультете высшего сестринского образования. Клинической базой кафедры медицинской реабилитации является Центр медицинской реабилитации (ГАУЗ КО «Кемеровская городская клиническая больница № 1 им. М.Н. Горбуновой») – крупное медицинское многопрофильное учреждение. Центр медицинской реабилитации – единственный в городе лечебно-диагностический и организационно-методический центр, созданный для оказания специализированной медицинской помощи взрослому населению г. Кемерово для проведения II и III этапов медицинской реабили-

литации. Лечение получают больные неврологического и травматологического профиля. Осуществляется медицинская, психологическая и социально-бытовая реабилитация.

Рабочая программа подготовки учащихся разработана в соответствии с ФГОС ВО, уровень высшего образования «специалитет» по специальности 31.05.01 «Лечебное дело», утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 09.02.2016 № 95. На самом большом – лечебном факультете трудоёмкость дисциплины составляет 72 часа (2 зэт), из них лекции – 12 часов, а также клинические практические занятия и самостоятельные работы студентов, контрольная точка – зачет.

Целями освоения дисциплины «медицинская реабилитация» являются содействие становлению профессиональной компетентности врача в области медицинской реабилитации через формирование целостного представления о ее современных возможностях, на основе понимания структуры и сущности реабилитационного процесса, овладение знаниями и умениями, необходимыми для решения профессиональных задач.

Задачами дисциплины являются: стимулирование интереса к выбранной профессии; развитие практических навыков; формирование целостного представления о медицинской реабилитации; обучение приёмам тестирования функциональных систем, физической работоспособности; выработка умений составления программ реабилитации с использованием природных и преформированных физических факторов, а также методов и средств лечебной физкультуры.

В процессе освоения данной дисциплины студент формирует следующие общекультурные, общепрофессиональные и профессио-



нальные компетенции: ОК-1 – способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу; ОПК-1 – готовность решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий с учетом основных требований информационной безопасности; ПК-1 – способность и готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья, и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания; ПК-14 – готовность к определению необходимости применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении; ПК-20 – готовность к анализу и публичному представлению

медицинской информации на основе доказательной медицины; ПК-21 – способность к участию в проведении научных исследований; ПК-22 – готовность к участию во внедрении новых методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан.

Учебно-тематический план рабочей программы состоит из трёх разделов: Раздел 1. Организационно-методологические основы медицинской реабилитации; Раздел 2. Методы и средства медицинской реабилитации; Раздел 3. Частные вопросы медицинской реабилитации.

Изучение дисциплины «медицинская реабилитация» проводится в виде аудиторных занятий (лекций, клинических практических занятий и самостоятельной работы студентов). Основное учебное время выделяется на клинические практические занятия. Работа с учебной литературой рассматривается как вид учебной работы по дисциплине и выполняется в пределах часов, отводимых на её изучение. Каждый обучающийся обеспечивается доступом к библиотечным фондам ВУЗа и доступом к сети Интернет (через библиотеку).





МЯСНИКОВ И.Р., МАКАРОВА Н.В., КАРАСАЕВА Л.А., НУРОВА А.А.,
КАРПАТЕНКОВА О.В., РОМАНЕНКО Т.М.

ИННОВАЦИОННЫЕ ФОРМЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УСЛУГ В ЦЕНТРЕ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ И ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ КРАСНОГВАРДЕЙСКОГО РАЙОНА ГОРОДА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

*ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования
врачей-экспертов» Минтруда России,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Введение. В соответствии с основными положениями Конвенции о правах инвалидов, направленной на обеспечение полного участия лиц с ограниченными возможностями в разных сферах жизнедеятельности, и в рамках реализации государственной программы «Доступная среда на 2011-2020 гг.» в Центре социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Красногвардейского района (далее – Центр) организована система предоставления реабилитационных и образовательных услуг на основе разработанных инновационных технологий в условиях безбарьерной среды. Услуги носят строго индивидуальный целенаправленный характер с учетом нозологий проходящих реабилитацию инвалидов: с нарушениями опорно-двигательного аппарата, в том числе передвигающихся на кресле-коляске, с нарушениями зрения, слуха и инвалидов с нарушением умственного развития.

Цель работы: оценить результаты инновационных подходов при оказании инвалидам и детям-инвалидам реабилитационных и образовательных услуг в одном из районных Центров социальной реабилитации г. Санкт-Петербурга.

Материал и методы. Совокупность реабилитационных и образовательных услуг, предоставляемых в Центре. В работе использовались методы экспертных оценок, аналитический.

Результаты. Ежегодно Центр посещают инвалиды с разными патологиями: более 90 человек с нарушением опорно-двигательного аппарата, в том числе на кресле-коляске, более 120 – с нарушением сенсорных функций (зре-

ния и слуха) и более 70 человек с психическими расстройствами.

Здание, в котором организован Центр, построено в прошлом веке и было спроектировано без учета потребностей инвалидов, поэтому при открытии Центра в 2003 году применялся метод разумного приспособления при создании условий безбарьерности. На сегодня в Центре создана система оказания максимально доступной инвалидам социально-реабилитационной помощи при архитектурной, информационной доступности всех форм реабилитации, также организован технологический контент межведомственного взаимодействия различных структур и служб. Организовано 13 различных по направлениям деятельности, формам и методам отделений. Так, в отделении социально-медицинской реабилитации проводится не только диагностика степени ограничений жизнедеятельности (ОЖД), в том числе при использовании метода «биологической обратной связи», но и организована Школа подбора и обучения пользованию техническими средствами реабилитации. По разработанным индивидуально-ориентированным программам проводятся терренкур, массаж, бальнеотерапия, галотерапия через консультации и назначение, при необходимости, узких специалистов: невролога, кардиолога, при тесном сотрудничестве с медицинскими государственными и муниципальными организациями. В социально-реабилитационном отделении осуществляется социально-психологическая, педагогическая реабилитация через внедрение новых методик арт-терапии, обучения в школе основ жизненной безопасности и общения. В



направлении социокультурной реабилитации проводятся инновационные формы интерактивной рекреации. В рамках социально-бытовой адаптации навыкам самообслуживания и самостоятельного проживания инвалиды и дети-инвалиды обучаются в специально созданных модулях: комнатах социально-бытовой адаптации и тренировочной кухне-квартире. В структуре социально-средового направления внедрены практические занятия по навыкам самостоятельного жизнеобеспечения по программам «Этикет», «Гигиена». Реабилитанты увлекаются садоводством, лэнд-арттерапией и другими оригинальными направлениями творческого включения в социум. В отделении адаптивной физической культуры реализуются программы физкультурно-оздоровительной индивидуальной и рекреационной реабилитации: мини-футбол, баскетбол, настольный теннис, волейбол, легкая атлетика, механотерапия, тренинг спортивной команды. В отделении профессиональной реабилитации инвалидов трудоспособного возраста и профориентации детей-инвалидов работают психологи, социальные педагоги, инструкторы по труду, которые проводят профессиональную диагностику, обучение базовым умениям и навыкам востребованных профессий. Для детей-инвалидов созданы творческие и трудовые мастерские: кабинет компьютерных технологий, художественного творчества, декоративно-прикладного творчества, кулинарии, музыкальная студия, кружок по интересам «Оригами». Поскольку нерешенным этапом в системе профессиональной реабилитации является трудоустройство, в Центре организовано и работает отделение (филиал) Центра занятости населения (ЦЗН), в котором совместными усилиями специалистов Центра и ЦЗН осуществляется выбор рабочего места.

Отделение раннего вмешательства создано для работы с детьми в возрасте до трёх лет. Здесь внедряются индивидуальные методики социальной реабилитации на ранних этапах жизни ребенка. Функционирует «Школа молодой семьи», в том числе лекторий по психологии развития детей и подростков, проводятся практические занятия.

В Центре в последние годы активно внедряются новые инновационные формы социально-реабилитационных услуг, таких как:

патронаж тяжелобольных детей на дому; освобождение родителей для решения семейных проблем на период реабилитационного занятия с ребенком в Центре; доставка на реабилитацию, праздничные и спортивные мероприятия маломобильной группы детей осуществляется специальным автомобилем с подъемником; организован прием документов на материальную помощь у родителей тяжелобольных детей на дому; осуществляется выявление нуждающихся и организация им летнего отдыха и реабилитации в группе «Лето». Активно внедряются методики поддержки одаренных детей с участием их в городских и районных выставках и конкурсах творческих достижений.

Мониторинг инвалидов и детей-инвалидов за ходом их социализации по истечении только одного года в 30,0 % случаев подтверждает повышение эффективности результатов по формированию способностей инвалидов к бытовой, общественно-полезной, образовательной и трудовой деятельности. По итогам деятельности Центра за год 3 ребенка-инвалида стали лауреатами городских конкурсов творческих достижений, в том числе организованных Комитетом по социальной политике г. Санкт-Петербурга, таких как «Корабль мечты», «Ижорские встречи», «Царскосельский вернисаж», «Ветер надежды»; 14 инвалидов поступили в профессиональные образовательные учреждения (ПРЦ, ПРЛ); 47 детей-инвалидов приняли участие в различных межрайонных спортивных соревнованиях в г. Кронштадте, в Невском, Красносельском и Калининском районах г. Санкт-Петербурга; 21 ребенок-инвалид награжден грамотами и подарками отдела культуры Красногвардейского района за участие в районной выставке декоративно-прикладного творчества «Радужный мост»; 12 детей-инвалидов стали призерами общегородского конкурса «Дети о городе – взгляд в будущее» и т.д.

Заключение. Таким образом, неформальная творческая деятельность специалистов Центра, основанная на использовании в работе инновационных технологий при организации условий доступности реабилитационных услуг, способствует эффективной социализации инвалидов и детей-инвалидов.



ПРОБЛЕМЫ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ (АБИЛИТАЦИИ) ИНВАЛИДОВ НА МЕЖДУНАРОДНОМ УРОВНЕ

*ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов
им. Г.А. Альбрехта» Минтруда России,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Введение. Реализации прав инвалидов в области реабилитации (абилитации) должно способствовать исполнение государствами-участниками обязательств по статье 26 Конвенции ООН о правах инвалидов (далее – Конвенция).

Вместе с тем, в заключительных замечаниях общего порядка по различным аспектам реализации прав инвалидов Комитет по правам инвалидов (далее – Комитет) делает акцент на взаимосвязи реализации прав инвалидов по конкретным статьям Конвенции с реализацией прав инвалидов по другим статьям Конвенции.

Цель. Изучить Заключительные замечания Комитета ООН по первоначальным докладом зарубежных стран для их учета при совершенствовании российского законодательства и разработки комплекса мер по улучшению положения инвалидов в Российской Федерации.

Исполнение обязательств по статье 26 Конвенции взаимоувязано и взаимообусловлено, прежде всего, с содействием индивидуальной мобильности инвалидов (статья 20 Конвенции).

Методы. В работе применены методы систематизации, сравнения, обобщения, интерпретации.

Результаты. В заключительных замечаниях к первоначальным докладом государств-участников Комитет обозначает проблемы и желаемые мероприятия, которые должны быть осуществлены тем или иным государством в целях наиболее эффективной реализации положений Конвенции.

Содействие индивидуальной мобильности инвалидов согласно позиции Комитета может быть затруднено:

- отсутствием транспарентной (четкой, ясной, прозрачной) системы по обеспечению ас-

- систивными устройствами и приспособлениями (Босния, Черногория);

- отсутствием системной программы и заложенных в государственном бюджете средств на обеспечение инвалидов оборудованием, облегчающим мобильность, и ассистивных технологий, необходимых для обеспечения их неограниченной индивидуальной мобильности (Иордания);

- недоступностью для инвалидов объектов социальной инфраструктуры (Непал, Оман, Польша);

- ограниченностью доступа инвалидов к ассистивным устройствам в сельских районах (Вануату, Руанда, Сальвадор, ЮАР);

- высокой стоимостью ортопедических и других средств, облегчающих мобильность (Македония, Судан);

- сложным характером административных процедур, связанных с оформлением документов при реализации прав инвалидов (Марокко, Саудовская Аравия);

- нехваткой квалифицированного персонала, способного обучать инвалидов вопросам мобильности (Нигер, Оман, Сенегал, ЮАР);

- отсутствием услуг помощников и посредников (Армения);

- нехваткой подготовленных собак-поводырей для слепых или слабовидящих и недостаточностью числа центров подготовки собак-поводырей (Сербия);

- отсутствием достаточной информации по вопросам мобильности (Филиппины).

Исполнение обязательств по статье 26 Конвенции согласно позиции Комитета может быть затруднено отсутствием в законодательстве государства-участника определения «абилитации и реабилитации (Македония) либо неполным официальным переводом статьи 26 Конвенции» (Польша).



При исполнении обязательств по статье 26 Конвенции Комитетом указывается на то, что в отдельных странах политикой в области абилитации и реабилитации придается чрезмерно большое значение вопросам здравоохранения. В данной связи государствам-участникам предлагается разработать всеобъемлющие межсекторальные услуги и программы по абилитации и реабилитации, основанные на участии и вовлечении, в частности, в областях здравоохранения, занятости, образования и социальных услуг (Катар, Колумбия, ОАЭ, Парагвай).

При реализации прав инвалидов в области реабилитации (абилитации), по мнению Комитета, недостаточное внимание уделяется отдельным категориям инвалидов, а именно:

- лицам с неурегулированным миграционным статусом (Гондурас, Доминиканская Республика, Сальвадор);
- детям-инвалидам, женщинам-инвалидам (Армения, Словения, Хорватия);
- лицам с психосоциальными или умственными расстройствами (Польша).

В отдельных странах отсутствует доступность для инвалидов реабилитационных (абилитационных) услуг как можно ближе к местам их непосредственного проживания, в том

числе в сельских районах (Коста-Рика, Непал, Чили, Уругвай).

Кроме того, при реализации прав инвалидов на реабилитацию Комитет обеспокоен длительными периодами ожидания при получении инвалидами реабилитационных услуг, особенно лицами с тяжелыми нарушениями здоровья (Латвия), а также применением в отношении инвалидов, особенно лиц с психосоциальными и умственными нарушениями, мер по абилитации и реабилитации без их осознанного согласия (Австралия, Китай).

При исполнении обязательств по статье 26 Конвенции Комитет также рекомендует отдельным государствам-участникам осуществлять консультации с организациями инвалидов по вопросам абилитации и реабилитации (Болгария, Словакия, Судан, Эфиопия).

Заключение. Данный обзор замечаний Комитета ООН по правам инвалидов по первоначальным докладам о выполнении норм Конвенции о правах инвалидов в зарубежных странах необходимо учесть при совершенствовании российского законодательства и разработке мер по улучшению положения инвалидов в Российской Федерации.





СКЛЯННАЯ К.А., БРОННИКОВ В.А.

ОРГАНИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ БРИГАДОЙ С ПОЗИЦИИ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ

*ГБУ Пермского края «Центр комплексной реабилитации инвалидов»,
г. Пермь, Россия*

В настоящее время для формирования эффективной реабилитационной модели используется принцип социального подхода к реабилитации. Социальная модель реабилитации определяется следующими принципами:

- мультидисциплинарный подход;
- индивидуальный подход;
- вовлечение человека в процесс реабилитации;
- сотрудничество с пациентом на всех этапах реабилитации;
- фокус на возможностях человека, а не на нарушениях;
- способность пациентов делать свой собственный, информированный выбор.

Принцип мультидисциплинарности определяется внедрением мультидисциплинарной команды (бригады) как основного элемента работы отделений комплексной реабилитации. Каждый из ее членов принимает участие в диагностике, проведении реабилитационных мероприятий, оценке эффективности реабилитации, а также активно взаимодействует с другими ее участниками. Принципы вовлечения пациента, индивидуализации процесса реабилитации реализуются при помощи внедрения единой методологии процесса. Согласно мировым стандартам, определяемым Всемирной организацией здравоохранения, единую концепцию социальной реабилитации представляет собой Международная классификация функционирования (МКФ). Если определять ведущие ограничения согласно концепции Международной классификации функционирования, то можно выделить основные виды активности (мобильность, самообслуживание, коммуникация) и участия (социальные взаимодействия, социальная и трудовая активность), ограничения которых приводит к формиро-

ванию инвалидности.

Оценка каждого пациента согласно МКФ позволяет сформировать индивидуальный профиль пациента и определить модель ограничений активности и участия. Для упрощения оценки были созданы готовые модели МКФ-профилей для пациентов с нарушениями двигательных, когнитивных функций, разных нозологий (инсульт, спинномозговая травма, детский церебральный паралич и т.д.). Выбор такой модели для пациента является первым этапом реабилитационного процесса. Однако при использовании этих моделей на следующем этапе для каждого пациента формируется индивидуальный профиль с учетом персональных особенностей и степени выраженности тех или иных ограничений. Согласно этому профилю формируется индивидуальный набор оценочных шкал.

На следующем этапе, после завершения диагностики, совместно с пациентом членами мультидисциплинарной бригады определяются ведущие проблемы пациента и формируются реабилитационные цели, что является ключевым моментом реабилитационного процесса. Правильно поставленная реабилитационная цель определяет эффективность реабилитационных мероприятий. После постановки цели для каждого пациента формируется индивидуальная реабилитационная программа, которая содержит список задач, необходимых для достижения реабилитационной цели, а также реабилитационных вмешательств. За каждую реабилитационную задачу отвечает один или несколько участников мультидисциплинарной команды. По завершении реабилитационных мероприятий проводится повторная диагностическая оценка и оценка эффективности реабилитационных мероприятий, которая проводится по следующим параметрам: достижение



поставленных цели и задач, динамика по результатам повторной оценки по реабилитационным шкалам, а также комплексная оценка эффективности.

Таким образом, используя МКФ в качестве единого методологического инструмента, мы

имеем возможность сформировать индивидуализированные реабилитационные программы на основе имеющихся потребностей в реабилитации, которые определяются нарушениями тех или иных сфер функционирования человека.



ШОШМИН А.В., БЕССТРАШНОВА Я.К., ЛОРЕР В.В.

УПРАВЛЕНИЕ СИСТЕМОЙ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ И ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ: ФИНАНСОВО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

*ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта» Минтруда России,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Введение. Основы системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов должны быть сформированы к 2020 году согласно п. 2.6 плана Государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011-2020 годы [1]. Общая цель исследования 2018-2020 гг. заключается в научно-методическом обеспечении системы (государственного) управления комплексной реабилитацией, в том числе ранней помощью в Российской Федерации.

Материал и методы. Были рассмотрены проекты программ развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов в 66 субъектах Российской Федерации на 2020 год. Анализ проведен по следующим направлениям: 1) соответствие документов и финансирования проекта программы Правилам предоставления и распределения субсидий из федерального бюджета на реализацию мероприятий, вклю-

ченных в государственные программы субъектов Российской Федерации (приложение № 8 к Государственной программе Российской Федерации «Доступная среда» [1]); 2) соблюдение предельного уровня софинансирования расходного обязательства субъекта Российской Федерации из федерального бюджета на 2020 год установленному действующим законодательством Российской Федерации (Распоряжение Правительства Российской Федерации от 12.07.2018 № 1450-р [2]); 3) наличие мероприятий, на которые расходование субсидии не допускается [3]; 4) обеспечение финансирования основных направлений реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, и основных сфер деятельности (социальная защита, труд и занятость, здравоохранение, образование, физическая культура и спорт, культура, информация и связь) в объеме не менее 10 процентов и не более 20 процентов на одно направление от общего объема фи-



нансирования программы.

Результаты. В 3 (5 %) программах не соблюден предельный уровень софинансирования расходного обязательства субъекта Российской Федерации из федерального бюджета на 2020 год. В 24 (36 %) программах присутствуют мероприятия, на которые не допускается расходование субсидии из федерального бюджета. В 5 (8 %) программах распределение бюджетных ассигнований равномерно между направлениями деятельности (10-20 % на каждое направление), еще в 18 (27 %) программах приведено достаточное обоснование неравномерности распределения. В 39 (59 %) случаях выявлена несогласованность финансовых показателей в различных представленных документах. Анализ перечня мероприятий программ показал, что в них включены следующие мероприятия: финансируемые в других государственных программах субъекта Российской Федерации – 8 (12 %) программ, относящиеся к текущей деятельности организаций и исполнительных органов государственной власти – 18 (27 %) программ, финансирование мероприятий представляется необходимым, но не предусмотрено в программе – 29 (44 %) программ.

Заключение. Для повышения достоверности мониторинга системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов и принятия своевременных управленческих решений предлагается выделить следующие показатели: 1) согласованность финансовых показателей в различных документах субъекта Российской Федерации (совпадение объемов финансирования меро-

приятий программы субъекта Российской Федерации в разрезе источников финансирования в разделах паспорта программы по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов, приложениях к программе, плане реализации мероприятий программы, отчетных документах); 2) проработанность финансирования мероприятий программы (отсутствие в перечне мероприятий, которые относятся к текущей деятельности организаций и исполнительных органов государственной власти и по которым финансирование не предусмотрено).

Список литературы.

1. Постановление Правительства РФ от 29.03.2019 № 363 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда»». – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_322085/ (дата обращения 14.06.2019 г.).

2. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 12 июля 2018 № 1450-р. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_302414/f62ee45faefd8e2a11d6d88941ac66824f848bc2/ (дата обращения: 14.06.2019 г.).

3. Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации. Информационная справка по вопросам разработки региональной программы по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов. 12.04.2019. – URL: <https://rosmintrud.ru/ministry/programs/25/8> (дата обращения: 14.06.2019 г.).



OCCUPATIONAL THERAPY IN CZECH REPUBLIC AND INTERNATIONALLY – ITS HISTORY AND PRESENT SITUATION IN DIFFERENT EUROPEAN COUNTRIES

*Faculty of Health Studies, University of J. E. Purkyne,
Usti n. L., Czech Republic*

Introduction. Author describes his knowledge and personal experience with development of ergotherapy (OT = meaning occupational therapy or occupational therapists) mainly in the last 30 years. OT started as unique health profession 100 years ago in the U.S.A. Occupational therapists are specifically oriented on persons with disability (PwD), because they train them in different activities. OT became globally accepted mainly after 2nd World War in most of countries. World Federation of Occupational Therapy (WFOT) was founded in 1952.

History – goal of the presentation. In Czechoslovakia (now Czech Republic) qualification in OT was possible through post-gradual program in the period 1950 – 1995. My teacher prof. J. Pfeiffer supported activities supporting PwD, but he also initiated national OT program. I became active also in both these areas. We started collaboration with global organisation Rehabilitation International (RI), where both medical (and other) specialists and PwD themselves participated. In 1989 I took part in the RI conference, which was held in Tallinn, Estonia and there I met first time Dr Lev Sytin, former director of Novokuznetsk Rehabilitation Center. It shows, that even before our „velvet revolution“ (November 1989) international collaboration and possibility to travel abroad was easier. It improved more since 1990 and we tried to use it as much as possible.

As a head of the Department of Rehabilitation Medicine (First Faculty of Medicine, Charles University in Prague) I supported opening of the first university OT study in 1994 on our faculty. In the same time similar study started in 4 other Czech faculties. Czech OT Association (CAE) was founded in 1994 in Ostrava (the town with similar industrial tradition as Novokuznetsk).

We also participated in OT European conference

(Ostende 1992) and OT world congress (London 1994) and we developed personal contacts with west-European OTs there. We found, that they are willing to support development of OT studies in „new“ (former communist) countries of central and eastern Europe - CEE. Dutch OT H. van Bruggen, main European OT organiser, initiated participation of CAE in organization COTEC (Council of Occupational Therapists in European Countries) in 1994. She also invited representatives of two Czech faculties to the founding conference of OT schools organization ENOTHE (European Network of OT in Higher Education) in 1995. Finally she organized 3-year international project for further development of OT study in Prague in years 1996-99. Meeting of OTs from several CEE countries was organised in Prague during this project. It was occasion to see differences of OT situation in separate countries.

During next 20 years situation of OT in Czechia slowly developed in positive way. Number of qualified OTs increased every year and they received employment both in health care and in social services. Those OT graduates, who wished to increase their qualification, could reach Master degree (magister in Czech) e.g. in pedagogy or social science. Several of them got also Masters on west-European universities. Finally in 2015 2 year Master OT study was opened on Charles University. These OTs with higher qualification often became teachers of OT students. New OT textbooks were published in Czech: „Introduction to ergotherapy“ 2009 and „Ergotherapy“ 2010 OT was also accepted by Czech government as independent profession and since 2005 new rules were established for paying OT diagnostic and therapeutic activity (together 13) by health insurance.

International collaboration continued, though Ms van Bruggen later oriented her support on



OT development in Georgia and other countries. In 2003 ENOTHE annual conference was held in Prague with large international participation, including from Russia. We also followed OT development in other CEE countries. In several of them (Baltic countries, Slovenia, Croatia) situation was similar as in Czechia. In Poland, Bulgaria or Georgia development appeared later. Czech rehabilitation specialists has still good relation with Slovak colleagues, but Slovak effort for OT development has been not succesfull till now.

As for the author, I continued my collaboration with RI, serving as Czech National secretary from 1991 till present. I actively worked with ICTA (International Commission of Technology and Accessibility), one of 7 RI commissions. For OTs is application of assistive technology (= technical aids) important program and they participated both in ICTA and in congresses of another organisation AAATE (Association for Advancement of Assistive Technology in Europe), which are held every 2nd year (last one August 2019, Bologna, Italy).

Since 1991 we took active part in International Abilympics (IA), contest of vocational activities of PwD. We participated on IA 1991 in Hong Kong and we organized IA 2000 in Prague, the first time in Europe. IA has close relation with OT both through separate contest activity (e.g. ceramics or woodcarving) and as a way, how to support employment of PwD. Next IA should be organised in Russia.

In the years 2003-2017 I served in the European section of Physical and Rehabilitation Medicine (PRM section) as Czech delegate of our Society of Rehabilitation and Physical Medicine. Since 2014 Russian federation is represented in PRM section by Dr Galina Ivanova and others. Since rehabilitation physicians of nearly all European contries are represented in PRM section, they could be used for survey about OT situation in their countries.

Material and methods. Questionnaire with 16 questions was prepared in 2016. Respondents from 30 European countries, delegates of their national PRM societies, filled it. The data received from this survey shows both general information about situation of OT in each country, and also relation of rehabilitation physicians to occupational therapy.

Information received through the survey was combined with information about active

participation in OT international events, mainly in the First European OT Congres, which was held in 2016 in Galway, Ireland.

Results. These are main results of the survey: Official term "occupational therapy" is used in 11 countries, the term "ergoterapie" in 13 countries and in 6 countries terms in native language (meaning "work therapy" in translation) are used. In most of countries (25) occupational therapy was approved as health care specialisation and OTs are regular members of rehabilitation multidisciplinary team (in 23 countries). Number of qualified OTs in separate countries differs very much, from 58 000 (Germany) to 2 (Ukraine). OT intervention must be indicated by PRM physician or other clinical specialists in 19 countries to be paid by health insurance. In 21 countries OTs are employed also outside of health care, e.g. in institutes for social care. Only in 15 countries OTs work also in private praxis.

OT qualification can be reached through bachelor study (23 countries), in 8 countries OT master study also exists. No OT education exists in 5 countries. National professional organisations (OT associations) has been established in 23 countries, with very different date of foundation, e.g.: in 1932 (Scotland), in 1952 (Norway), in 1994 (Czech Republic) or in 2010 (Romania).

Important result of the survey is a finding, how PRM physicians support development of occupational therapy in their countries. They support it in general in 24 countries. In 17 countries physicians have been supporting establishment of OT university courses. In 20 countries PRM specialists and other medical doctors participate in the teaching of OT students. In 12 countries PRM specialists participate regularly on OT national conferences.

Respondents should also describe relation between their national organisations of PRM physicians and national OT associations. In 11 countries regular collaboration exists, e.g. for preparing comments to future laws and rules. 8 respondents tell, that there is no relation between those organizations at all. Practically all respondents agree, that there are no different approaches or even conflicts between PRM specialists and OTs in their country.. The relation between PRM physicians and physiotherapists is more difficult in certain countries. Collaboration between OTs and PRM physicians is described as important and positive in 25 cases.



In 11 cases respondents believe, that there is no serious obstacles for future OT development in their countries. From 14 countries different obstacles are mentioned, as low number of OTs, low budget for for employment of OTs, bad educational system etc.

In the first European congress in Galway together 710 presentations were given, authors were mostly from western Europe, mainly from UK, Benelux, nordic countries and Ireland as organiser. Only 32 of them were from CEE countries – from former Yougoslavia, Baltic countries, Poland, Bulgaria and Czechia. Together 12 CEE countries had no presentation. Similar situation was also found in regular ENOTHE conferences in 2017 and 2018.

Discussion, conclusion. Czech experience shows in accordance with European and global history, that OT is important health care profession, influencing quality of life of PwD through training in porpousful occupations, application of technical aids and couselling. OTs could be further oriented different way – for elderly, psychiatric patients, spinal cord injury, children with cerebral palsy, professional training. OT can use special therapeutic methods, some also together with physiotherapists, as Bobath concept. According information, published by COTEC, is in Czechia 10 OTs on 10 000 inhabitants. To compare with other countries it is 16 in Slovenia, 10 in Latvia, 8 in Croatia, 6 in Lithuania, 1,5 in Belarus and 0,4 in Bulgaria. Several CEE countries are not mentioned. Only 200 Czech OTs are members of CAE.

Both European OT associations (COTEC and

ENOTHE) collaborate together and prepare 2nd European OT congress in September 2020 in Prague. OT students are active part of ENOTHE , they founded SPOT – Student Platform in OT, which initiate start of miniSPOTs in separate faculties.

Development of OT in Rusia is surely important program both for health care system and for practical support of PwD. I shall be glad to receive information about present situation. Important conditions for OT development are:

- 1) Existence of separate OT university study.
- 2) National professional OT organisation.
- 3) Collaboration of OTs with other specialists, mainly rehabilitation physicians, physiotherapists, special pedagogists, who understad importance of OTs and are ready to support it.
- 4) Acceptance OT as independent profession by government, system of financing OT services by health insurance.
- 5) Contacts with OTs abroad, ability to use their help. In case of Russian OTs would be useful to get support both from developed west-European countries and also from CEE countries, especially certain countries of former Soviet Union, which started from similar situation and where communication is easier.
- 6) Finally, it is worth to mention, that in the same date as conference in Novokuznetsk will be also Ukrainian OT konference in Kiev. And let me remind again, that possibility to develop international contacts will be 2nd European OT congress in September 2020 in Prague.





ОККУПАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ В ЧЕШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ И В МИРЕ – ЕЁ ИСТОРИЯ И АКТУАЛЬНАЯ СИТУАЦИЯ В СТРАНАХ ЕВРОПЫ

*Факультет Исследований в области Здоровья, Университет Яна Евангелисты
Пуркине в Усти-над-Лабем, Чешская Республика*

Введение. Автор описывает собственные знания и личный опыт в развитии эрготерапии преимущественно за последние 30 лет (ОТ – аббревиатура, обозначающая либо оккупационная терапия, либо оккупационный терапевт, авт. термины «эрготерапия» и «оккупационная терапия» являются синонимами, ред.). ОТ в качестве уникальной профессии в области медицины возникла 100 лет назад в США. Оккупационные терапевты узко ориентированы на людей с инвалидностью, так как занимаются их обучением в различных видах деятельности. В большинстве стран ОТ получила всемирное признание преимущественно после Второй мировой войны. Всемирная федерация оккупационной терапии (World Federation of Occupational Therapy, WFOT) была основана в 1952 году.

История – цель презентации. В Чехословакии (ныне Чешской Республике) квалификацию ОТ можно было получить по программе последиplomной подготовки в период с 1950 по 1995 гг.

Мой преподаватель, профессор J. Pfeiffer, способствовал деятельности, оказывающей поддержку инвалидам, а также инициировал национальную программу ОТ. Я тоже стал принимать активное участие в обеих этих сферах. Мы стали сотрудничать с организацией «Международная реабилитация» (Rehabilitation International, RI), в которой принимали участие как медицинские и другие специалисты, так и сами люди с инвалидностью. В 1989 году я принял участие в конференции RI, которая проходила в Таллинне (Эстония), и там я впервые встретил доктора Льва Сытина, бывшего директора Новокузнецкого Реабилитационного Центра. Заметьте, что еще до нашей «бархатной революции» (ноябрь 1989 года) международное сотрудничество и поездки за

границу были возможны. С 1990 года ситуация улучшилась, и мы старались пользоваться этим как можно больше.

Будучи руководителем кафедры реабилитационной медицины (Первый медицинский факультет, Карлов университет, Прага), я поддержал открытие первой университетской программы ОТ в 1994 году на нашем факультете. В это же время аналогичные программы стартовали на 4 других чешских факультетах. Чешская Ассоциация Оккупационных терапевтов (ЧАЭ) была основана в 1994 году в Остраве (индустриальный город, похожий на г. Новокузнецк).

Мы также принимали участие в Европейской конференции ОТ (Остенде, 1992) и Международном конгрессе оккупационных терапевтов (Лондон, 1994), где были установлены личные связи с западноевропейскими оккупационными терапевтами. Мы обнаружили, что они хотят поддержать развитие образовательных программ ОТ в «новых» (бывших коммунистических) странах Центральной и Восточной Европы (ЦВЕ). Голландский оккупационный терапевт H. van Bruggen, главный организатор Европейского совета по оккупационной терапии, инициировала участие ЧАЭ в организации COTEC (Council of Occupational Therapists in European Countries – Европейского совета по оккупационной терапии) в 1994 году. Она также пригласила представителей двух чешских факультетов на учредительную конференцию школ ОТ организации ENOTHE (European Network of OT in Higher Education – Европейской Сети высшего образования по оккупационной терапии) в 1995 году. Наконец, она организовала 3-летний международный проект для дальнейшего развития обучения ОТ в Праге в 1996-1999 гг. В рамках этого проекта в Праге был организован съезд ОТ из



нескольких стран ЦВЕ. Это событие позволило увидеть отличия в положении ОТ в разных странах.

На протяжении следующих 20 лет ситуация с ОТ в Чехии медленно менялась в лучшую сторону. Число квалифицированных оккупационных терапевтов росло каждый год, и все они трудоустраивались как в сфере здравоохранения, так и в социальных службах.

Молодые специалисты ОТ, желавшие повысить квалификацию, могли получить степень магистра, например, в педагогике или социальных науках. Некоторые из них получили свою степень магистра в Западно-Европейских университетах. В конце концов, в 2015 году была запущена 2-годичная программа магистратуры в Карловом университете, выпускники которой – оккупационные терапевты с высшей квалификацией, зачастую становились преподавателями. В Чехии были опубликованы новые учебники по ОТ: «Введение в эрготерапию» в 2009 году и «Эрготерапия» в 2010 году. ОТ была признана Чешским правительством в качестве самостоятельной профессии, и с 2005 года службы медицинского страхования утвердили порядок оплаты диагностических и терапевтических услуг ОТ (всего 13).

Международное сотрудничество продолжалось, хотя госпожа van Bruggen в дальнейшем направила свою поддержку на развитие ОТ в Грузии и других странах. В 2003 году в Праге прошла ежегодная конференция ENOTHE с масштабным международным участием, в которой в том числе приняла участие Россия. Мы также следили за развитием ОТ в других странах ЦВЕ. В некоторых из них (страны Прибалтики, Словении, Хорватии) ситуация была схожа с ситуацией в Чехии. В Польше, Болгарии и Грузии развитие ОТ происходило позже. Чешские специалисты-реабилитологи до сих пор поддерживают хорошие отношения со словацкими коллегами, но усилия Словакии в развитии ОТ не увенчались успехом.

Что касается автора, с 1991 года и по сей день я продолжаю своё сотрудничество с RI в качестве Чешского национального секретаря. Я активно работал с ICTA (International Commission of Technology and Accessibility – Международная комиссия по Технологическим и Доступности), одной из 7 комиссий RI.

Для оккупационных терапевтов применение вспомогательных технологий (технических средств реабилитации) является важной

программой, поэтому они приняли участие и в ICTA, и в конгрессе организации AAATE (Association for Advancement of Assistive Technology in Europe – Ассоциация развития технических средств реабилитации в Европе), которые проходят раз в два года (последняя проходила в августе 2019 года в Болонье, Италия).

С 1991 года мы принимаем активное участие в международном чемпионате Абилимпикс (International Abilympics – IA) – чемпионате по профессиональному мастерству среди инвалидов. Мы приняли участие в IA в 1991 году в Гонконге, затем мы организовали IA в 2000 году в Праге – впервые в Европе. IA имеет близкое отношение к ОТ как с точки зрения отдельной конкурсной деятельности (например, резьба по дереву или гончарное искусство), так и в качестве способа содействия в трудоустройстве людям с инвалидностью. Следующий IA должен быть организован в России.

В период с 2003 по 2017 гг. я работал в отделе Физической и Реабилитационной Медицины (отдел ФРМ) Европейского Союза Медицинских Специалистов в качестве чешского делегата от нашего Общества Реабилитации и Физической Медицины. С 2014 года Российскую Федерацию в отделе ФРМ представляет доктор Галина Иванова и другие.

Так как врачи-реабилитологи почти всех стран Европы представлены в отделе ФРМ, то по их оценкам можно охарактеризовать ситуацию с ОТ в этих странах.

Материал и методы. Опросник с 16 вопросами был подготовлен в 2016 году. Опросник заполнили респонденты из 30 стран Европы, представители национальных обществ физической и реабилитационной медицины. Данные, полученные из этого опроса, показывают как общую информацию о состоянии ОТ в каждой конкретной стране, так и отношение врачей-реабилитологов к ОТ. Собранные в ходе исследования сведения были объединены с данными об активном участии в международных мероприятиях ОТ, преимущественно в Первом Европейском Конгрессе оккупационных терапевтов, который прошёл в 2016 году в Голуэй, Ирландия.

Результаты. Основные результаты исследования. Официальный термин «оккупационная терапия» используется в 11 странах, термин «эрготерапия» – в 13 странах, в 6 странах используются национальные термины (имею-



щие значение в переводе «трудотерапия»). В большинстве стран (25) специальность «окупационная терапия» рассматривается как медицинская, а окупационные терапевты являются постоянными членами мультидисциплинарной бригады (в 23 странах). Число квалифицированных окупационных терапевтов в отдельных странах сильно разнится: от 58 тыс. в Германии до 2 в Украине. В 19 странах, чтобы вмешательства окупационных терапевтов были оплачены медицинской страховкой, они должны быть предписаны врачом ФРМ или другим клиническим специалистом. В 21 стране окупационные терапевты работают также вне системы здравоохранения, например, в учреждениях социального обеспечения. Только в 15 странах окупационные терапевты работают ещё и в частной практике.

Квалификацию окупационного терапевта можно получить по программе бакалавриата (23 страны), в 8 странах существует магистерская программа ОТ. В 5 странах нет никакой учебной программы ОТ. Национальные профессиональные организации (ассоциации окупационных терапевтов) были учреждены в 23 странах с очень большой разницей между датами основания, например: в 1932 году – в Шотландии, в 1952 году – в Норвегии, в 1994 году – в Чешской Республике, в 2010 году – в Румынии.

Важным результатом опроса является выяснение того, как врачи ФРМ поддерживают развитие окупационной терапии в своих странах. В целом, поддержку оказывают в 24 странах. В 17 странах врачи поддерживали внедрение университетских курсов ОТ. В 20 странах специалисты ФРМ и другие врачи принимают участие в обучении студентов ОТ. В 12 странах специалисты ФРМ регулярно участвуют в национальных конференциях окупационных терапевтов.

Респонденты также должны были описать взаимоотношения между национальными организациями врачей ФРМ и национальными ассоциациями окупационных терапевтов. В 11 странах постоянно поддерживается сотрудничество, например, в подготовке комментариев к будущим законам и правилам. 8 респондентов заявили, что вовсе нет никакого взаимодействия между этими организациями. Практически все респонденты сошлись на том, что в их странах нет различий в подходах или даже нет конфликтов между специалистами

ФРМ и окупационными терапевтами. В некоторых странах взаимоотношения между специалистами ФРМ и физиотерапевтами сложнее. Коллаборация между окупационными терапевтами и врачами ФРМ характеризуется как важная и позитивная в 25 случаях.

В 11 случаях респонденты считают, что нет серьёзных препятствий для будущего развития ОТ в их стране. Представители 14 стран перечислили различные препятствия, такие как небольшое количество окупационных терапевтов, недостаточное финансирование, плохая система образования и др.

На первом Европейском конгрессе в Голуэй было представлено 710 презентаций, авторами которых были преимущественно специалисты из Западной Европы, в основном из Великобритании, стран Бенилюкса (Бельгии, Нидерландов, Люксембурга), северных стран, а также Ирландии – страны-организатора. Только 32 из них были из стран ЦВЕ – из стран бывшей Югославии, Прибалтики, Польши, Болгарии и Чехии. Всего 12 стран ЦВЕ не представили презентаций. Аналогичная ситуация происходила на очередных конференциях ENOTHE в 2017 и 2018 гг.

Обсуждение, выводы. Чешский опыт соответствует европейским и мировым стандартам и показывает, что ОТ – это важная профессия в системе здравоохранения. Окупационная терапия влияет на качество жизни людей с инвалидностью посредством обучения/тренингов по конкретной деятельности, применению технических средств реабилитации и самообслуживанию. В дальнейшем ОТ могла бы реализовываться по разным направлениям – для пожилых людей, для пациентов психиатрических учреждений, для лиц с повреждениями спинного мозга, для детей с церебральным параличом, для профессионального обучения. ОТ может прибегать к специальным терапевтическим методам, в том числе, работая вместе с физиотерапевтами, например, Бобат-терапия (Bobath concept).

Согласно данным, опубликованным COTEC, в Чехии на 10 ОТ приходится 10 тыс. населения. Для сравнения с другими странами: в Словении это число составляет 16, в Латвии – 10, в Хорватии – 8, в Литве – 6, в Беларуси – 1,5 и в Болгарии – 0,4. Некоторые страны ЦВЕ не упомянуты. Лишь 200 чешских окупационных терапевтов являются членами ЧАЭ.

Европейские ассоциации окупационных



терапевтов (COTEC и ENOTHE) сотрудничают между собой и организуют 2-й Европейский конгресс оккупационных терапевтов, который состоится в сентябре 2020 г. в Праге.

Студенты, обучающиеся ОТ, принимают активное участие в ENOTHE, они основали СПОТ – Студенческую платформу оккупационной терапии (SPOT – Student Platform in Occupational Therapy), что инициировало возникновение миниСПОТов в отдельных учебных заведениях.

Развитие ОТ в России, безусловно, важная программа как для системы здравоохранения в целом, так и для практической поддержки людей с ограниченными возможностями. Я буду рад получить сведения о текущей ситуации.

Важными условиями развития ОТ являются:

1. Существование отдельной программы обучения ОТ.
2. Национальные профессиональные организации ОТ.
3. Сотрудничество оккупационных терапевтов с другими специалистами, преимущественно врачами-реабилитологами, физиотерапевтами, специальными педагогами, которые понимают важность ОТ и готовы их поддер-

жать.

4. Принятие ОТ как отдельной профессии государством, финансирование ОТ службами медицинского страхования.

5. Контакты с зарубежными оккупационными терапевтами, возможность использования их помощи. В случае с российскими оккупационными терапевтами будет полезно получить поддержку специалистов как развитых западноевропейских стран, так и стран ЦВЕ, особенно стран бывшего Советского Союза, которые начинали с аналогичной ситуации и с которыми налажены тесные связи.

В заключение стоит упомянуть, что в те же даты, в которые состоится конференция в Новокузнецке, будет проходить также и украинская конференция оккупационных терапевтов в Киеве.

Позвольте ещё раз напомнить, что возможностью для установления и развития международных контактов может стать 2-ой Европейский конгресс оккупационных терапевтов, который пройдёт в сентябре 2020 года в Праге.





МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА. СТАТИСТИКА ИНВАЛИДНОСТИ



ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОГРАММНО-АППАРАТНОГО КОМПЛЕКСА «ШУФРИД» ДЛЯ ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ СТЕПЕНИ СНИЖЕНИЯ ФУНКЦИЙ ПСИХИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Омской области» Минтруда России, г. Омск, Россия*

Компьютерные диагностические методы исследования психической деятельности гражданина при проведении медико-социальной экспертизы (МСЭ) не подменяют традиционные психологические оценки, однако существенно их дополняют, повышая экспертную значимость диагностических данных.

Цель. Провести анализ результатов исследования психической деятельности граждан на программно-аппаратном комплексе «Шуфрид» при проведении медико-социальной экспертизы в ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России в период 2017 г. – 6 мес. 2019 г.

Материал и методы. Исследование проведено на основании анализа результатов психодиагностики на аппаратно-диагностическом комплексе «Шуфрид» в период 2017 г. – 6 мес. 2019 г.

Метод: статистический, аналитический.

Результаты. Программно-аппаратный комплекс (ПАК) «Шуфрид» в ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России используется с 2017 года. Исследование на ПАК «Шуфрид» проводится для объективизации степени снижения функций психических процессов в дополнение к традиционным психологическим оценкам. ПАК укомплектован тремя блоками: 1) Vienna Test System, 2) CogniPlus, 3) Biofeedback 2000. Для диагностических целей используется блок Vienna Test System. В психодиагностику включаются дополнительные аппаратно-диагностические методы при недостаточно четко симптоматически очерченных проявлениях и необходимости уточнения степени выраженности психологических параметров; исключения возможности аггравационного поведения; выявления специфических

функциональных особенностей для целей реабилитации. Выбор комплекса тестов зависит от экспертного запроса и от результатов, полученных в ходе проведения традиционной диагностики. Обследование гражданина на ПАК «Шуфрид» занимает в среднем около одного часа. Возраст обследованных граждан на ПАК составил от 8 до 80 лет. В комплекс обследования, в зависимости от цели, входило от одного до пяти тестов. За анализируемый период обследовано при помощи ПАК 491 чел. (2017 г. – 138 чел., 2018 г. – 209 чел., 6 мес. 2019 г. – 177 чел.). Тесты для исследования внимания проводились в 100 % случаев. Нарушения внимания определялись у граждан в 2017 г. в 52,9 %, в 2018 г. – в 63,5 %, в 2019 г. – 66,9 % случаев. Из них преобладали незначительные нарушения с удельным весом 82,4 % – 56,8 % – 44,1 % от числа выявленных нарушений; умеренные нарушения составили 13,5 % – 32,2 % – 16,9 %; выраженные – 4,1 % – 11,0 % – 8,8 % соответственно годам.

Тесты для исследования памяти проводились в 50,0 % – 46,9 % – 73,6 % случаев от числа направленных, соответственно, в 2017, 2018, 2019 гг. Установлены нарушения памяти в 56,5 % – 56,1 % – 60,4 % случаев. Из них незначительные нарушения преобладали: 87,2 % – 76,4 % – 85,9 %; умеренные нарушения определялись в 12,8 % – 23,6 % – 14,1 %.

Тесты для исследования мышления проводились в 12,3 % – 17,7 % – 6,3 % случаев. Из них нарушения мышления определены в 41,2 % – 62,2 % – 77,8 % случаев. Незначительные нарушения мышления преобладали в 2017-2018 гг. – 42,8 % – 37,8 %, умеренные нарушения составили 28,1 % – 18,9 % от числа выявленных нарушений. В 2019 г. при исследовании установлено больше умеренных на-



рушений – 57,1 %, незначительные составили 42,9 % случаев.

Тесты для исследования мелкой моторики проведены в 5,0 %–2,4 %–1,4 % случаев. Нарушения определены в 100 % случаев. По результатам исследования в 2017-2018 гг. у граждан преобладали умеренные нарушения – 57,1 % – 60,0 %. В 2019 г. умеренные нарушения и выраженные нарушения мелкой моторики регистрировались в равных долях (50,0 %). Значительно выраженных нарушений при исследовании психической деятельности у граждан в анализируемый период не установлено.

Проводился корреляционный анализ данных, полученных традиционным методом исследования, и результатов обследования на ПАК «Шуффрид». Наиболее схожие результаты при проведении анализа показали следующие тесты: тесты на внимание и концентрацию – «Когнитрон» (COG), тест прослеживания линий (LVT), тест на восприятие и продолжительность внимания из серии тестов WAFV; тесты для исследования памяти – фигуральный тест на память (FGT), тест на объем рабочей памяти в вербальной сфере (NBV), визуальный тест на память (VISGED).

Провести прямое сопоставление результа-

тов исследования мышления традиционными методом и путем тестирования на ПАК не представляется возможным. Традиционно в условиях МСЭ оцениваются иные составляющие мышления, нежели возможно оценить при помощи ПАК. Наиболее информативными для МСЭ показали себя тесты: на определение способности к планированию (TOL) и батарея тестов по структуре интеллекта (INSSVR). Но проведение последней методики занимает продолжительное время, что не всегда возможно в условиях МСЭ. При оценке мелкой моторики наиболее информативной показала себя серия тестов MLS.

Выводы. Применение ПАК позволяет: объективизировать степень снижения функций психических процессов, сопоставить с традиционными психологическими оценками и их дополнить; исключить возможность аггравационного поведения освидетельствуемого гражданина; избежать недоверие пациента к результатам традиционного экспериментально-психологического обследования, а значит предотвратить возможный конфликт.



ПЕРВИЧНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ БОЛЕЗНЕЙ В 2016-2018 ГОДАХ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Иркутской области» Минтруда России,
г. Иркутск, Россия*

В Иркутской области в 2016-2018 гг. в структуре первичной заболеваемости взрослого населения (18 лет и старше) цереброваскулярные заболевания (ЦВБ) занимают пятое место (6,4 %), уступая лишь болезням органов дыхания, травмам, болезням костно-мышечной системы и болезням мочеполовой системы. Болезни системы кровообращения (БСК) занимают первое место среди причин смертности населения в Иркутской области (47,7 %), из них цереброваскулярные заболевания составляют 22,5 %, уступая лишь ишемической болезни сердца (51,4 %).

Цель работы – анализ первичной инвалидности вследствие цереброваскулярных болезней в Иркутской области в 2016-2018 гг. Анализ проведен на основании электронной базы данных о гражданах с заболеваниями, включенными в МКБ-10 в рубрики «I60-I69», прошедших освидетельствование в 2016-2018 гг. в ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России.

В структуре первичной инвалидности вследствие болезней системы кровообращения в анализируемом периоде ведущее место занимали ЦВБ, их доля составляла 44,9 % в 2016 г., 42,7 % – в 2017 г., 41,3 % – в 2018 г. Интенсивный показатель первичной инвалидности (ИППИ) взрослого населения вследствие ЦВБ – самый высокий среди всех нозологических форм класса БСК. В 2016 г. он составил 8,3 на 10 тыс. населения (по Российской Федерации (РФ) – 8,0, по Сибирскому федеральному округу (СФО) – 7,1). С 2017 г. отмечено снижение ИППИ до 7,6 на 10 тыс. населения (РФ – 7,9, СФО – 6,8), в 2018 г. он составил 6,7 на 10 тыс. населения.

Снижение ИППИ при данной патологии связано с эффективной работой нейрососудистых центров не только в пределах областного

центра, но и на территории районных центров, оказывающих квалифицированную медицинскую помощь в первые часы сосудистой катастрофы, доступностью высокотехнологических методов диагностики (МРТ, МСКТ, ангиография), проведением реабилитационных мероприятий в специализированных отделениях, что, в свою очередь, приводит к снижению летальности и осложнений и, следовательно, профилактике первичной инвалидности.

В течение 2016-2018 гг. впервые признанные инвалидами (ВПИ) пенсионного возраста (мужчины старше 60 и женщины старше 55 лет) вследствие ЦВБ составляли практически 2/3 (2016 г. – 71,9 %, 2017 г. – 72,4 %, 2018 г. – 71,8 %). Преобладание доли лиц пенсионного возраста обусловлено высокой заболеваемостью ЦВБ. ИППИ вследствие ЦВБ в пенсионном возрасте в 6 раз превышает таковой в трудоспособном возрасте. Имеется положительная динамика снижения ИППИ лиц пенсионного возраста: в 2018 г. – 16,0 на 10 тыс. населения пенсионного возраста (в 2017 – 18,7; в 2016 – 20,8). ИППИ вследствие ЦВБ у лиц пенсионного возраста в Иркутской области в 2016-2017 гг. ниже показателей по РФ и СФО (в 2016 г. ИППИ по РФ составил 18,3 на 10 тыс. населения, по СФО – 17,0 на 10 тыс. населения; в 2017 ИППИ по РФ – 35,0 на 10 тыс. населения, в СФО – 31,9 на 10 тыс. населения). ИППИ при ЦВБ у лиц трудоспособного возраста в анализируемый период снизился с 3,3 на 10 тыс. населения в 2016 г. до 2,7 в 2018 г. (в 2017 г. – 3,0).

Рассматриваемая патология за последние 3 года в основном приводит к тяжелой инвалидности. На долю I и II групп ВПИ приходится около 60 % за все анализируемые годы. Удельный вес ВПИ III группы вследствие ЦВБ остается стабильным (в 2016 г. – 39,7 %, в 2017 г. –



40,7 %, в 2018 г. – 40,8 %).

В нозологической структуре первичной инвалидности вследствие ЦВБ первое место ежегодно занимают последствия ишемического инсульта: 64,7 % в 2016 г., 59,4 % – в 2017 г., 57,9 % – в 2018 г. В 2018 г. зафиксировано снижение ИППИ по последствиям ишемического инсульта: в 1,4 раза по сравнению с 2016 г. (3,9 против 5,3 на 10 тыс. населения). В 2017 г. ИППИ составил 4,5 на 10 тыс. населения.

Второе ранговое место в нозологической структуре первичной инвалидности вследствие ЦВБ в 2016-2018 гг. занимает дисциркуляторная энцефалопатия. Доля её составляла от 25,7 % до 33,3 %. ИППИ вследствие дисциркуляторной энцефалопатии за последние 3 года практически не менялся: в 2016 г. – 2,1, в 2017 г. – 2,3, в 2018 г. – 2,2 на 10 тыс. населения.

На третьем ранговом месте в нозологической структуре первичной инвалидности вследствие ЦВБ – последствия геморрагических инсультов: 2016 г. – 9,6 %, 2017 г. – 10,2 %, 2018 г. – 8,8 %. ИППИ по последствиям геморрагических инсультов составил в 2016 и 2017 гг. 0,8, в 2018 г. – 0,6 на 10 тыс. населения.

Выводы:

1) ИППИ вследствие ЦВБ в Иркутской области в 2016-2017 гг. (7,6 на 10 тыс. населения) практически не отличаются от таковых в Российской Федерации (7,9), но немного выше средних по Сибирскому федеральному округу (6,8).

2) Уровни первичной инвалидности вследствие ЦВБ имеют положительную тенденцию к снижению с 8,3 до 6,7 на 10 тыс. населения.

3) В структуре первичной инвалидности по тяжести в течение 3 лет 60 % приходится на I и II группы инвалидности.

4) Доля ВПИ вследствие ЦВБ пенсионного возраста (мужчины старше 60 и женщины старше 55 лет) преобладает над таковой у лиц трудоспособного возраста и составляет в среднем около 72 %.

В нозологической структуре первичной инвалидности вследствие ЦВБ первое ранговое место занимают последствия ишемических инсультов, второе – дисциркуляторная энцефалопатия, третье – последствия геморрагических инсультов.





ГАВРИЛЮК О.Н., РОГОВА Л.Г., РОДЫГИНА Е.В., МОХОНЬКО Л.А., РЕМНЕВА И.В.

АНАЛИЗ ОБРАЩЕНИЙ ГРАЖДАН, ВПЕРВЫЕ ОБРАТИВШИХСЯ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ С ЦЕЛЬЮ РАЗРАБОТКИ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТРАДАВШЕГО НА ПЕРИОД ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, ЗА 2015-2018 ГОДЫ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Кемеровской области»
Минтруда России, г. Кемерово, Россия*

Введение. Кемеровская область (Кузбасс) – регион России, расположенный в южной части Западной Сибири, – входит в состав Сибирского федерального округа. Особенности региона являются: высокая урбанизация, концентрация населения в узкой зоне добычи угля, наличие опасных и вредных производств, высокое загрязнение окружающей среды, что является основополагающим в формировании заболеваемости. В Кузбассе отмечается высокий уровень профессиональных заболеваний, высокий уровень травматизма, который превышает общероссийский в два раза (в 2015-2018 гг. в Кемеровской области соответственно 2,7 – 2,6 – 2,7 – 2,3 на 1000 работающего населения, в Российской Федерации (РФ) – 1,3 – 1,3 – 1,3 – 1,2) [2].

В Кемеровской области (далее – КО) в 2015-2018 гг. в структуре первичной заболеваемости взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше) травмы, отравления и некоторые другие воздействия внешних причин занимают второе место (13,6 % – КО и 11,3 % – РФ) после болезней органов дыхания (35,9 % – КО и 44,8 % – РФ), и входят в тройку основных причин смертности населения КО. Первичная заболеваемость вследствие травм, отравлений составляет 108-110 на 1000 взрослого населения ежегодно.

Всё это послужило основанием для участия КО в реализации пилотного проекта Фонда социального страхования РФ «Комплексная реабилитация и возвращение к труду пострадавших в результате тяжелых несчастных случаев на производстве», а также «Концепции совершенствования системы ранней реабилитации лиц, получивших повреждение здоровья вследствие тяжелого несчастного случая на

производстве» (всего участвуют 16 регионов РФ).

Для успешной реализации данных проектов 05.10.2015 г. подписано Соглашение о межведомственном взаимодействии, заключенное между Администрацией Кемеровской области, Кузбасским региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации, ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Кемеровской области» Минтруда и другими организациями. Координатором соглашения выступало Кузбасское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации.

Цель. Анализ статистических данных за период с 2015-го по 2018 годы о количестве и структуре (по возрасту, полу и др.) первично освидетельствованных в ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Кемеровской области» Минтруда России, пострадавших в результате несчастного случая на производстве (далее – пострадавших), с целью разработки программы реабилитации пострадавшего на производстве (далее – ПРП) на период временной нетрудоспособности. Также проанализированы данные об установленной им степени утраты профессиональной трудоспособности в дальнейшем.

Материал и методы. Исследование проведено на основании анализа статистических данных формы 7-собес, базы данных ФГИС ЕАВИИАС МСЭ. Методы исследования: статистический и аналитический. Период наблюдения – 2015-2018 гг.

Результаты. Если в 2012-2014 гг. на период временной нетрудоспособности разрабатывалось не более 3-4 ПРП в год [1], то за время реализации пилотного проекта отмечается



значительный рост количества ПРП: 2015 г. – 12, 2016 г. – 42, 2017 г. – 52, 2018 г. – 64, и уже в первом полугодии 2019 г. разработано 30 ПРП. В структуре пострадавших преобладают мужчины: в 2015 г. – 11 (91,7 %) мужчин и 1 (8,3 %) женщина, в 2016 г., соответственно, 38 (90,5 %) и 4 (9,5 %), в 2017 г. – 46 (88,5 %) и 6 (11,5 %), в 2018 г. – 56 (87,5 %) и 8 (12,5 %). Большинство пострадавших относится к возрастной группе 18-45 лет (в 2015 г. – 83 %, в 2016 г. – 73,8 %, в 2017 г. – 59,6 %, в 2018 г. – 68,8 %). Самому молодому пострадавшему, обратившемуся впервые на медико-социальную экспертизу с целью разработки программы реабилитации пострадавшего на период временной нетрудоспособности, – 21 год. По локализации травм преобладают последствия травмы головы (в 2015 г. – 4 (33,3 %) человека, в 2016 г. – 13 (30,9 %), в 2017 г. – 18 (34,6 %), в 2018 г. – 17 (26,6 %), а также последствия травм шеи и туловища (в 2015 г. – 3 (25 %) человека, в 2016 г. – 12 (28,6 %), в 2017 г. – 12 (23,1 %), в 2018 г. – 21 (32,8 %).

По результатам анализа дел МСЭ граждан, обратившихся первично с целью установления степени утраты профессиональной трудоспособности (СУПТ), наиболее часто определяется СУПТ от 10 до 30 %. (Табл.1).

Выводы.

1) Основным механизмом осуществления всех реабилитационных или абилитационных мероприятий является программа реабилитации пострадавшего от несчастного случая на производстве или профессионального заболевания

2) Взаимодействие медицинских органи-

заций, Кузбасского регионального отделения Фонда социального страхования и учреждения МСЭ в процессе реабилитации пострадавших позволяет оперативно решать возникающие проблемы и реализовать индивидуальный подход к реабилитации пострадавших в зависимости от изменения состояния здоровья.

3) Реализация программ пилотного проекта положительно сказывается на результатах реабилитации: в большинстве случаев устанавливается минимальная степень утраты профессиональной трудоспособности (10-30 %). Итоговая цель концепции – возвращение пострадавшего к активной профессиональной деятельности с минимальными потерями для здоровья, достижение им материальной независимости и интеграции в общество.

4) Максимальный эффект от проведения реабилитационных или абилитационных мероприятий достигается при реализации межведомственного взаимодействия и сопровождения пострадавшего на производстве на всех этапах системы реабилитации

Список литературы.

1. Материалы научно-практической конференции «Теоретические и прикладные аспекты совершенствования организации и методов реабилитации и абилитации инвалидов с нарушением функции опоры и движения», Новокузнецк, 27-28 октября 2016 г. – Новокузнецк: ИП Петровский К.В. (Изограф), 2016. – 178 с.
2. Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики.

Таблица 1 – Результаты установления степени утраты профессиональной трудоспособности

СУПТ (%)	2015 г. (абс.)	2016 г. (абс.)	2017 г. (абс.)	2018 г. (абс.)
10	1	4	11	11
20	1	7	8	8
30	4	15	12	23
40	2	5	1	5
50	0	1	2	1
60	1	4	6	5
70	0	0	2	0
80	1	1	2	3
90	0	1	2	0
100	1	4	3	2
СУПТ не установлена*	1	0	3	6

* – благоприятный исход / не обращался для установления СУПТ



ГАВРИЛЮК О.Н., РОГОВА Л.Г., РОДЫГИНА Е.В., МОХОНЬКО Л.А., РЕМНЕВА И.В.

ВОПРОСЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В РАМКАХ РАЗРАБОТКИ И РЕАЛИЗАЦИИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИЛИ АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Кемеровской области» Минтруда России,
г. Кемерово, Россия*

Реализация индивидуальной программы реабилитации или абилитации (ИПРА) инвалида носит государственный характер гарантий соблюдения прав инвалидов в области медицинской, социальной, профессиональной реабилитации, обеспечения техническими средствами реабилитации с учетом особенностей реабилитантов.

Специалисты ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Кемеровской области» Минтруда России при анализе качества заполнения направлений на медико-социальную экспертизу (МСЭ), а также участвуя при разборе конфликтных ситуаций, возникающих при освидетельствовании граждан, приходят к выводу, что в настоящее время сохраняется проблема недостаточной информированности врачей медицинских организаций о показаниях и противопоказаниях для назначения тех или иных технических средств реабилитации, о порядке обеспечения техническими средствами, не говоря уже о критериях установления инвалидности.

Также тот факт, что структуры, участвующие в реабилитационном процессе, – МСЭ, протезно-ортопедические предприятия, фонд социального страхования и т.д. – имеют раз-

личную подчиненность и разграничение функций, приводит в некоторых случаях к несогласованности рекомендаций, принимаемых решений, и это сказывается на сроках реализации реабилитационных мероприятий.

Специалисты Главного бюро МСЭ по Кемеровской области регулярно выступают в средствах массовой информации (телевидение, радио, печатные издания), ведут приемы граждан, активно взаимодействуют с общественными организациями инвалидов, регулярно участвуют в семинарах, совещаниях, круглых столах, проводимых органами исполнительной власти Кемеровской области, ответственными за разработку мер реабилитации и их выполнение. Обмен только теоретическими знаниями и нормативными документами между различными ведомствами недостаточен. Необходимо организовывать межведомственные комиссии, которые будут способствовать оптимизации маршрутизации граждан, ускорят процесс оформления документов и реализацию реабилитационных мероприятий. Только в тесном контакте всех участников можно добиться создания доступной и комфортной среды для инвалидов, их социализации и адаптации, эффективной интеграции в общество.



ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ ИНВАЛИДНОСТИ ОТ ГЛУБОКИХ ОТМОРОЖЕНИЙ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА (НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ РЕБЕНКА ПО ПОСЛЕДСТВИЯМ ТЯЖЕЛОЙ ХОЛОДОВОЙ ТРАВМЫ)

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Республике Саха (Якутия)» Минтруда России,
г. Якутск, Россия*

Введение. Общее охлаждение и отморожения являются одними из тяжелых видов холодовой травмы и зачастую приводят к высокому уровню инвалидизации. Природно-климатические условия Якутии, самого холодного региона планеты, во многих отношениях характеризуются как экстремальные. В Республике Саха (Якутия) гибель жителей от переохлаждений стоит на третьем месте в структуре смертности от травм. Ежегодно в стационар поступает примерно двести пациентов с последствиями от воздействия холода. Порядка двадцати из них – дети.

Цель. Анализ уровня инвалидности от глубоких отморожений с экспертным случаем.

Материал и методы. Использована статистическая информация ожогового отделения Республиканской больницы № 2 – Центра экстренной медицинской помощи и Главного бюро медико-социальной экспертизы по Республике Саха (Якутия).

Результаты. В Главном бюро с последствиями холодовых травм всего освидетельствовано в 2016 г. 31 чел., в 2017 г. – 32 чел., в 2018 г. – 35 чел.; из них установлена инвалидность в 2016 г. в 23 (74,2 %) случаях, в 2017 г. – в 23 (71,8 %), в 2018 г. – в 26 (74,3 %). При этом преобладают граждане, которым установлена третья группа инвалидности: 2016 г. – 13 (56,5 %), 2017 г. – 11 (47,8 %), 2018 г. – 10 (38,5 %). В 2018 г. значительно увеличилось число граждан со второй группой инвалидности: 2016 г. – 5 (21,7 %), 2017 г. – 4 (17,4 %), 2018 г. – 11 (42,3 %). Число инвалидов с первой группой также остается на высоком уровне: 2016 г. – 4 (17,4 %), 2017 г. – 7 (30,4 %), 2018 г. – 5 (19,2 %). В 2016-2017 го-

дах по одному случаю инвалидности от последствий отморожений приходится на детский возраст: 2016 г. – 1 (4,3 %), 2017 г. – 1 (4,3 %), 2018 г. – 0. Среди освидетельствованных преобладают лица трудоспособного возраста, и за последний год отмечается увеличение их числа. По гендерной принадлежности мужчин больше, причем в динамике их число растет. Более подвержены к отморожению открытые части тела, а именно дистальные отделы конечностей с двух сторон, что привело к оперативным вмешательствам в объеме ампутации конечностей.

Далее представляем случай экспертного решения освидетельствования 14-летней девочки. Ребенок проживает в селе Оймяконского улуса республики. Из анамнеза известно, что мама обнаружила ребенка 22.02.2019 г. утром, без сознания, на крыльце собственного дома, в сезонной одежде, без рукавиц и обуви. Уличная температура в момент травмы была минус 60°C. Ребенок в экстренном порядке был доставлен в реанимационное отделение Центра экстренной медицинской помощи (г. Якутск) с основным диагнозом: общее охлаждение организма. Отморожение обеих кистей, стоп IV степени, коленных суставов II-III степени. Проведены ампутации обеих кистей на уровне нижней трети предплечий, ампутации стоп на уровне нижней трети голеней. Ребенок через четыре месяца после стационарного лечения в Центре был представлен на медико-социальную экспертизу с целью установления инвалидности и разработки индивидуальной программы реабилитации или абилитации (ИПРА) с необходимыми техническими средствами реабилитации (ТСР).



В бюро МСЭ был выставлен основной клинико-экспертный диагноз: последствия общего охлаждения организма; отморожение обеих кистей, стоп IV степени, коленных суставов II-III степени. Состояние после ампутации обеих кистей на уровне нижней трети предплечий и обеих стоп на уровне нижней трети голени от 13.03.2019 г. В акте медико-технической комиссии протезно-ортопедического отделения по медицинским показаниям рекомендованы следующие виды ТСП: протез голени модульный; протез голени для купания; протез предплечья косметический; протез предплечья с внешним источником энергии. Потенциально достижимый уровень двигательной активности оценен как 3. Специалистами бюро ребенку была установлена категория «ребенок-инвалид», сроком до 18 лет, и разработана ИПРА. Выбор ТСП для компенсации утраченных функций вызвал некоторые затруднения и потребовал от специалистов бюро тщательного анализа и комплексного подхода к их рекомендациям с учетом показаний и противопоказаний: после ампутации конечностей в организме происходят процессы перестройки и адаптации к новым функциональным условиям, развиваются новые навыки и компенсаторные механизмы, которые помогают восстановлению части утраченных функций. В мышечной ткани перестройка начинается сразу после ампутации, костная ткань подвергается более сложной и длительной перестройке – в дистальном конце культы формируется замыкательная пластинка к концу 2-4 месяцев после ампутации. В данном клиническом случае у ребенка на момент

освидетельствования в бюро не завершен период формирования культей. Исходя из этого, не менее чем на один год, целесообразнее всего рекомендовать протезы голени лечебно-тренировочные и модульные, а также протезы предплечья активные (тяговые). При использовании лечебно-тренировочного протеза формирование культы голени происходит в течение от 1,5 до 2 месяцев. После успешного завершения освоения ходьбы в лечебно-тренировочном протезе и стабилизации периметра культы выполняют постоянное протезирование нижних конечностей. Через год ребенку будет необходимо оценить уровень адаптации к протезам верхних конечностей и после этого решить вопрос о возможности протезирования протезами предплечья с внешним источником энергии.

Заключение. Суровые климатические условия Якутии определяют особую актуальность проблемы холодовой травмы, последствиями которой зачастую являются ампутации конечностей, приводящие, как следствие, к инвалидизации пациента. Отсутствие верхних и нижних конечностей, а тем более их сочетание, приводит к потере способности передвижения, что ведет к снижению качества жизни пациента, психологической дезадаптации, потере связи с социумом. Только высококачественное современное протезирование способно вернуть человеку возможность ходить, осуществлять в полной мере самообслуживание и социально функционировать в естественной жизни.



ДИНАМИКА ИНВАЛИДНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ В 2014-2018 ГОДАХ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Омской области» Минтруда России,
г. Омск, Россия*

Введение. Реализация эффективной политики в области социальной защиты инвалидов не может состояться без соответствующего информационно-аналитического сопровождения. Изучение уровня и причин инвалидности населения, динамики тенденций и процессов является неотъемлемой частью деятельности учреждений медико-социальной экспертизы (МСЭ). Результаты этой работы лежат в основе организационных, управленческих, экономических мероприятий.

Цель исследования. Провести анализ показателей инвалидности взрослого населения, её структуры, особенностей и закономерностей по результатам освидетельствования в ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России в 2014-2018 гг.

Материал и методы. Исследование проведено на основании анализа статистических данных (№ 7-собес) «Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше»; сборников информационно-аналитических материалов о деятельности ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России в 2014-2018 гг., Единой вертикально-интегрированной информационно-аналитической системы МСЭ (ЕАВВИАС МСЭ).

Методы изучения: статистический, аналитический.

Результаты. За анализируемый период в Омской области отмечен рост уровня первичной инвалидности на 10 тыс. взрослого населения с 49,1 в 2014 г. до 55,4 в 2018 г. (2015 г. – 50,0, 2016 г. – 53,4, 2017 г. – 54,1). В Российской Федерации (РФ) этот показатель в 2014-2018 гг. снизился: 62,7 – 58,9 – 56,7 – 56,4 – 54,8 на 10 тыс. взрослого населения соответственно по годам. В возрастной структуре первичной инвалидности преобладают лица пенсионного возраста. Их удельный вес увеличился

с 53,5 % в 2014 г. до 55,2 % в 2018 г. По РФ данный контингент в 2018 г. составил 56,4 %. Показатель тяжести первичной инвалидности (доля инвалидов I и II групп) в структуре первичной инвалидности существенно не изменился: 58,7 % – 57,4 % – 57,1 % – 59,6 % – 58,8 % соответственно по годам. В структуре первичной инвалидности взрослого населения по классам болезней на первом ранговом месте злокачественные новообразования с удельным весом 40,4 % в 2018 г. (в 2014 г. – 35,1 %, в 2015 г. – 42,3 %, в 2016 г. – 39,6 %, в 2017 г. – 41,9 %), что выше, чем в РФ за 2018 г. (33,5 %). На втором ранговом месте болезни системы кровообращения с удельным весом 25,3 % (в 2014 г. – 28,1 %, в 2015 г. – 26,6 %, в 2016 г. – 26,2 %, в 2017 г. – 24,5 %), что ниже, чем в РФ в 2018 г. (30,0 %). Изменения отмечены в третьем ранговом месте. В 2014-2017 гг. третье место занимали болезни костно-мышечной системы с удельным весом 8,2 %-4,6 %-5,6 %-4,9 % соответственно по годам. В 2018 г. на третье ранговое место вышли болезни глаза и придаточного аппарата – 5,0 %. По РФ третье ранговое место в 2018 г. занимали болезни костно-мышечной системы (5,9 %), болезни глаза и придаточного аппарата – седьмое место (3,1 %).

Уровень первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований (ЗНО) увеличился с 17,2 в 2014 г. на 10 тыс. взрослого населения до 22,4 в 2018 г. (в 2015 г. – 21,2, в 2016 г. – 21,1, в 2017 г. – 22,6). В РФ с той же тенденцией к росту: 16,6-18,1-18,1-18,3-18,4 на 10 тыс. взрослого населения соответственно. Среди первичных инвалидов вследствие ЗНО доля пациентов с раком молочной железы превалирует с тенденцией к снижению: 13,3 % в 2018 г. (в 2014 г. – 17,1 %, в 2015 г. – 20,0 %, в 2016 г. – 11,7 %, в 2017 г. – 13,9 %). Второе место по распространённости зани-



мает рак кишечника: 15,6 % (2014 г. – 15,8 %, 2015 г. – 14,7 %, 2016 г. – 14,8 %, в 2017 г. – 15,5 %). Существенной динамики по годам исследования не выявлено. Третье место среди инвалидов вследствие ЗНО занимает рак лёгких с тенденцией к росту: 14,1 % (2014 г. – 13,4 %, 2015 г. – 10,9 %, 2016 г. – 12,1 %, в 2017 г. – 12,2 %). Среди впервые признанных инвалидами вследствие ЗНО по группам инвалидности в 2014-2018 гг. отмечен рост удельного веса первой группы с 19,2 % до 33,6 % (2015 г. – 21,4 %, 2016 г. – 27,4 %, 2017 г. – 29,2 %) и третьей группы с 15,7 % до 20,5 % (2015 г. – 25,3 %, 2016 г. – 23,1 %, 2017 г. – 20,3 %). Доля второй группы инвалидности снизилась с 65,1 % в 2014 г. до 45,9 % в 2018 г. (2015 г. – 53,3 %, 2016 г. – 49,6 %, 2017 г. – 50,6 %).

Интенсивный показатель повторной инвалидности снизился за анализируемый период с 108,6 в 2014 г. до 100,5 в 2018 г., не превысив уровень по РФ – 103,1 на 10 тыс. взрослого населения. Возрастная структура среди повторно признанных инвалидами изменилась. Отмечено уменьшение доли лиц трудоспособного возраста с 54,9 % в 2014 г. до 48,3 % в 2018 г. и рост пенсионного возраста с 45,1 % до 51,7 % соответственно по годам. По РФ преобладают лица трудоспособного возраста (53,9 %). Удельный вес числа инвалидов I и II групп в структуре повторной инвалидности увеличился с 46,5 % в 2014 г. до 50,0 % в 2018 г. (в 2015 г. – 48,6 %, в 2016 г. – 50,6 %, в 2017 г. –

50,2 %). В нозологической структуре повторной инвалидности первое ранговое место в 2014-2015 гг. занимали болезни системы кровообращения (30,9 %, 30,0 %); второе – злокачественные новообразования (21,5 %, 24,5 %), третье место – психические расстройства (9,8 %, 10,4 %) соответственно по годам. В период 2016-2018 гг. нозологическая структура повторной инвалидности изменилась, на первое ранговое место вышли злокачественные новообразования с удельным весом 29,2 %-30,4 %-33,2 %. Второе ранговое место заняли болезни системы кровообращения с удельным весом 28,0 %-26,6 %-26,1 %; третье место – психические расстройства: 10,2 %-9,6 %-8,0 % соответственно по годам. По РФ в 2018 г. первое место занимают болезни системы кровообращения (28,7 %), второе – злокачественные новообразования (26,3 %), третье – психические расстройства и расстройства поведения (9,0 %).

Вывод. Первичная инвалидность в Омской области характеризуется тенденцией к росту, сохраняется тяжесть общей инвалидности, преобладают лица пенсионного возраста, лица со злокачественными новообразованиями и болезнями системы кровообращения, что ведёт к необходимости принятия решений на региональном уровне по профилактике утяжеления инвалидности, раннего выявления заболеваний, своевременного лечения и проведения комплексной реабилитации инвалидов.



ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧРЕЖДЕНИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ГОРОДА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА В 2016-2018 ГОДАХ

¹ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по г. Санкт-Петербургу» Минтруда России,

²ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова» Минздрава России,
г. Санкт-Петербург, Россия

Введение. Одним из ведущих направлений деятельности учреждений медико-социальной экспертизы (МСЭ) на современном этапе является разработка индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов (ИПРА) и анализ реализации и эффективности реабилитационных мероприятий.

Цель работы. Изучение количественных показателей рекомендаций по реабилитации в ИПРА инвалидов старше 18 лет по данным Главного бюро медико-социальной экспертизы г. Санкт-Петербурга в период с 2016 по 2018 годы.

Материал и методы. Данные формы 7-сбес о результатах освидетельствования в бюро МСЭ г. Санкт-Петербурга граждан старше 18 лет. Методы: ретроспективный анализ, сравнительно-сопоставительный синтез.

Результаты и обсуждение. В период 2016-2018 гг. в бюро МСЭ г. Санкт-Петербурга взрослым инвалидам было разработано 63545 – 63524 – 60000 ИПРА соответственно. Из них 33,1 % – при первичном, 66,9 % – при повторном освидетельствовании граждан.

Рекомендации о нуждаемости в медицинской реабилитации в течение 3 лет были даны в 63390 – 63459 – 59975 ИПРА, соответственно, из них 57,6 % – в санаторно-курортном лечении.

В целях профессиональной реабилитации 40,1 % инвалидов были рекомендованы мероприятия профессиональной ориентации; в том числе в 50,5 % случаев – рекомендации содействия в трудоустройстве.

Мероприятия по социальной реабилитации

и абилитации были рекомендованы 98 % инвалидов.

В 2016 г. рекомендации по обеспечению инвалидов техническими средствами реабилитации (ТСР) содержались в 46 % ИПРА, в 2017 г. – в 45 %, в 2018 г. – в 42,6 %. Преимущественно инвалидам рекомендованы: трости опорные, обувь ортопедическая сложная, абсорбирующие изделия, поручни, кресла-коляски, слуховые аппараты, костыли, кресла-стулья с санитарным оснащением.

Анализ эффективности реализации ИПРА путем проведения экспертно-реабилитационной диагностики при очередном переосвидетельствовании инвалидов в 2016-2018 гг. был осуществлен в отношении 92137 ИПРА взрослых инвалидов, которым проводилось повторное освидетельствование. Достижение положительного эффекта реабилитации отмечено у 47,2 % инвалидов.

В частности, программа медицинской реабилитации выполнена с положительным результатом в 71,7 % случаев. Выполнение ее привело к восстановлению нарушенных функций полностью/частично или достигнута полная/частичная компенсация утраченных функций организма. Программа профессиональной реабилитации выполнена полностью или частично в 28 % случаев. В частности, в 2018 г. доля работающих инвалидов составляла 26 % среди повторно освидетельствованных. Среди инвалидов I группы удельный вес работающих в 2018 г. составил 7,5 %, II группы – 22,7 %, III группы – 31,1 %.

В 2018 г. результаты мероприятий социальной реабилитации следующие: восстановление



социально-средового статуса полностью или частично – в 36 % случаев; социально-психологического статуса полностью или частично – в 45 %; социально-педагогического статуса полностью или частично – в 43 %; социально-бытового статуса полностью или частично – в 40 %. Техническими средствами реабилитации были обеспечены 82,2 % нуждающихся инвалидов.

Выводы. Проведенный анализ рекомендованных в ИПРА инвалидам старше 18 лет реабилитационных мероприятий в период

2016-2018 гг. показал, что приоритетными направлениями являются медицинская, профессиональная, социальная реабилитация и обеспечение техническими средствами реабилитации. Наиболее высокая эффективность реализации ИПРА достигнута по результатам медицинской, социальной реабилитации и обеспечению ТСР, что связано как с высокой мотивацией инвалидов в их реализации, так и с развитием методологии указанных направлений на современном этапе.



КАРПОВА Л.В., РЫБАЛКО М.В.

АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ В 2016-2018 ГОДАХ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Иркутской области» Минтруда России,
г. Иркутск, Россия*

Введение. По официальным данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, Россия занимает 1 место в Европе по заболеваемости ВИЧ-инфекцией. За 2018 г. в России выявлено 101345 новых ВИЧ-инфицированных (в 2017 г. – 104402 чел., в 2016 г. – 103438 чел.). Показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией в России за 2018 г. составил 69,0 на 100 тыс. населения за год (в 2017 г. – 71,1, в 2016 г. – 69,6).

Более половины (51,1 %) всех выявленных больных ВИЧ-инфекцией зарегистрированы в 13 субъектах Российской Федерации: в Кеме-

ровской, Московской, Новосибирской, Свердловской областях, Пермском крае, Иркутской, Челябинской областях, Красноярском крае, Самарской области, Москве, Санкт-Петербурге, Краснодарском крае, Республике Башкортостан.

По информации ГБУЗ «Иркутский областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями», показатель пораженности среди жителей Иркутской области на 01.01.2019 г. составил 1195,9 (28808 чел.). В 2018 г. вновь выявлено ВИЧ-инфицированных 3414 чел. (в 2017 г. – 3910, в 2016 г. – 3948 чел.). Показатель забо-



леваемости за 2018 г. (141,7 на 100 тыс. населения) в сравнении с аналогичным периодом 2017 г. (162,3 на 100 тыс. населения) снизился на 12,5 %, в 2016 г. он составлял 163,6 на 100 тыс. населения.

Особенностью эпидемии последних лет является то, что заболевают ВИЧ-инфекцией в основном лица трудоспособного репродуктивного возраста (18-49 лет); лидирует половой путь распространения; среди ВИЧ-инфицированных преобладают мужчины (55,2 %); увеличивается число ВИЧ-инфицированных, нуждающихся в антиретровирусной терапии и лечении вирусных гепатитов и туберкулеза.

Материал и методы. Анализ инвалидности взрослого населения в Иркутской области за 2016-2018 гг. при болезнях, вызванных вирусом иммунодефицита человека, проведен по материалам электронной базы данных ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России.

Результаты. В 2016-2018 гг. инвалидность вследствие болезни, вызванной ВИЧ-инфекцией, в структуре первичной инвалидности взрослого населения в Иркутской области занимает седьмое ранговое место.

Интенсивный показатель первичной инвалидности (ИППИ) вследствие данной патологии в 2016-2018 гг. остается неизменным – 3,2 на 10 тыс. населения, что значительно выше ИППИ по Сибирскому федеральному округу (2016 г. – 0,7 на 10 тыс. населения, 2017 г. – 0,8 на 10 тыс. населения) и по РФ (2016 и 2017 гг. – 0,5 на 10 тыс. населения).

В структуре первичной инвалидности вследствие ВИЧ-инфекции в течение 3-х лет отмечается значительное преобладание инвалидов, проживающих в городских поселениях: 2016 г. – 88,8 %, 2017 г. – 88,5 %, 2018 г. – 85,2 %. ИППИ вследствие ВИЧ-инфекции в городских поселениях превышает ИППИ в сельских поселениях в 2016-2017 гг. – в 1,9 раза, в 2018 г. – в 1,5 раза.

При анализе гендерной структуры первичной инвалидности вследствие ВИЧ-инфекции в 2016-2018 гг. выявлено значительное преобладание удельного веса мужчин, независимо от места проживания (64,7 % – 68,4 % – 68,0 %), удельный вес женщин ниже, но отмечается тенденция к росту (35,3 % – 31,6 % – 32,0 %). ИППИ вследствие ВИЧ-инфекции в зависимости от половой принадлежности в

целом по Иркутской области в течение 2016-2018 гг. имеет тенденцию к увеличению у мужчин (4,6 – 4,8 – 4,9 на 10 тыс. населения соответственно по годам), у женщин практически не меняется (2,0 – 1,8 – 1,8 на 10 тыс. населения).

Анализ структуры первичной инвалидности по возрасту в 2016-2018 гг. свидетельствует о значительном преобладании лиц трудоспособного возраста над лицами пенсионного возраста: 99,3 % – 99,5 % – 98,8 %. Среднеобластной ИППИ граждан трудоспособного возраста вследствие ВИЧ-инфекции в 2016-2018 гг. составил 4,4 – 4,4 – 4,5 на 10 тыс. населения соответственно по годам.

В общем контингенте впервые признанных инвалидами (ВПИ) вследствие ВИЧ-инфекции около 2/3 инвалидов имеют коинфекцию «ВИЧ-туберкулез»: 2016 г. – 78,2 %, 2017 г. – 75,6 %, 2018 г. – 69,3 %. Данное сочетание сказывается на структуре первичной инвалидности по тяжести. В анализируемом периоде стабильно преобладает доля ВПИ второй группы: в 2018 г. – 60,4 % (352 чел.), в 2017 г. – 64,6 % (378 чел.), в 2016 г. – 65,2 % (386 чел.). Удельный вес ВПИ первой группы составил в 2018 г. – 9,2 % (54 чел.), в 2017 г. – 8,6 % (50 чел.), в 2016 г. – 9,8 % (58 чел.). Доля ВПИ третьей группы составила в 2018 г. – 30,4 % (178 чел.), 2017 г. – 26,8 % (157 чел.), в 2016 г. – 25,0 % (148 чел.).

Выводы.

1) Первичная инвалидность вследствие ВИЧ-инфекции в 2016-2018 гг. стабильно занимает седьмое место в структуре первичной инвалидности в Иркутской области.

2) ИППИ вследствие ВИЧ-инфекции в Иркутской области в 2016-2018 гг. сохраняется на цифрах 3,2 на 10 тыс. населения, и остаётся самым высоким среди субъектов Российской Федерации и по Сибирскому федеральному округу.

3) ИППИ вследствие ВИЧ-инфекции в течение 3-х лет в городских поселениях превышает таковой в сельских в 1,9 раза, в 2018 г. – в 1,5 раза.

4) Анализ гендерной структуры ВПИ вследствие ВИЧ-инфекции свидетельствует о преобладании лиц мужского пола.

5) Подавляющее большинство впервые признанных инвалидами вследствие ВИЧ-инфекции в 2016-2018 гг. составляют лица тру-



доспособного возраста (более 98 %).

6) Более 4/5 ВПИ вследствие ВИЧ-инфекции в 2016-2018 гг. составляют лица молодого возраста.

7) На протяжении последних 3-х лет по

анализируемой патологии тяжесть первичной инвалидности обусловлена второй группой инвалидности (от 65,2 до 60,4 %).



КАРПОВА Л.В., РЫБАЛКО М.В.

ПЕРВИЧНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ ВСЛЕДСТВИЕ КОИНФЕКЦИИ «ВИЧ-ТУБЕРКУЛЕЗ» В 2016-2018 ГОДАХ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Иркутской области» Минтруда России,
г. Иркутск, Россия*

Введение. ВИЧ-инфекция является самым серьезным из факторов риска развития туберкулеза у лиц, инфицированных микобактериями туберкулеза. Туберкулез и ВИЧ-инфекция – это два тесно связанных между собой состояния, поскольку профилактика первого заболевания зависит от состояния клеточного иммунитета, а второе заболевание уничтожает именно это звено. У людей, инфицированных ВИЧ, вероятность развития активной формы туберкулеза возрастает в 20-30 раз.

Распространение ВИЧ-инфекции привело к росту туберкулеза в мире и создает угрозу нового подъема его в России в ближайшие годы. Туберкулез относится к наиболее вирулентным из всех оппортунистических инфекций у ВИЧ-инфицированных и развивается в более ранние сроки по сравнению с другими. С другой стороны, туберкулез способствует прогрессированию латентной ВИЧ-инфекции и развитию СПИДа.

Для больных с сочетанной инфекцией

«ВИЧ-туберкулез» риск неудачного исхода лечения выше в 7 раз, а риск смерти – в 3 раза, чем для людей с моноинфекцией туберкулеза.

Самые распространенные причины смерти в поздних стадиях ВИЧ-инфекции (4Б, 4В, 5): прогрессирование туберкулеза, пневмония (пневмоцистная, цитомегаловирусная, кандидозная), синдром истощения, токсоплазмоз головного мозга.

Материал и методы. Анализ инвалидности взрослого населения в Иркутской области за 2016-2018 гг. вследствие коинфекции «ВИЧ-туберкулез» проведен по материалам электронной базы данных ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России.

Результаты. В общем контингенте впервые признанных инвалидами вследствие ВИЧ-инфекции около 2/3 инвалидов имеют коинфекцию «ВИЧ-туберкулез»: 2016 г. – 78,2 %, 2017 г. – 75,6 %, 2018 г. – 69,3 %.

Интенсивный показатель первичной инвалидности (ИППИ) вследствие коинфекции «ВИЧ-туберкулез» в 2016-2018 гг. с незначи-



тельным снижением в динамике 2,5 – 2,4 – 2,2 на 10 тыс. населения.

При анализе гендерной структуры первичной инвалидности вследствие коинфекции «ВИЧ-туберкулез» в 2016-2018 гг. выявлено значительное преобладание удельного веса мужчин (67,2 % – 72,7 % – 71,6 %), удельный вес женщин ниже (32,8 % – 27,3 % – 28,4 %).

ИППИ вследствие коинфекции «ВИЧ-туберкулез» в зависимости от половой принадлежности в целом по Иркутской области в течение 2016-2018 гг. незначительно снижается как у мужчин (3,8 – 3,9 – 3,6 на 10 тыс. населения соответственно по годам), так и у женщин (1,5 – 1,2 – 1,1 на 10 тыс. населения).

Анализ структуры ВПИ вследствие коинфекции «ВИЧ-туберкулез» по возрасту в 2016-2018 гг. свидетельствует о значительном преобладании лиц трудоспособного возраста над пенсионным: 99,4 % – 99,6 % – 98,8 % соответственно по годам.

В Иркутской области в структуре ВПИ вследствие коинфекции «ВИЧ-туберкулез» за 3 проанализированных года выявлено значительное преобладание доли лиц молодого возраста: от 88,6 % до 82,0 %, удельный вес лиц среднего возраста вырос с 10,8 % до 16,8 %, отмечено колебание удельного веса лиц пенсионного возраста (0,6 % – 1,2 %).

В структуре первичной инвалидности по тяжести вследствие сочетанной инфекции ВИЧ и туберкулеза за 3 проанализированных года стабильно преобладает доля инвалидов первой и второй групп, что свидетельствует о тяжелом течении заболевания, выраженных нарушениях функций дыхательной и иммунной систем организма. Доля инвалидов второй группы составила: в 2018 г. – 67,4 % (273 чел.), в 2017 г. – 71,6 % (315 чел.), в 2016 г. – 71,9 % (333 чел.). Удельный вес инвалидов первой группы: в 2018 г. – 3,2 % (13 чел.), 2017 г. – 2,3 % (10 чел.), в 2016 г. – 4,3 % (20 чел.). Доля инвалидов третьей группы составила в 2018 г.

– 29,4 % (119 чел.), 2017 г. – 26,1 % (115 чел.), в 2016 г. – 23,8 % (110 чел.).

Выводы.

1) В общем контингенте впервые признанных инвалидами вследствие ВИЧ-инфекции в 2016-2018 гг. около 2/3 инвалидов имеют коинфекцию «ВИЧ-туберкулез».

2) Интенсивный показатель первичной инвалидности вследствие коинфекции «ВИЧ-туберкулез» в 2016-2018 гг. составил 2,5 – 2,2 на 10 тыс. населения.

3) Анализ гендерной структуры ВПИ вследствие ВИЧ-инфекции свидетельствует о преобладании лиц мужского пола (2/3 инвалидов).

4) Группу ВПИ вследствие коинфекции «ВИЧ-туберкулез» на 99 % составляют лица трудоспособного возраста.

5) Подавляющее большинство впервые признанных инвалидами вследствие коинфекции «ВИЧ-туберкулез» в 2016-2018 гг. составляют лица молодого возраста: от 88,6 до 82,0 %.

6) На протяжении последних 3-х лет по анализируемой патологии тяжесть инвалидности соответствует второй и первой группам инвалидности (70,6 – 76,2 %).

7) Многолетний опыт работы по освидетельствованию граждан, страдающих ВИЧ-инфекцией, показывает, что при проведении адекватной своевременной антиретровирусной терапии, приверженности к лечению, происходит клиническое излечение туберкулеза, восстановление иммунного статуса и формирование стойкой ремиссии заболевания. По нашему мнению, установление инвалидности бессрочно при первичном освидетельствовании лиц с ВИЧ-инфекцией в стадии 4Б и 4В в сочетании с туберкулезом целесообразно только при тяжелых осложнениях заболевания, при которых невозможно проведение реабилитационных мероприятий.





КОЗЛОВ С.И., ЯЛАМОВ А.С.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НОРМАЛЬНОГО И ПАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАРЕНИЯ

*ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Минтруда России,
г. Москва, Россия*

Введение. Старение и связанные с ним изменения здоровья являются междисциплинарной проблемой, активно разрабатываемой в настоящий момент. Основная парадигма исследований старения заключается в признании изменения здоровья в данных условиях нормальным и закономерным процессом. Качественным изменениям психических процессов, которые происходят в позднем периоде онтогенеза, уделяют внимание с позиции экзистенциальной психологии, то есть глубинных переживаний, связанных с приближением смерти. Другая группа исследований уделяет внимание социальным проблемам старения и связанными с ними психическими процессами. Третья группа исследований занимается разработкой проблемы изменения психических процессов как следствия стареющего мозга. В данном исследовании мы не претендуем на сколько-нибудь полное освещение проблемы психологии позднего возраста, а постарались отразить данные только третьей группы исследований применительно к медико-социальной экспертизе.

«Старение – это закономерный процесс, сопровождающийся характерными возрастными изменениями в органах и системах, ведущими к ограничению адаптационных возможностей организма, которые при нормальном старении доступны компенсации» (Корсакова Н.К., Рощина И.Ф., 2009).

Целью данного исследования является оценка возможности соотнесения клинических данных нейропсихологии с целями и задачами медико-социальной экспертизы. Задачи исследования: 1) анализ имеющейся литературы по теме нормального и патологического старения; 2) контент-анализ заключений психологического, экспериментально-психологического исследования людей, обратившихся в ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России;

3) постановка научных гипотез по данной теме для дальнейшего более широкого изучения проблемы.

Обзор литературы по теме исследования. Исследователи, которые занимаются разработкой данной проблемы (Балашова Е.Ю., Варако Н.А. Корсакова Н.К., Рощина И.Ф. и др.), выделяют следующие типы нормального старения:

1) Дефицит симультанности в переработке информации (больше проявляется в зрительно-пространственной деятельности).

2) Слабость энергетического обеспечения активности (длительная латентность при включении в деятельность, повышенная истощаемость в длительном умственном действии, повышенная тормозимость следов памяти, снижение объема психической активности).

3) Снижение произвольной регуляции деятельности в звеньях прогнозирования результатов, построении адекватных задаче и своим возможностям программ действия, импульсивность в принятии решений, несоразмерность планов и возможностей их реализации.

4) Сочетанный вариант (симптоматика 2 и 3 типов): наблюдается недостаточная спонтанность, сужение сферы интересов, эмоциональная монотонность в сочетании с повышенной забывчивостью. Четвертый вариант старения является прогностически наиболее неблагоприятным.

В качестве характеристик психических изменений вследствие нормального старения принято выделять следующие: замедление темпа деятельности (латентность), особенно на этапе её инициации (наиболее отчетливо это проявляется при извлечении информации из систем хранения в памяти); сужение объема психической активности в виде ограничения присущих молодому возрасту возможностей одновременного многоканального параллель-



ного выполнения различных действий; ограничение в текущем запоминании, обусловленное повышенной тормозимостью следов памяти под влиянием вновь поступившей информации, снижением помехоустойчивости текущего запоминания к отвлекающим факторам; снижение способности к обучению новому, к постановке творческих задач (это может быть обусловлено, скорее всего, снижением уровня активности субъекта, а не его интеллектуального потенциала); затруднения в актуализации зрительно-пространственных представлений; снижение зрительно-пространственной памяти; затруднения при холистической, целостной, симультанной переработке информации.

В психологической экспертно-реабилитационной диагностике в рамках медико-соци-

альной экспертизы присутствует нейропсихологическая феноменология нормального и патологического старения. Сосудистые заболевания в позднем возрасте лишают организм возможностей компенсации психических изменений, которые являются нормальными в условиях стареющего мозга. Дальнейшее исследование специфики протекания сосудистых заболеваний в позднем возрасте и компенсаторных возможностей стареющего мозга позволит уточнить характер их влияния на степень ограничения жизнедеятельности и прогнозирование течения психических процессов в условиях стареющего мозга.



ПЕРВИЧНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ И СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ: ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ПОТРЕБНОСТЬ ИНВАЛИДОВ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Алтайскому краю» Минтруда России,
г. Барнаул, Россия*

Введение. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани являются одной из ведущих причин инвалидности населения в России и во всем мире (С.Н. Пузин, 2012; Н.К. Гусева с соавт., 2012, 2014; А.И. Вялков с соавт., 2010; Г.Н. Шеметова, 2004; И.Л. Петрунько, 2011; М.А. Дымочка, 2014; Ж.В. Болтенко, 2014; K.D. Brandt et al., 2008). Особую социальную значимость проблема приобретает не только ввиду высокой распространенности данной патологии среди населения, но и в связи с большой долей в контингенте больных и инвалидов лиц трудоспособного возраста (Л.А. Карасаева, 2011; Н.К. Гусева, 2014; М.А. Дымочка, 2014; Ж.В. Болтенко, 2014; М.В. Макарова с соавт., 2015; Р.М. Балабанова с соавт., 2018; R. Lemmens et al., 2010). В течение последних лет уровень зарегистрированной первичной инвалидности взрослого населения России вследствие болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани имеет тенденцию к снижению. Однако при изучении проблемы в региональном аспекте определяются достаточно серьезные различия в динамике показателей (И.Л. Петрунько, 2011; Л.П. Гришина, 2014; М.А. Дымочка, 2017).

Цель. На основе комплексного социально-гигиенического исследования выявить основные тенденции формирования первичной инвалидности взрослого населения Алтайского края вследствие болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани и определить потребность инвалидов в мерах реабилитации.

Результаты. Общая численность граждан в

возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами (ВПИ) вследствие болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани (КМССТ), в Алтайском крае в 2014-2018 гг. составила 4100 чел. В течение 2014-2017 гг. численность ВПИ имела тенденцию к снижению с наибольшим темпом убыли в 2016 г. (13,9 %). В 2018 г., в сравнении с предыдущим годом, количество ВПИ увеличилось (темпы прироста в сравнении с 2017 годом составили 17,3 %), тем не менее показатель оставался ниже, чем в исходном году.

Частота первичной инвалидности взрослого населения Алтайского края вследствие болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани в 2014-2018 гг. имела тенденцию к снижению: в 2014 г. – 4,8 ‰, в 2015 г. – 4,7 ‰, в 2016 г. – 3,9 ‰, в 2017 г. – 3,8 ‰, в 2018 г. – 4,5 ‰ (со среднегодовым темпом убыли – 0,1 %). Тем не менее практически на протяжении всего изучаемого периода, за исключением 2014 г., данный показатель превышал средний российский (в 2014 г. – 6,2 ‰, в 2015 г. – 4,3 ‰, в 2016 г. – 3,6 ‰, в 2017 г. – 3,5 ‰). Согласно полученным данным, несмотря на общую тенденцию к снижению частоты инвалидности вследствие болезней КМССТ, в 2017-2018 гг. в Алтайском крае отмечено существенное увеличение показателя, практически до исходного значения (+ 18,4 %).

Удельный вес граждан трудоспособного возраста в общей численности ВПИ вследствие болезней КМССТ варьировался в пределах 49,2-52,9 %, доля лиц пенсионного возраста составляла 47,1-50,8 %. Уровень первичной

инвалидности граждан пенсионного возраста в 2014-2018 гг. имел тенденцию к снижению (с 7,9 ‰ до 6,2 ‰), в то время как частота инвалидности населения трудоспособного возраста несколько увеличилась (с 3,4 ‰ до 3,7 ‰). Тем не менее уровень первичной инвалидности граждан пенсионного возраста вследствие болезней КМССТ значительно превышал аналогичный показатель по населению трудоспособного возраста. В обеих возрастных группах зарегистрирован существенный прирост показателей инвалидности в 2017-2018 гг.

На протяжении всего исследуемого периода в структуре первичной инвалидности взрослого населения вследствие болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани преобладали лица женского пола (63,1 %). Удельный вес мужчин в общей численности ВПИ составил 36,9 %.

Среднемноголетние интенсивные показатели первичной инвалидности вследствие болезней КМССТ жителей городских и сельских поселений в 2014-2018 гг. отличались не существенно (4,4 ‰ и 4,3 ‰, соответственно). Прирост уровня инвалидности в 2017-2018 гг. отмечен как в городской, так и в сельской территориях.

Исследование первичной инвалидности вследствие болезней КМССТ с учетом ее тяжести выявило, что в структуре контингента ВПИ значительно преобладали инвалиды третьей группы (80,6 %). Суммарная доля инвалидов первой и второй группы составляла менее 20 % (3,5 % и 15,9 %, соответственно). В структуре инвалидности лиц пенсионного возраста удельный вес «тяжелых» групп был несколько выше (23,4 %), в то время как среди ВПИ трудоспособного возраста доля инвалидов второй группы составила 14,9 %, а случаи установления первой группы инвалидности были единичными.

Анализ динамики инвалидности выявил, что наиболее высокие темпы снижения показателей регистрировались по уровню инвалидности третьей группы, в то время как изменения частоты инвалидности первой и второй группы были значительно менее выражены. Общая тенденция к увеличению изучаемых показателей в 2017-2018 гг. была выявлена и при анализе динамики инвалидности третьей и (в меньшей степени) второй группы, тогда как уровень инвалидности первой группы в 2018 г. был ниже, чем в 2017 г.

В соответствии с требованиями действующего законодательства, всем гражданам, признанным инвалидами, разрабатывается индивидуальная программа реабилитации или абилитации (ИПРА). Согласно полученным данным все граждане, впервые признанные инвалидами вследствие болезней КМССТ, нуждались в проведении медицинской и социальной реабилитации. Потребность в профессиональной реабилитации составила 62,8 на 100 ВПИ вследствие КМССТ, в том числе среди лиц трудоспособного возраста нуждались в проведении мероприятий профессиональной реабилитации 99,3 % (не была определена потребность в данном виде реабилитации только инвалидам с третьей степенью ограничения способности к трудовой деятельности), лицам пенсионного возраста данный вид реабилитации был необходим в 24,8 %. Нуждаемость в обеспечении техническими средствами реабилитации (ТСР) составила 77,4 %.

В структуре контингента ВПИ вследствие болезней КМССТ отмечается наибольшая потребность в ТСР, направленных на компенсацию ограничений в самостоятельном передвижении, в частности, в средствах дополнительной опоры (64,3 на 100 ИПРА), протезах и ортезах (12,9 на 100 ИПРА), креслах-колясках (5,8 на 100 ИПРА) и ортопедической обуви (2,1 на 100 ИПРА). С целью компенсации ограничения способности к самообслуживанию вследствие выраженного нарушения передвижения, определяется нуждаемость в креслах-стульях с санитарным оснащением в 3,9 % случаев от общей численности ВПИ вследствие болезней КМССТ. Потребность ВПИ в противопролежневых матрацах составила 1,3 %, в абсорбирующем белье – 0,8 %.

Заключение. Согласно полученным данным, болезни КМССТ в Алтайском крае, как и в целом по Российской Федерации, несмотря на некоторое снижение показателей, в течение многих лет занимают третье ранговое место среди причин первичной инвалидности взрослого населения. Среднемноголетняя частота первичной инвалидности по данному классу болезней в регионе составила 4,3 ‰ и практически на протяжении всего изучаемого периода была выше федеральных показателей.

В структуре контингента ВПИ вследствие болезней КМССТ около половины составляли лица трудоспособного возраста, причем в динамике за исследуемый период доля данной



возрастной группы имела тенденцию к росту. Анализ интенсивных показателей инвалидности вследствие изучаемой патологии выявил, что наиболее высокая частота первичной инвалидности наблюдалась среди населения пенсионного возраста (5,4-7,9 ‰). В динамике за пять лет отмечена тенденция к снижению данных показателей. Уровень инвалидности граждан трудоспособного возраста в этот же период, напротив, несколько увеличился (3,0-3,7 ‰). В обеих возрастных группах отмечен существенный прирост показателей инвалидности в 2017-2018 гг.

Значимых различий распространенности и динамики первичной инвалидности вследствие болезней КМССТ среди городского и сельского населения не зарегистрировано.

Исследование первичной инвалидности с учетом ее тяжести выявило, что основную долю в общей численности ВПИ вследствие

болезней КМССТ составляли инвалиды третьей группы (более 80 %). В структуре инвалидности лиц пенсионного возраста суммарный удельный вес «тяжелых» групп (первой и второй) был несколько выше (23,4 %), в то время как среди ВПИ трудоспособного возраста доля инвалидов второй группы составила 14,9 %, а случаи установления первой группы инвалидности были единичными. В динамике за пятилетний период уровень инвалидности третьей группы имел тенденцию к снижению, в то время как изменения частоты инвалидности первой и второй группы были значительно менее выражены.

Все ВПИ вследствие болезней КМССТ нуждались в медицинской и социальной реабилитации. Потребность в профессиональной реабилитации составила 62,8 на 100 ВПИ, в обеспечении ТСР – 77,4 %.



ПОКАЗАТЕЛИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2016-2018 ГОДЫ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Томской области» Минтруда России,
г. Томск, Россия*

Введение. Приоритетным направлением работы службы медико-социальной экспертизы в соответствии с Федеральным законом от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» является определение нуждемости освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию и абилитацию, которые проводятся на основании оценки ограничений жизнедеятельности, обусловленных стойкими нарушениями функций организма.

Цель. Анализ показателей реабилитации детского населения, прошедшего освидетельствование в ФКУ «ГБ МСЭ по Томской области» Минтруда России за период 2016-2018 гг.

Материал и методы. База данных Единой автоматизированной вертикально-интегрированной информационно-аналитической системы по проведению медико-социальной экспертизы (ЕАВИИАС МСЭ) за период 2016-2018 гг., статистические сборники за 2016-2018 гг.

Результаты. За анализируемый период произошел рост общего количества детей-инвалидов на 17,9 % (с 3569 до 4207 чел.). Общее количество детей, освидетельствованных в бюро МСЭ за 2018 г., составило 2333 чел. и, в сравнении с 2016 г., увеличилось на 2,9 %, прежде всего за счёт роста на 22,9 % количества первично освидетельствованных детей. Количество освидетельствованных повторно снизилось на 1,9 % за счёт увеличения на 28,8 % доли детей-инвалидов, которым инвалидность установлена до достижения возраста 18 лет. В 2018 г. специалистами МСЭ разработано 2111 индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов (ИПРА) детям с категорией «ребёнок-инвалид», что на 4,3 % меньше, чем в 2016 г., это связано с уменьшением общего количества признанных детьми-инвалидами. ИПРА ребенка-инвалида разрабатывалась всем детям, признанным инвалидами, а

также детям с инвалидностью до достижения возраста 18 лет, обратившимся за разработкой ИПРА, количество которых возросло за анализируемый период в 2 раза. При формировании ИПРА детям-инвалидам нуждаемость в мероприятиях медицинской реабилитации за период 2016-2018 гг. составила 100 % от числа разработанных ИПРА. Нуждаемость в социальной реабилитации за 2016 г. – 2206 (100 %) чел., 2017 г. – 2323 (100 %) чел., 2018 г. – 2109 (99,95 %) чел. Нуждаемость в психолого-педагогической реабилитации за 2016 г. – 2111 (95,7 %) чел., 2017 г. – 1702 (73,3 %) чел., 2018 г. – 1479 (70,1 %) чел. Нуждаемость в профессиональной реабилитации за 2016 г. – 288 (13,1 %) чел., 2017 г. – 434 (18,7 %) чел., 2018 г. – 870 (41,2 %) чел. Рекомендации по техническим средствам реабилитации получили за 2016 г. 573 (26 %) чел., 2017 г. – 558 (24 %) чел., 2018 г. – 611 (28,9 %) чел.

При анализе эффективности реализации ИПРА детей-инвалидов в Томской области за период 2016-2018 гг. установлено, что заключение о выполнении ИПРА детей-инвалидов выдано в 100 % случаев, в том числе с положительными результатами за 2016 г. – 1387 (77,9 %) чел., 2017 г. – 717 (64,8 %) чел., 2018 г. – 1053 (66,6 %) чел. Восстановление нарушенных функций, полная компенсация утраченных функций достигнуто в 0,3 % случаев в 2016 г., в 0,6 % случаев – в 2017 г., в 12 % случаев – в 2018 г.; частичная компенсация – 22,6 %, 12,1 %, 11,8 % случаев соответственно.

Положительные результаты психолого-педагогической реабилитации достигнуты в 45,2 % случаев в 2016 г., 37,7 % – в 2017 г., 40,1 % – в 2018 г.

Положительные результаты социальной реабилитации достигнуты в 86 % случаев в 2016 г., 77,5 % – в 2017 г., 50,6 % – 2018 г.

Положительные результаты получения об-



разования и профессиональной реабилитации достигнуты в 7,6 % случаев в 2016 г., в 41,1 % – 2017 г., в 13,6 % – 2018 г.

Заключение. Таким образом, анализ данных показал, что за анализируемый период (с 2016-го по 2018 гг.) в 3 раза возросло количество заключений о нуждаемости в мероприятиях профессиональной реабилитации. Нуждаемость в технических средствах реабилитации у данной категории детей возросла на 6,6 %, что объясняется произошедшими изменениями в нормативно-правовых документах в сфере медико-социальной экспертизы.

Увеличение количества детей-инвалидов с достигнутыми положительными результа-

тами получения образования и профессиональной реабилитации демонстрирует тесное взаимодействие службы медико-социальной экспертизы с психолого-медико-педагогической комиссией г. Томска и центрами занятости населения Томской области.

Показатель полной реабилитации детей-инвалидов за отчётный период увеличился незначительно – с 0,9 до 1 % (в 2017 г. – 0,9 %). Низкий показатель реабилитации связан с существующими проблемами получения полного комплекса реабилитационных мероприятий, особенно в отдаленных районах области, недостаточно развитой сетью реабилитационных учреждений.



ПЕРВИЧНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА В ГОРОДЕ МОСКВЕ ЗА 2016-2018 ГОДЫ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по г. Москве» Минтруда России,
г. Москва, Россия*

Введение. Рассеянный склероз (РС) – широко распространенное нейродегенеративное заболевание центральной нервной системы, приводящее на определенной стадии развития к инвалидности. В последние годы отмечается рост заболеваемости РС, что обусловлено совершенствованием методов диагностики. Типичным возрастом, в котором дебютирует РС, считается возраст от 10 до 59 лет (Шмидт Т.Е., Яхно Н.Н., 2016). Рассеянный склероз является одной из наиболее частых причин инвалидности в молодом возрасте во всем мире.

Цель исследования: изучить динамику первичной инвалидности вследствие рассеянного склероза в крупном мегаполисе – городе Москве – за 2016-2018 гг.

Материал и методы. Исследование сплошное. Объект исследования: контингент инвалидов старше 18 лет, впервые признанных инвалидами вследствие рассеянного склероза в г. Москве.

Методы исследования: выкопировка данных, аналитический, статистический. Период наблюдения – 2016-2018 гг.

Источники информации: информационно-аналитическая программа ЕАВИИАС МСЭ ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москве» за 2016-2018 гг.

Результаты и обсуждение. Абсолютное число лиц 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами (ВПИ) вследствие рассеянного склероза, в г. Москве увеличилось от 197 человек в 2016 году до 342 – в 2018 году.

В структуре ВПИ по классу нервных болезней и рассеянного склероза в г. Москве за 2016-2018 гг. число инвалидов старше 18 лет вследствие болезней нервной системы в динамике характеризовалось тенденцией уменьшения от 2279 чел. в 2016 году до 1897 чел. в 2018 году. Средняя частота ВПИ вследствие болез-

ней нервной системы за исследуемый период составила 2105 чел. в год. Удельный вес в общей структуре ВПИ составил в среднем 3,6 %. Уровень первичной инвалидности от этих причин регистрировался в динамике со снижением от 2,2 в 2016 году до 1,8 на 10 тыс. взрослого населения в 2018 году.

В структуре класса болезней нервной системы удельный вес ВПИ вследствие рассеянного склероза в динамике характеризовался ростом от 8,6 % до 18,0 % за период, составляя в среднем 14,7 %.

В структуре первичной инвалидности вследствие рассеянного склероза по тяжести инвалидности за период изучения преобладали инвалиды III группы. В динамике их удельный вес увеличивался от 75,6 % в 2016 году до 78,7 % в 2018 году.

В 2018 году по сравнению с 2016 годом произошло увеличение числа инвалидов II группы, темп прироста числа инвалидов II группы составил 54,8 %.

За период 2016-2018 гг. доля инвалидов I группы вследствие рассеянного склероза составляла 3,1 %, 3,6 % и 2,3 % соответственно по годам, в среднем 3,0 %; II группы – 21,3 %, 19,9 % и 19,0 %, в среднем 20,1 %; III группы – 75,6 %, 76,5 % и 78,7 %, в среднем 76,9 %.

В структуре первичной инвалидности вследствие рассеянного склероза с учетом возраста за весь анализируемый период отмечается наибольшее число инвалидов в молодом возрасте (от 18 до 44 лет включительно). В целом за три года отмечается рост абсолютного числа указанной возрастной группы от 126 человек в 2016 году до 213 в 2018 году.

В целом за три года ВПИ в молодом возрасте составили 574 человека, или в среднем 191 человек в год. Их удельный вес в динамике характеризовался увеличением от 60,5 % до 64,0 %,



в среднем составляя 62,3 % в год. В то же время необходимо отметить рост уровня первичной инвалидности от 0,3 до 0,5 на 10 тыс. соответствующего населения.

Второе ранговое место занимают инвалиды среднего возраста. За анализируемый период отмечается увеличение их числа от 61 до 117 человек (в целом – 273 человека, со средней частотой 91 человек в год). Удельный вес инвалидов среднего возраста в динамике характеризовался уменьшением от 31,0 % до 27,8 %, в среднем составляя 29,7 % в год. В то же время необходимо отметить рост уровня первичной инвалидности от 0,3 до 0,6 на 10 тыс. соответствующего населения (в среднем 0,5 на 10 тыс. соответствующего населения).

Третье место занимают инвалиды пенсионного возраста. За анализируемый период отмечается увеличение их числа от 10 до 36 человек, всего 80 человек, или в среднем 27

человек в год. Удельный вес инвалидов пенсионного возраста в динамике также характеризовался увеличением от 5,0 % до 9,9 %, в среднем составляя 8,1 % в год. В то же время необходимо отметить рост уровня первичной инвалидности от 0,03 до 0,1 на 10 тыс. соответствующего населения (в среднем 0,08 на 10 тыс. соответствующего населения).

Выводы. Среди впервые признанных инвалидами лиц 18 лет и старше вследствие рассеянного склероза регистрируется рост их абсолютного числа.

В структуре ВПИ преобладали инвалиды III группы, лица женского пола, лица первой возрастной группы.

Уровень инвалидности в трудоспособном возрасте среди женщин значительно выше, чем среди лиц старше трудоспособного возраста, и лиц мужского пола.



ЭКСПЕРТНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ОСНОВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕФРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

*ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской реабилитации»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Введение. Рост частоты терминальной почечной недостаточности (ТПН), облигатно требующей дорогостоящей заместительной почечной терапии (ЗПТ) – диализа и трансплантации почки, – превратился в серьезную социально-экономическую и медицинскую проблему. В Республике Беларусь по данным различных источников ожидаемый ежегодный прирост пациентов с ТПН доходит до 15 %. Медико-социальная экспертиза и медицинская реабилитация занимаются изучением широкого спектра проблем, связанных с исследованием закономерностей изменения здоровья, формирования инвалидности, способов и механизмов восстановления и сохранения здоровья и работоспособности человека с целью его интеграции и социальной адаптации в семью и общество.

Цель исследования. Разработать метод оказания экспертной и реабилитационной помощи пациентам с основной инвалидизирующей патологией нефрологического профиля на основании современных международных стандартов оценки функции почек.

Материалы и методы. В целевую выборку включены пациенты трудоспособного возраста с основной патологией нефрологического профиля.

В группе исследования оценка ограничений жизнедеятельности проводилась с учётом Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). В исследование включались лица трудоспособного возраста с основными инвалидизирующими заболеваниями нефрологического профиля (132 пациента). Среди обследованных пациентов было 58 (43,9 %) мужчин и 74 (56,1 %) женщины. Средний возраст обследованного контингента составил

$45,5 \pm 1,4$ лет. На момент обследования являлись инвалидами 97 (73,5 %) пациентов. Все пациенты, включённые в исследование, были разделены на три группы, в зависимости от установленной группы инвалидности, 4-ю группу составили лица без инвалидности.

Проводилось изучение статистически значимой связи между группой инвалидности и степенью выраженности нарушений в исследуемых доменах.

Результаты. Всем пациентам, включённым в исследование, проведена экспертно-реабилитационная диагностика согласно алгоритму. Алгоритм включает следующие блоки: клинико-функциональная диагностика; психологическая диагностика; социальная диагностика; количественная градация имеющихся нарушений и/или ограничений жизнедеятельности.

Следующим этапом исследования стала разработка экспертно-реабилитационных критериев оценки отклонений или утрат функций и структур организма, ограничений активности и возможности участия, степени позитивного или негативного влияния факторов контекста у пациентов с основной нефрологической патологией с позиций МКФ.

Установлено, что наибольшую значимость для оценки ограничений жизнедеятельности при основной нефрологической патологии имеют следующие клинические синдромы: почечная недостаточность, симптоматическая артериальная гипертензия, анемия, нефротический синдром, хроническая сердечная недостаточность. Также необходимо учитывать частоту и тяжесть гипертонических кризов, характер течения и частоту обострений основного заболевания, эффективность ЗПТ.

Для решения задач исследования был разработан комплект доменов, характеризую-



щих профиль функционирования пациентов с нефрологической патологией. Разработан перечень экспертно-реабилитационных критериев оценки нарушений функций органов и систем, вовлеченных в патологический процесс при основной нефрологической патологии. При оценке функции фильтрации мочи (b6100) установлено, что у 31,8 % пациентов нарушения функции не было, лёгкие нарушения диагностированы у 15,1 % пациентов, умеренные – у 6,0 %, тяжёлые – у 14,4 %, а абсолютные нарушения – у 32,6 % человек. При оценке функции выделения мочи (b6108) легкие нарушения выявлены у 23,5 % пациентов, умеренные – у 16,6 %, тяжёлые – у 24,2 %, а абсолютные нарушения выявлены у 6,0 % пациентов. Оценка функции сердца (b410) выявила легкие нарушения у 19,7 % пациентов, умеренные – у 11,4 %, тяжёлые – у 1,5 %, абсолютные нарушения не выявлены. В 61,4 % случаев выявлены лёгкие нарушения функции артериального давления (b420), выраженных и умеренных нарушений не выявлено, так как

в группе исследования у пациентов течение артериальной гипертензии характеризовалось как бескризовое. При оценке функции системы крови (b430) лёгкие нарушения выявлены у 25,7 % пациентов, умеренные – у 15,9 % пациентов, а тяжёлые нарушения – у 0,7 %.

Анализ результатов исследования показал, что у пациентов, включенных в исследование, имелись ограничения активности и участия в доменах d850 «оплачиваемая работа» в 83,3 % случаев, в категориях d520 «уход за частями тела», d570 «забота о своём здоровье», d630 «приготовление пищи» – у 52,2 % пациентов, в домене d640 «выполнение работы по дому» – у 61,3 % пациентов, в категории d450 «ходьба» – у 74,9 % пациентов.

Разработанные экспертно-реабилитационные критерии оценки нарушений функций органов и систем организма, критерии оценки активности и возможности участия позволяют всесторонне оценить ограничения жизнедеятельности у пациентов с основной нефрологической патологией.



ПЕРВИЧНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА ПО ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ ЗА 2014-2018 ГОДЫ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Чувашской Республике – Чувашии» Минтруда России,
г. Чебоксары, Россия*

Сахарный диабет – самое распространенное эндокринное заболевание, которое относится к числу наиболее тяжелых хронических заболеваний, дающих множество осложнений. В большинстве стран мира сахарный диабет занимает третье место в общей структуре смертности после сердечно-сосудистых заболеваний и злокачественных опухолей. Около половины пациентов заболевают в возрасте 40-60 лет, однако нередко сахарный диабет начинается и у молодых людей.

объясняется стремительным ростом заболеваемости, ранней инвалидизацией и высокой смертностью.

По данным ВОЗ, на нашей планете в настоящее время насчитывается около 175 млн больных сахарным диабетом. Количество людей, болеющих сахарным диабетом, с каждым годом растет. Ежегодный прирост составляет 5-9 % от общего числа больных. Каждые 12-15 лет число больных сахарным диабетом удваивается.

Таблица 1 – Динамика структуры показателей первичной инвалидности за 2014-2018 гг.

Годы	ЧР		ПФО		РФ	
	ВПИ (абс.)	ВПИ СД (абс., %)	ВПИ (абс.)	ВПИ СД (абс., %)	ВПИ (абс.)	ВПИ СД (абс., %)
2014	6630	50 (0,8)	156345	2317 (1,0)	728653	13872 (1,2)
2015	6327	55 (0,9)	141814	1861 (1,4)	694977	11836 (1,0)
2016	6388	77 (1,2)	134215	1896 (1,4)	666434	11159 (1,7)
2017	6592	86 (1,3)	135187	2076 (1,5)	661715	11720 (1,8)
2018	5430	76 (1,4)	132733	2178 (1,6)	641182	11821 (1,8)

Примечание: ВПИ – впервые признанные инвалидами; ВПИ СД – впервые признанные инвалидами вследствие сахарного диабета; ЧР – Чувашская Республика; ПФО – Приволжский федеральный округ; РФ – Российская Федерация

Основной причиной смертности являются поздние сосудистые осложнения. По данным статистики, каждые 5 секунд в мире умирает один больной сахарным диабетом. По поводу осложнений сахарного диабета каждый год в мире производят более 1 млн ампутаций нижних конечностей, более 600 тыс. больных полностью теряют зрение, около 500 тыс. пациентов начинают получать заместительную почечную терапию вследствие терминальной почечной недостаточности.

Сахарный диабет сегодня – это серьезнейшая угроза, стоящая перед человечеством. Медико-социальная значимость заболевания

Анализ динамики первичной инвалидности среди взрослого населения по Чувашской Республике за период 2014-2018 гг. показывает, что число впервые признанных инвалидами вследствие сахарного диабета увеличивается при общей тенденции к снижению числа лиц, впервые признанных инвалидами, от 6630 человек в 2014 году до 5430 человек в 2018 году (Табл. 1).

По Приволжскому федеральному округу (ПФО) и РФ наблюдается аналогичная тенденция: при уменьшении числа впервые признанных инвалидами отмечается увеличение числа лиц, впервые признанных инвалидами вследс-



Таблица 2 – Динамика структуры впервые признанных инвалидами вследствие сахарного диабета лиц пенсионного возраста за 2014-2018 гг.

Годы	ЧР		ПФО		РФ	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
2014	28	56,0	1434	61,9	7585	54,7
2015	34	61,8	1060	56,9	6543	55,3
2016	47	61,0	1262	66,6	6263	56,1
2017	53	61,6	1405	67,7	6730	57,4
2018	53	69,7	1516	69,6	7057	59,7

Примечание: ЧР – Чувашская Республика; ПФО – Приволжский федеральный округ; РФ – Российская Федерация

твие сахарного диабета.

В структуре первичной инвалидности вследствие сахарного диабета преобладают лица пенсионного возраста за весь период наблюдения, со склонностью к увеличению их с 56 % в 2014 году до 69,7 % в 2018 году по Чувашской Республике (Табл. 2).

Динамика доли инвалидов первой группы имеет тенденцию в целом за 2014-2018 гг. к значительному росту: с 10,0 % в 2014 году до 15,8 % в 2018 году (Табл. 3).

При сахарном диабете наблюдается стабильное преобладание инвалидов третьей группы по Чувашской Республике, ПФО и

Таблица 3 – Динамика первичной инвалидности среди взрослого населения вследствие сахарного диабета с учетом групп инвалидности за 2014-2018 гг.

Годы	ВПИ	В том числе по группам инвалидности		
	Всего (абс., %)	I группа (абс., %)	II группа (абс., %)	III группа (абс., %)
2014	50 (100,0)	5 (10,0)	16 (32,0)	29 (58,0)
2015	55 (100,0)	4 (7,3)	20 (36,3)	31 (56,4)
2016	77 (100,0)	5 (6,5)	26 (33,8)	46 (59,7)
2017	86 (100,0)	10 (11,6)	24 (27,9)	52 (60,5)
2018	76 (100,0)	12 (15,8)	20 (26,3)	44 (57,9)

Примечание: ВПИ – впервые признанные инвалидами

По ПФО и РФ в динамике за 5 лет наблюдается также стабильное увеличение числа инвалидов пенсионного возраста.

Динамика доли инвалидов третьей группы имеет тенденцию к незначительному уменьшению: с 58,0 % в 2014 году до 57,9 % в 2018 году.

Динамика доли инвалидов второй группы имеет тенденцию в целом за 5 лет к стойкому снижению: с 32,0 % в 2014 году до 26,3 % в 2018 году.

РФ.

Динамика доли инвалидов третьей группы имеет тенденцию к уменьшению в целом за 5 лет по Чувашской Республике: с 58,0 % в 2014 г. до 57,9 % в 2018 г.; ПФО: с 54,9 % в 2014 г. до 50,2 % в 2018 г.; РФ: с 61,9 % в 2014 г. до 58,8 % в 2018 г. (Табл. 4)

Динамика доли инвалидов второй группы имеет тенденцию в целом за 5 лет к снижению по Чувашской Республике с 32,0 % в 2014 г. до 26,3 % в 2018 г. (Табл. 5).

Таблица 4 – Сравнительная динамика структуры впервые признанных инвалидами третьей группы вследствие сахарного диабета за 2014-2018 гг.

Годы	ЧР		ПФО		РФ	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
2014	29	58,0	1171	54,9	8586	61,9
2015	31	56,4	1028	57,2	7301	61,7
2016	46	59,7	963	50,8	6604	59,2
2017	52	60,5	1027	49,5	6874	58,7
2018	44	57,9	1094	50,2	6954	58,8

Примечание: ЧР – Чувашская Республика; ПФО – Приволжский федеральный округ; РФ – Российская Федерация

Таблица 5 – Сравнительная динамика структуры впервые признанных инвалидами второй группы вследствие сахарного диабета за 2014-2018 гг.

Годы	ЧР		ПФО		РФ	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
2014	16	32,0	823	33,5	4244	30,6
2015	20	36,4	625	34,8	3655	30,9
2016	26	33,8	738	38,9	3630	30,9
2017	24	27,9	804	38,7	3851	30,3
2018	20	26,3	833	38,2	3769	31,9

Примечание: ЧР – Чувашская Республика; ПФО – Приволжский федеральный округ; РФ – Российская Федерация

По ПФО доля инвалидов второй группы увеличилась с 33,5 % в 2014 году до 38,2 % в 2018 году.

По РФ наблюдается также увеличение доли инвалидов второй группы: с 30,6 % в 2014 г. до 31,9 % в 2018 г.

Сахарный диабет увеличивает смертность в 2-3 раза, риск развития ишемической болезни сердца и инфаркта миокарда – в 2 раза, патологии почек – в 17 раз, гангрены нижних конечностей – в 20 раз, артериальной гипертензии – более чем в 3 раза. Диабет на пер-

Таблица 6 – Сравнительная динамика структуры впервые признанных инвалидами первой группы вследствие сахарного диабета за 2014-2018 гг.

Годы	ЧР		ПФО		РФ	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
2014	5	10,0	223	9,6	1042	7,5
2015	4	7,3	145	8,1	880	7,4
2016	5	6,5	195	10,3	925	8,3
2017	10	11,6	245	11,8	995	8,5
2018	12	15,8	257	11,5	1098	9,3

Примечание: ЧР – Чувашская Республика; ПФО – Приволжский федеральный округ; РФ – Российская Федерация

Динамика доли инвалидов первой группы по Чувашской Республике имеет тенденцию в целом за 5 лет к значительному росту: с 10,0 % в 2014 году до 15,8 % в 2018 году (Табл.6).

По ПФО и РФ также отмечается рост доли инвалидов первой группы: соответственно с 9,6 % в 2014 г. до 11,5 % в 2018 г. и с 7,5 % до 9,3 %.

Сахарный диабет называют болезнью века, на лечение которой расходуются значительные государственные средства, а последствия инвалидизации людей сложно переоценить.

вом месте среди причин слепоты. На момент установления диагноза более 50 % пациентов с впервые выявленным сахарным диабетом имеют грозные сосудистые осложнения. Согласно эпидемиологическим исследованиям, при впервые выявленном сахарном диабете 2 типа (самый распространенный, им страдают 90 % всех диабетиков) у пациентов регистрируются: ишемическая болезнь сердца – у 30 %, поражения сосудов нижних конечностей – у 30 %, ретинопатия – более чем у 15 %, нейропатия – у 15 %, нарушения функций почек – от

Таблица 7 – Сосудистые осложнения органов-мишеней при сахарном диабете, приводящие к инвалидности первой группы среди впервые признанных инвалидами за 2014-2018 гг. по Чувашской Республике

Годы	Всего (абс.)	Из них: ХПН (абс.)	ХАН (абс.)	Нарушение зрения (абс.)	Артериальная гипертензия, ХСН (абс.)
2014	5	1	4	-	-
2015	4	-	4	-	-
2016	5	1	1	3	-
2017	10	6	2	1	1
2018	12	10	2	-	-

Примечание: ХПН – хроническая почечная недостаточность; ХАН – хроническая артериальная недостаточность; ХСН – хроническая сердечная недостаточность

Таблица 8 – Показатели заболеваемости и инвалидности при сахарном диабете в Чувашской Республике за 2014-2018 гг.

Годы	Число впервые выявленных заболеваний (абс.)	Число впервые признанных инвалидами (абс., %)	Первичная заболеваемость (на 1 тыс. населения)	Общая заболеваемость (на 1 тыс. населения)
2014	2324	50 (2,2)	1,9	21,7
2015	2195	55 (2,5)	1,8	22,8
2016	2273	77 (3,4)	1,9	24,4
2017	2420	86 (3,6)	2,0	25,2
2018	2284	76 (3,3)	1,9	26,5

5 до 30 % (Табл. 7).

Показатель первичной заболеваемости сахарным диабетом в Чувашской Республике достаточно стабилен (1,9). Показатель общей заболеваемости в динамике за 5 лет увеличивается: с 21,7 в 2014 г. до 26,5 в 2018 г. (Табл. 8).

По ПФО общая заболеваемость в 2016 г. составила 33,5, РФ – 31,5. В 2017 г. по ПФО общая заболеваемость составила 33,6, РФ – 32,3.

Доля осложнений при сахарном диабете по Чувашской Республике в 2017 году составила 34,4 %. В 2018 году доля поздних осложнений составила: диабетической нефропатии – 31,3 %, диабетической ретинопатии – 56,2 %, диабетической полинейропатии – 57,9 %.

В 2017 г. в Чувашской Республике 32 человека получили заместительную инсулиновую терапию системами постоянной подкожной инфузии, в 2018 г. – 25 человек.

Выводы.

1) Сахарный диабет в структуре первичной инвалидности среди взрослого населения по Чувашской Республике, Приволжскому федеральному округу и Российской Федерации за период 2014-2018 гг. стабильно растет.

2) Среди возрастной группы по сахарному диабету преобладают лица пенсионного возраста, как по Чувашской Республике, так и по Приволжскому федеральному округу и Российской Федерации.

3) По группам инвалидности при сахарном диабете преобладает третья группа инвалидности, как по Чувашской Республике, так и по Приволжскому федеральному округу и Российской Федерации.

4) Доля инвалидов первой группы имеет тенденцию в целом за 5 лет к значительному росту, как по Чувашской Республике, так и по Приволжскому федеральному округу и Российской Федерации.



ПЕРВИЧНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПО ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ ЗА 2014-2018 ГОДЫ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Чувашской Республике – Чувашии» Минтруда России,
г. Чебоксары, Россия*

Введение. Болезни системы кровообращения представляют собой значимую медико-социальную проблему, поскольку являются одной из основных причин заболеваемости, инвалидности и смертности населения во всем мире.

Распространенность болезней системы кровообращения связана с изменениями условий жизни и работы современного человека за последние десятилетия. Существенную роль оказывают увеличение числа лиц пожилого возраста, у которых наиболее часто возникают ишемическая болезнь сердца и гипертоническая болезнь, постоянное увеличение числа лиц, занятых трудом, связанным с нервно-психическим напряжением, которое способствует возникновению и развитию сердечно-сосудистых заболеваний. В связи с изменением ритма жизни, постоянными стрессами, неправильным питанием, гиподинамией, курением, увеличивается количество больных, страдающих атеросклерозом сосудов, включая коронарные, церебральные сосуды и сосуды конечностей. Болезни системы кровообращения в структуре первичной инвалидности в Чувашской Республике (ЧР) также занимают одно из ведущих мест.

Материал. По данным ФКУ «ГБ МСЭ по Чувашской Республике – Чувашии» Минтруда России, болезни системы кровообращения (БСК) в структуре первичной инвалидности по Чувашской Республике занимали первое место до 2018 г., в 2018 г. – второе место после злокачественных новообразований: в 2014 г. – 37,1 %, в 2015 г. – 36,8 %, в 2016 г. – 38,6 %, в 2017 г. – 35,1 %, в 2018 г. – 32,9 %. В 2018 г. в Приволжском Федеральном Округе (ПФО) и в Российской Федерации (РФ) злокачественные новообразования также занимают 1 место, а БСК вышли на 2 место. Анализ динамики

первичной инвалидности вследствие болезней системы кровообращения среди взрослого населения по ЧР за период 2014-2018 гг. показывает, что уровень первичной инвалидности по БСК остается стабильно высоким при общей тенденции к снижению числа лиц, впервые признанных инвалидами, – от 6630 человек в 2014 г. до 5430 человек в 2018 году. В структуре первичной инвалидности вследствие болезней системы кровообращения преобладают лица пенсионного возраста за весь период наблюдения, со склонностью к увеличению их доли с 64,6 % в 2014 г. до 69,9 % в 2018 году.

Таким образом, в целом за 5 лет по Чувашской Республике произошло увеличение доли инвалидов пенсионного возраста на 5,3 %.

Динамика первичной инвалидности среди взрослого населения вследствие болезней системы кровообращения с учетом групп инвалидности за 5 лет показывает, что доля инвалидов 3 группы имеет тенденцию к стойкому увеличению в целом за 5 лет, с 53,9 % в 2014 г. до 54,2 % в 2018 г. (на 0,3 %). Динамика доли инвалидов второй группы имеет тенденцию в целом за 5 лет к снижению, с 31,5 % в 2014 г. до 26,9 % в 2018 г. (на 4,6 %). Стойкое увеличение доли инвалидов 3 группы, и вместе с тем уменьшение доли инвалидов 2 группы, можно объяснить применением высокотехнологичных методов в лечении больных с патологией сердечно-сосудистой системы, открытием федеральных центров по профильному лечению этих больных, расширением условий для активной реабилитации инвалидов вследствие болезней системы кровообращения, в том числе и хирургическими методами лечения. Проведенный анализ историй болезни граждан, впервые освидетельствованных в бюро с целью установления инвалидности, позволяет сделать вывод о ежегодном увеличении числа



больных, которым проводятся стентирование коронарных сосудов, протезирование клапанов и сосудов, имплантация кардиостимуляторов, что позволяет больным с патологией сердечно-сосудистой системы, в том числе, с болезнями системы кровообращения, возвращаться к привычному образу жизни и социальной активности. В динамике за период 2014-2018 гг. по ЧР при первичном освидетельствовании наблюдается тенденция к увеличению 3 группы, признанных инвалидами вследствие болезней системы кровообращения, с 53,9 % в 2014 г. до 54,2 % в 2018 г., по ПФО – к увеличению 3 группы, признанных инвалидами вследствие БСК, с 51,0 % в 2014 г. до 52,9 % в 2018 году. По РФ наблюдается тенденция к увеличению 3 группы, признанных инвалидами вследствие болезней системы кровообращения, с 50,0 % в 2014 г. до 53,8 % в 2018 году. В целом за 5 лет произошло уменьшение количества больных с БСК в абсолютных числах по Чувашской Республике в связи с уменьшением абсолютного числа ВПИ по ЧР (с 6630 человек в 2014 г. до 5430 человек в 2018 г.). Такая же тенденция прослеживается по ПФО и по РФ. При болезнях системы кровообращения наблюдается стабильное преобладание инвалидов третьей

группы инвалидности по ЧР, ПФО и РФ, начиная с 2014 года.

При инвалидности вследствие БСК за весь анализируемый период наблюдается стабильное преобладание лиц пенсионного возраста, как по ЧР, так и по ПФО и РФ. Вместе с тем, в динамике за 5 лет наблюдается увеличение числа инвалидов пенсионного возраста по Чувашской Республике на 5,3 %, по ПФО – на 5,9 %, по РФ на – 4,0 %.

Выводы. Болезни системы кровообращения в структуре первичной инвалидности занимали первое место как по Чувашской Республике, так и по Приволжскому Федеральному Округу и по РФ в период 2014-2018 гг., и второе место в 2018 г. после злокачественных новообразований. Среди возрастной группы по болезням системы кровообращения преобладают лица пенсионного возраста, как по республике, так и по Приволжскому федеральному округу и Российской Федерации. По группам инвалидности при болезнях системы кровообращения преобладает третья группа инвалидности, как по Чувашской Республике, так и по Приволжскому федеральному округу и Российской Федерации.



ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО АППАРАТНО-ПРОГРАММНОГО КОМПЛЕКСА «ШУФРИД» ПРИ ОЦЕНКЕ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ НЕЙРОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ФКУ «ГБ МСЭ ПО РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН (ТАТАРСТАН)» МИНТРУДА РОССИИ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Республике Татарстан (Татарстан)» Минтруда России
г. Казань, Россия*

Введение. В настоящее время для целей медико-социальной экспертизы применение количественных, в том числе компьютеризированных, средств оценки динамических характеристик деятельности является объективной реальностью. При многих психических, неврологических и соматических заболеваниях часто встречаются нарушения динамической составляющей психической деятельности, которые определяются как функциональные нервно-психические нарушения (астенический синдром). Преобладающими жалобами лиц с признаками данного синдрома являются повышенная утомляемость, истощаемость нервно-психических процессов, затрудненная сообразительность, снижение концентрации внимания, рассеянность и снижение продуктивности запоминания, неустойчивость настроения, нарушения сна.

Цель исследования. Оценить диагностические возможности аппаратно-программного комплекса (АПК) «Шуфрид» в сравнении с традиционными тестами «Шульте» при проведении реабилитационно-экспертной диагностики.

Материал и методы. С помощью АПК «Шуфрид» было обследовано 399 человек, из них с нарушением работоспособности по астеническому типу – 233 человека. В указанных случаях в структуре психологического синдрома на первый план выступает истощаемость психических процессов, иногда в большей степени – истощаемость внимания.

Для исследования темповых характеристик работоспособности использовался экономичный по времени проведения (4 минуты) и

несложный в применении Реакционный тест (далее – «RT»). В зависимости от используемой формы «RT» позволяет в миллисекундах оценивать изменение времени реакции (бдительность) в условиях монотонных раздражителей. Тест «RT» является единственным тестом Vienna Nest System, соответствующим критериям качества по отношению устойчивости к фальсификации и позволяет предотвратить умышленное влияние или изменение тестовых оценок. Обследуемый нажимает на клавишу реакции только в случае представления конкретного раздражителя и, нажав на эту клавишу, возвращает палец на клавишу покоя. Результаты тестирования позволяют максимально точно анализировать общую бдительность, избирательность, фокусирование, то есть характеристики работоспособности.

Результаты. Анализ результатов тестирования 233 обследуемых с помощью «RT» обнаружил определенную корреляцию темповых характеристик выполнения заданий на АПК «Шуфрид» с характером истощаемости психических процессов, выявленных таблицами Шульте. По количественным и качественным показателям результаты по тесту «RT» совпали с данными традиционных тестов «Шульте» в 97,2 % случаев. Среди несовпадений (2,7 %) результаты реакционного теста «RT» лучше, чем при традиционной диагностике таблицами «Шульте». Все случаи несовпадений составляют лица, освидетельствованные в порядке обжалования решений первичных бюро. При проведении обследований у данной группы лиц отмечается фиксированность астенических ощущений в некоторых формах



поведения: избегание любых нагрузок, склонность к преувеличению своих болезненных ощущений, проявление беспомощности. Анализ проведенных обследований показал, что тест «RT» более чувствителен в отношении лиц, субъективно демонстрирующих тяжелобольных людей. Преимущество теста «RT» заключается в том, что обследуемые, независимо от распределения их исходных оценок, оцениваются по показателю, который является беспристрастным индикатором среднего зна-

чения распределения их времени реакции.

Заключение. Таким образом, экспериментально-психологическое обследование с использованием теста «RT» на АПК «Шуффрид» позволяет наиболее точно выявлять ошибки и темповые характеристики выполнения задания, и тем самым повышает диагностические возможности при проведении реабилитационно-экспертной диагностики.



ПЕРВИЧНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ ПО ОНКОПАТОЛОГИИ ПО РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ) ЗА 2016-2018 ГОДЫ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Республике Саха (Якутия)» Минтруда России,
г. Якутск, Россия*

Введение. В России, как и в большинстве развитых стран мира, отмечается тенденция к неуклонному росту заболеваемости злокачественными новообразованиями и смертности от них. Число вновь выявляемых больных увеличивается примерно на 5 % за каждые 5 лет.

Цель. Провести анализ первичной инвалидности и первичной выявляемости по онкопатологии среди населения Республики Саха (Якутия) за 2016-2018 гг. по пяти ранговым местам заболеваемости в структуре по инвалидности по гендерному признаку, группам инвалидности и трудоспособному и пенсион-

Таблица 1 – Динамика первичной выявляемости и первичной инвалидности по онкопатологии в Республике Саха (Якутия)

Год	2016	2017	2018
Первичная выявляемость (на 100 тыс. населения)	133,3	259,4	261,7
Первичная инвалидность (на 100 тыс. населения)	100,7	106,5	107,9

ному возрастам.

Материал и методы. Использованы статистические данные по заболеваемости злокачественными новообразованиями и статистические данные по структуре инвалидности по Республике Саха (Якутия) за 2016-2018 гг.

Результаты. Проведен анализ интенсивного показателя впервые выявленных больных с онкопатологией и первичного выхода на инвалидность на 100 тыс. населения в Республике Саха (Якутия) за 2016-2018 гг. (Табл. 1).

Как видно из таблицы, все три года идет тенденция к увеличению первичной выявляемости и первичному выходу на инвалидность.

В структуре заболеваемости населения рак легкого (С34) стабильно занимает первое ранговое место, на втором – рак молочной железы (С50), на третьем – рак желудка (С16), четвертое и пятое места занимают рак прямой и сигмовидной кишки (С19-20) и рак шейки матки (С53) (Табл. 2).

Проведен анализ среди ведущих позиций в структуре онкологических заболеваний населения Республики Саха (Якутия), (Табл. 3).

За все три года удельный вес по раку легких остается высоким с небольшим увеличением в 2017 г. При этом мужское население превышает женское в 2 раза. В 2016 г.: мужчины –

68,6, женщины – 31,4; 2017 г.: мужчины – 67,0, женщины – 33,0; 2018 г.: мужчины – 1,8, женщины – 28,2. В большинстве случаев болеют мужчины пенсионного возраста. По структуре инвалидности на 1 месте вторая группа, на 2 – первая, на 3 месте – третья группа инвалидности. Чаще группа инвалидности определяется лицам городского населения: в 2016 г. – 91, в 2017 г. – 86, в 2018 г. – 94; сельского населения: в 2016 г. – 46, в 2017 г. – 56, в 2018 г. – 6.

Удельный вес инвалидности с патологией молочной железы снизился к 2018 году. По возрастным категориям мы разделили женщин в возрасте до 44 и старше 44 лет. Количество

Таблица 2 – Удельный вес первичного выхода на инвалидность по локализациям онкопатологии

Годы	Легкие	Молочная железа	Желудок	Сигмовидная и прямая кишка	Шейка матки
2016	14,15	12,29	6,30	6,92	6,92
2017	13,84	11,89	7,40	6,23	6,04
2018	15,34	10,26	7,67	5,84	6,42

Таблица 3 – Структура инвалидности по преобладающим заболеваниям онкологического профиля за 2016-2018 гг.

2016 год								
	Всего	Мужчины	Женщины	1 группа	2 группа	3 группа	Трудоспособный возраст	Пенсионный возраст
C34	137	94	43	70	57	10	51	86
C50	119	1	118	12	54	53	20	99
C16	61	39	22	26	34	1	17	44
C19-20	67	36	31	23	39	5	28	39
C53	67		67	5	39	23	33	34

2017 год								
C34	142	95	47	57	66	19	56	86
C50	122	-	122	11	56	55	16	106
C16	76	52	24	31	45	0	28	48
C19-20	64	35	29	13	47	4	16	48
C53	62		62	6	31	25	26	36

2018 год								
C34	160	115	45	69	77	14	60	100
C50	107	-	107	13	46	48	17	90
C16	80	51	29	32	45	3	25	55
C19-20	61	27	34	22	37	2	15	46
C53	67		67	12	31	24	26	41

женщин старше 44 лет намного превышает число женщин молодого возраста. В 2016 г. до 44 лет – 17,0, старше 44 лет – 83,0; в 2017 г. до 44 лет – 13,2, старше 44 лет – 86,8; в 2018 г. до 44 лет – 15,9, старше 44 лет – 84,1. Чаще устанавливается вторая группа, затем третья и первая группа инвалидности. Чаще инвалидность устанавливается лицам городского населения: в 2016 г. город – 94, село – 25; в 2017 г. город – 100, село – 22; в 2018 г. город – 83, село – 23.

Удельный вес граждан с раком желудка незначительно увеличился к 2018 году. Так же, как и с патологией легких, преобладает мужское население, превышающее женское почти в 2 раза. В 2016 г. мужчины – 63,9, женщины – 36,1; в 2017 г. мужчины – 68,4, женщины – 31,6; в 2018 г. мужчины – 64,0, женщины – 36. На первом месте устанавливается вторая груп-

па, на втором – первая, третья группа почти не устанавливается и составила максимально 3,7 % в 2018 году.

Первичная инвалидность с раком прямой и сигмовидной кишки, а также шейки матки, в структуре инвалидности занимает 4 и 5 места среди всех онкозаболеваний; за 2016-2018 гг. остается на одном уровне.

Заключение. Необходимо проводить активную работу с главными внештатными специалистами по Республике Саха (Якутия), обучать врачей онконастороженности, уделять повышенное внимание профилактическим мероприятиям, повышать ответственное отношение граждан к своему здоровью, предпринимать все возможные меры для того, чтобы гражданам было комфортно проходить профилактические медосмотры, диспансеризацию.



ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СПЕЦИАЛЬНОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ ЭКСПЕРТНЫМ СОСТАВОМ № 3 СМЕШАННОГО ПРОФИЛЯ ФКУ «ГБ МСЭ ПО РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)» МИНТРУДА РОССИИ ЗА ПЕРИОД 2015-2018 ГОДОВ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Республике Саха (Якутия)» Минтруда России,
г. Якутск, Россия*

Введение. Организация деятельности и функции федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы регламентированы в Российской Федерации Приказом Минтруда России от 11.10.2012 № 310н «Об утверждении Порядка организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы». Одной из функций главного бюро, в соответствии с приказом (п. 6), является проведение медико-социальной экспертизы граждан в случаях, требующих специальных методов обследования. Исполнение данной функции главного бюро обеспечивают положения Приказа Минтруда России от 03.07.2013 № 291н «Об утверждении нормативов оснащения учреждений главных бюро медико-социальной экспертизы по субъектам Российской Федерации специальным диагностическим оборудованием». В ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Саха (Якутия)» Минтруда России было поставлено и установлено 7 единиц специального диагностического оборудования.

Материал и методы. Результаты очного освидетельствования граждан с проведением обследования на современном диагностическом оборудовании экспертным составом № 3 смешанного профиля в 2015-2018 гг.

Результаты. Удельный вес лиц, медико-социальная экспертиза которым была проведена с применением специального диагностического оборудования, увеличился с 2,9 % и 17,5 % в 2015 и 2016 гг. до 62,6 % в 2017 г. и 94,9 % в 2018 г. (от общего числа очного освидетельствования).

Обследования на специальном диагностическом оборудовании в 2016 г. в подавляющем большинстве случаев рекомендовались освидетельствуемым из числа взрослого (18 лет и

старше) населения – 75 (76,5 %) человек; дети (0-17 лет) обследовались значительно реже – 23 (23,5 %) человека. Среди общего числа обследований, выполненных с применением специального диагностического оборудования, за 2016 г. основную долю – 78,6 % – составили обследования при проведении медико-социальной экспертизы по направлению филиалов бюро МСЭ. Значительно меньше обследований было назначено при проведении медико-социальной экспертизы по обжалованию решений филиалов бюро – 15,3 %; по контролю решений филиалов бюро МСЭ – лишь 6,1 %. Удельный вес обследованных на специальном диагностическом оборудовании из числа взрослого населения в 2017 г. несколько увеличился – 235 человек, или 84,5 %; при этом соответственно уменьшилась доля обследованных детей – 43 человека, или 15,5 %. Удельный вес обследованных в 2018 г. вырос до 663 случаев, или 94,9 %. С 2017 г. изменилась структура обследований с применением специального диагностического оборудования с учетом порядка проведения экспертизы: более половины составили обследования лиц, обжаловавших решения филиалов бюро (52,5 %). Удельный вес обследований при проведении медико-социальной экспертизы по направлению филиалов бюро был равен 28,1 %; в порядке контроля решений филиалов бюро МСЭ – 19,3 %.

Сопоставление числа обследований на разных видах специального оборудования в 2016 и 2018 гг. выявило существенное – в 4,1 раза – увеличение числа обследований на эргометре с функцией диагностической дорожки с силовой платформой. В структуре обследованных лиц доминировали пациенты с последствиями травм, отравлений и других воздействий вне-



шних причин; болезнями нервной системы, а также костно-мышечной системы и соединительной ткани.

Заключение. Анализ использования специального оборудования показал, что в динамике за 2015-2018 гг. увеличилось как общее число обследований на специальном диагностическом оборудовании, так и число обследованных, и их доля от числа освидетельствованных в очной форме. Обследования на специальном диагностическом оборудовании в подавляющем большинстве случаев проводились освидетельствуемым из числа взрослого населения республики, и в динамике за 2016-2018 гг. их удельный вес увеличился. Существенно изменилась структура обследований с применением специального диагностического оборудования с учетом вида экспертизы. Основная доля обследований в 2016 г. выполнялась при осуществлении медико-социальной экспертизы

по направлению филиалов бюро МСЭ; в 2018 г. более половины случаев составили обследования лиц, обжалующих в ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Саха (Якутия)» Минтруда России решения филиалов бюро. Основная масса пациентов, которым было проведено обследование на диагностическом оборудовании, имели патологии со стороны опорно-двигательного аппарата, центральной нервной системы. Следует отметить, что результаты специальных методов обследования должны трактоваться только в совокупности с клиническими данными, так как использование современного диагностического оборудования является лишь одним из этапов комплексной оценки состояния организма освидетельствуемого, которая проводится на основе анализа всех клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых и психологических данных.



О РЕЗУЛЬТАТАХ СРАВНИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗА СРОКОВ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ГРАЖДАН, НУЖДАЮЩИХСЯ В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, НА ТЕРРИТОРИИ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Томской области» Минтруда России,
г. Томск, Россия*

Совместным приказом Минздрава России и Минтруда России от 31.05.2019 №345н/372н утверждено «Положение об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья» (далее – Положение). Так, п. 32 Положения установлено, что при получении направления на медико-социальную экспертизу от медицинской организации федеральное учреждение медико-социальной экспертизы проводит освидетельствование пациентов, получающих медицинскую помощь, и принимает решение в срок, не превышающий трех рабочих дней с даты получения указанного направления.

Цель. Провести сравнительный анализ сроков предоставления государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы гражданам, нуждающимся в паллиативной медицинской помощи, прошедших освидетельствование в ФКУ «ГБ МСЭ по Томской области» Минтруда России.

Материал и методы. Исследование сплошное. Источник информации: база данных в ИС ЕАВИИАС МСЭ прошедших освидетельствование за 7 месяцев 2019 года в ФКУ «ГБ МСЭ по Томской области» Минтруда России (далее – учреждение).

Результаты. В результате проведенного анализа установлено, что в период с 01.01.2019 г. по 05.07.2019 г. из 99 граждан в возрасте старше 18 лет, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи, в бюро-филиалах учреждения освидетельствовано в срок до 5 дней 85 чел., что составило 85,9 % от всего количест-

ва освидетельствованных данной категории граждан; в срок до 10 дней – 8 (8,1 %) чел.; в срок до 14 дней – 6 (6,1 %) чел. Из 23 детей, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи, освидетельствовано в срок до 5 дней 17 (73,9 %) чел.; в срок до 10 дней – 6 (26,1 %) человек.

После вступления в силу Положения с 08.07.2019 г. по 31.07.2019 г. в бюро-филиалах учреждения освидетельствовано 13 граждан, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи, из них: 8 граждан в возрасте старше 18 лет и 5 детей. В соответствии с требованиями данного Положения все 13 пациентов освидетельствованы в срок до 3-х дней.

Предварительно администрацией учреждения проведены следующие организационно-методические мероприятия: 26.06.2019 г. проведено методическое совещание со специалистами экспертных подразделений учреждения по изучению Положения; 03.07.2019 г. совместно с Департаментом здравоохранения Томской области проведено видеоселекторное совещание с главными врачами, председателями врачебных комиссий медицинских организаций региона по разъяснению порядка реализации положений вновь принятых нормативно-правовых документов по медико-социальной экспертизе, в том числе вопросов правоприменения Положения, сокращения сроков оформления направлений на медико-социальную экспертизу медицинскими организациями (далее – Направление) данной категории пациентов и обязательном указании в п. 3 Направления о нуждаемости гражданина в оказании паллиативной медицинской помощи.

Освидетельствование граждан, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи,

находится под личным контролем руководителя-главного эксперта по медико-социальной экспертизе.

Заключение. Таким образом, неукоснительное соблюдение требований Положения во взаимодействии с органами здравоохранения позволило существенно сократить сроки оформления направлений на медико-социальную экспертизу и сроки предоставле-

ния государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы гражданам, нуждающимся в паллиативной медицинской помощи. Обращений граждан, специалистов бюро МСЭ, органов исполнительной власти в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации за анализируемый период в учреждение не поступало.



ПОНОМАРЕВ С.А., ТУАРШЕВА С.М.

ОСОБЕННОСТИ ОЦЕНКИ СТАТОДИНАМИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СПЕЦИАЛЬНОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Ленинградской области» Минтруда России,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Введение. Современная экспертно-реабилитационная диагностика основана на оценке степени стойких расстройств функций организма и ограничений основных категорий жизнедеятельности. Использование эргометра с функцией диагностической дорожки и силовой платформой позволяет объективизировать степень выраженности нарушения статодинамических функций и ограничений жизнедеятельности в категории «способность к самостоятельному передвижению».

В ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Ленинградской области» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации с использованием вышеуказанного специализированного диагностического оборудования проводятся измерения параметров ходьбы преимущественно у лиц, проходящих освидетельствование в экспертных составах главного бюро.

Цель исследования. Анализ и сопоставление полученных результатов биомеханических параметров ходьбы у пациентов с различными нозологическими формами согласно МКБ-10 для уточнения и объективизации степени нарушения статодинамических функций.

Материал и методы. Источниками информации явились журнал учета исследований на эргометре с функцией диагностической дорожки, проведенных в отделе экспертно-реабилитационной диагностики ФКУ «ГБ МСЭ по Ленинградской области» Минтруда России; протоколы исследований на специальном диагностическом оборудовании; база данных ЕАВИИАС МСЭ. В процессе работы были применены статистический, аналитический и сравнительный методы исследования. Период исследования – 2018 год.

Результаты. В 2018 г. на эргометре с функцией диагностической дорожки с силовой



платформой Zebris Medical GmbH было проведено исследование биомеханики ходьбы 267 гражданам, что составило 22,5 % всех исследований, выполненных в отделе экспертно-реабилитационной диагностики.

Исследование на эргометре позволяет оценить основные параметры ходьбы: время и длину двойного шага, скорость и темп, временные характеристики – фазу опоры (опора на пятку-стопу-носок), фазу переноса и двойной опоры, сдвиг, коэффициент ритмичности.

Основными показателями функций ходьбы служат время и длина двойного шага, скорость и темп ходьбы – чем больше время двойного шага и меньше длина двойного шага, скорость и темп ходьбы, тем более выражены нарушения биомеханики ходьбы.

С учетом возрастной категории лица трудоспособного возраста составили 74,5 % (199 чел.), пенсионного возраста – 20,2 % (54 чел.), дети в возрасте от 8 до 18 лет – 5,3 % (14 чел.).

Среди направленных на обследование с целью объективизации функциональных нарушений 54,3 % (145 чел.) проходили освидетельствование в экспертных составах по обжалованию решений бюро МСЭ, 29,2 % (78 чел.) были направлены для проведения специальных (особо сложных) видов обследования и 16,5 % (44 чел.) в порядке контроля решений бюро МСЭ.

В структуре заболеваний у граждан, направленных для исследования параметров ходьбы, первое ранговое место занимают болезни

костно-мышечной системы и соединительной ткани – 43,7 %; второе – болезни системы кровообращения (22,6 %); третье – последствия травм опорно-двигательного аппарата, травм головы и других воздействий внешних причин (20,3 %), на четвертом месте болезни нервной системы – 13,4 %.

По результатам функциональных исследований на эргометре с функцией диагностической дорожки выраженные нарушения статодинамических функций выявлены в 4,5 % случаев, умеренные – в 31,1 %, незначительные – в 54,3 % и отсутствие нарушений – в 10,1 % случаев.

Заключения отдела экспертно-реабилитационной диагностики о нарушениях биомеханики ходьбы совпадали с оценкой выраженности статодинамических функций специалистами экспертных составов при незначительных нарушениях в 90,4 % случаев, при выраженных и умеренных нарушениях – в 52,6 % случаев.

Заключение. Данные, полученные при обследовании граждан на высокотехнологичном специализированном оборудовании, в частности, эргометре с функцией диагностической дорожки и силовой платформой Zebris Medical GmbH, могут быть использованы для оценки реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза у достаточно широкого контингента освидетельствуемых с различной патологией, что определяет их высокую экспертную значимость.



ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАННЫХ В БЮРО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

*ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Цель исследования – оценить результаты проведенных реабилитационных мероприятий у больных артериальной гипертензией (АГ) с метаболическим синдромом (МС), направленных на освидетельствование в бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ) г. Санкт-Петербурга.

Материал и методы. Обследованы 117 больных АГ с поражением органов-мишеней и МС, освидетельствованных в БМСЭ г. Санкт-Петербурга. Средний возраст – $57,7 \pm 0,9$ года. Проанализированы аспекты индивидуальной программы реабилитации/абилитации (ИПРА) пациентов, признанных инвалидами. Для оценки нарушенных функций сердечно-сосудистой системы (ССС) у больных изучены категории (домены) Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). Выраженность нарушений по каждому домену кодировалась с использованием количественной оценки от 0-4 % (нет нарушений) до 96-100 % (абсолютные нарушения) при первичном и повторном (через год) освидетельствовании больного в БМСЭ.

Результаты. Первично инвалидами II группы признаны 26,5 % больных, III группы – 69,6 %, не признаны инвалидами – 3,9 % больных, инвалидов I группы не было. При повторном освидетельствовании зафиксирован рост числа инвалидов II группы на 5,9 %. Все инвалиды нуждались в медицинской реабилитации и получали стандартную медикаментозную терапию. Санаторно-курортная форма реабилитации рекомендована 94,2 %

больных. У 37,2 % пациентов медицинскую реабилитацию активно сочетали с методами психологической коррекции и психотерапии. Социально-средовая реабилитация была необходима 23,3 % пациентов. Среди мероприятий профессиональной реабилитации содействие в трудоустройстве рекомендовано 26,7 % больных, производственная адаптация – 9,3 %. Из технических средств реабилитации пациенты преимущественно нуждались в средствах, компенсирующих ограничения способности к самообслуживанию и передвижению. При количественной оценке нарушенных функций ССС у пациентов значения колебались от 0 до 96 % как при первичном, так и при повторном осмотре. Анализ изменения клинко-функционального состояния больных при повторном освидетельствовании в БМСЭ после проведения реабилитационных мероприятий показал положительную динамику по доменам b4200 – повышение артериального давления (80 % против 90 %), b4150 – функции артерий (80 % случаев против 90 %) и b4101 – ритм сердечных сокращений (74 % против 76 %), что отражает полноту проведения реабилитации. В то же время отсутствовала динамика по домену b4102 (68 %) – сократительная сила миокарда; отрицательная динамика отмечена по доменам b4550 – общая физическая выносливость (42 % против 40 %), b460 – ощущения, связанные с функционированием ССС (56 % против 48 %). Полученные данные подтверждают закономерную стабильность стойких нарушений функции ССС и низкий реабилитационный потенциал у данных пациентов даже на фоне



реабилитационных мероприятий.

Заключение. Больные АГ с МС нуждаются в комплексной реабилитации. Приоритетным направлением программы реабилитации является медицинская реабилитация (лекарственная терапия и санаторно-курортное лечение). МКФ является приемлемым и оптимальным

инструментом для оценки клинико-функционального статуса больных с АГ и МС, динамики его изменения, эффективности программы реабилитации и ее своевременной коррекции при необходимости.



РЫБЧЕНКО Н.В., ШУЛУНОВА Т.В., АРХИНЧЕЕВА Д.А., КАРПОВА Л.В.

ОБ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИИ ГРАЖДАН В УЧРЕЖДЕНИЯХ УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ В 2017-2018 ГОДАХ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Иркутской области» Минтруда России,
г. Иркутск, Россия*

В ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России по поручению Минтруда России в целях исполнения п. 8.2. Рекомендаций 64-го специального (126-го) заседания Совета при Президенте Российской Федерации по развитию гражданского общества и правам человека на тему «Открытость и законность – главные гарантии уважения человеческого достоинства в учреждениях уголовно-исполнительной системы» утвержден План мероприятий по реализации рекомендаций Совета, проведен анализ работы по предоставлению государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы

подозреваемым, обвиняемым и осужденным.

Структура ГУФСИН России по Иркутской области представлена 22 исправительными учреждениями, в том числе одним – для несовершеннолетних, одним – для женщин, и одной лечебно-исправительной колонией (для лиц с туберкулезом легких). На момент проведения анализа в исправительных учреждениях на территории Иркутской области содержалось 14159 человек, в том числе 84 – в возрасте до 18 лет, из них количество инвалидов составляло 772 человека (в 2017 г. – 582 чел.).

Предоставление государственной услуги по проведению медико-социальной эксперти-



зы (МСЭ) данного контингента осуществляют три бюро. Освидетельствование граждан с последствиями травм, с соматической патологией, с болезнями глаза и придаточного аппарата, с психическими расстройствами проводится на базе исправительной колонии строгого режима в г. Иркутске; граждан с болезнями нервной системы, соматической патологией – на базе исправительной колонии в г. Ангарске; граждан с туберкулезом легких – на базе специализированной лечебно-исправительной колонии, расположенной на расстоянии 600 км от областного центра в г. Вихоревка.

В период 2017-2018 гг. медицинскими учреждениями уголовно-исполнительной системы области на освидетельствование в бюро МСЭ направлено 1159 чел., из них: в 2017 г. – 639 чел., в том числе один в возрасте до 18 лет; в 2018 г. – 520 чел. С целью установления группы инвалидности обратилось на МСЭ в 2017 г. – 619 чел., что составило 1,5 % от общего количества граждан, освидетельствованных с данной целью, из них признаны инвалидами 475 (76,7 %) чел.; в 2018 г. 507 чел. – 1,3 %, из них признаны инвалидами 414 чел.

В 2017 г. самостоятельно (на основании справки об отказе в направлении на МСЭ) обратились для проведения МСЭ с целью установления инвалидности четыре человека, находящихся в местах лишения свободы, трое из них после проведения дополнительного обследования установлена III группа, один – инвалидом не признан. В 2018 г. самостоятельно обратился для проведения МСЭ с целью установления инвалидности один гражданин, находящийся в местах лишения свободы, инвалидность не установлена.

Не признаны инвалидами: в 2017 г. – 144 (23,3 %) чел., из них при первичном освидетельствовании – 124, при повторном – 20; в 2018 г. – 93 (18,3 %) чел., из них: при первичном освидетельствовании – 76, при повторном – 17. Чаще всего необоснованно направляются на медико-социальную экспертизу осужденные с ВИЧ-инфекцией, психическими заболеваниями, болезнями системы кровообращения и последствиями травм. Данные нозологические формы являются ведущими среди причин первичной инвалидности в анализируемом периоде. Показатель полной реабилитации в 2018 г. увеличился относительно 2017 г., и составил 6,3 на 100 переосвидетельствованных (против 5,9 в 2017 г.). Показатель частичной

реабилитации снизился с 32,1 в 2017 г. до 24,2 в 2018 г. Утяжеление суммарное незначительно снизилось с 5,9 в 2017 г. до 5,2 в 2018 г. Показатель стабильности вырос по сравнению с 2017 г. (80,6) и составил в 2018 г. 83,0. Основными причинами полной и частичной реабилитации в 2017-2018 гг. являются эффективность проведенных реабилитационных мероприятий больным туберкулезом, лицам с последствиями травм различных локализаций. Удельный вес обжалований решений бюро в Главном бюро среди осужденных, не признанных инвалидами, в 2018 г. незначительно снизился относительно 2017 г. – с 24,3 % до 23,7 %. Отмечается рост обжалований решений в Федеральном бюро МСЭ с 0,2 % (1 чел.) до 0,6 % (3 человека).

Число обращений от граждан из числа подозреваемых, обвиняемых и осужденных, поступивших в Учреждение, увеличилось в 1,4 раза в 2018 г. (68 против 47 в 2017 г.). Доля обращений граждан данного контингента от общего числа обращений граждан в Учреждение не превышала 10 %.

В ФБ МСЭ обратились в 2018 г. 7 (10,3 %) чел., в 2017 г. – 5 (10,6 %) человек. К уполномоченному по правам человека в Иркутской области поступило в 2018 г. 2 обращения (2,9 %), в 2017 г. – 3 (6,4 %). Прокуратурой в наше Учреждение на рассмотрение было направлено в 2018 г. 4 обращения (5,9 %), в 2017 г. – 3 (6,4 %). Большая доля обращений граждан из числа подозреваемых, обвиняемых и осужденных связана с неустановлением инвалидности (2018 г. – 25,0 %, 2017 г. – 31,9 %). Меньше доля граждан, не согласных с установленной группой инвалидности: 2018 г. – 10,3 %, 2017 г. – 12,8 %.

По вопросам ИПРА инвалида обратились в 2018 г. 13,2 % человек из числа подозреваемых, обвиняемых и осужденных, в 2017 г. – 6,4 %. Доля граждан, обратившихся по другим вопросам МСЭ, составила в 2018 г. 48,5 %, в 2017 г. – 44,6 %. Случаев отказов в рассмотрении и оставлении обращений без рассмотрения в 2017-2018 гг. не зафиксировано. Жалоб на порядок проведения МСЭ от граждан из числа подозреваемых, обвиняемых и осужденных не поступало.

В Учреждении проводятся конференции, семинары, совещания с привлечением специалистов ГУФСИН России по Иркутской области по вопросам организации межведомственного



взаимодействия при реализации прав граждан, находящихся в местах лишения свободы, правовых основ медико-социальной экспертизы и организации освидетельствования лиц из данного контингента граждан, порядка разработки

и реализации ИПРА инвалидов, содержащихся под стражей. Проводятся разборы ошибок и дефектов при оформлении направлений на МСЭ.



САФРОНОВА Е.В., АНТОНОВА И.Г., НАГАЕВА С.В., БУДИЛОВА Г.Г.

АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ПО РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН ЗА 2015-2018 ГОДЫ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Республике Башкортостан» Минтруда России,
г. Уфа, Россия*

Умственная отсталость (олигофрения) – слабоумие – недоразвитие уровня психической, в первую очередь, интеллектуальной деятельности, связана с врожденной или рано приобретенной (в первые три года жизни) органической патологией головного мозга. Наряду с умственной отсталостью всегда имеет место недоразвитие эмоционально-волевой сферы, речи, моторики и всей личности в целом.

Цель исследования. Анализ показателей первичной инвалидности вследствие умственной отсталости среди детского населения Республики Башкортостан (РБ) за период 2015-2018 гг. и сравнительный анализ с аналогичными данными по Приволжскому федеральному округу (ПФО) и Российской Федерации (РФ) за 2015-2017 гг. для изучения формирования инвалидности, выявления об-

щих закономерностей и основных тенденций ее динамики.

Материал и методы. Исследование сплошное. Единица наблюдения: лицо, впервые признанное инвалидом вследствие умственной отсталости, из числа детского населения РБ, ПФО и РФ. Источники информации: форма федерального статистического наблюдения № 7-Д (собес), статистические сборники ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России.

Методы исследования: выкопировка сведений, описательная статистика, аналитический. Период наблюдения 2015-2018 гг.

Результаты. В структуре первичной инвалидности (ПИ) умственная отсталость среди психических расстройств и расстройств поведения (ПР и РП) детского населения РФ занимает ведущее место и является одним из основных классов болезней. В течение 2015-



2018 гг. доля умственной отсталости среди ПР и РП детского населения РБ в динамике постепенно неравномерно снижалась и составила 49,5 – 39,7 – 43,0 – 40,7 %. Аналогичная картина наблюдалась в 2015-2017 гг. в ПФО и РФ. По ПФО за 2015-2017 гг. данный показатель составил 51,6 – 49,6 – 45,2 %, по РФ – 47,7 – 46,5 – 45,6 %, соответственно. Таким образом, по РБ данный показатель в 2015 г. был ниже (49,5 %), чем в ПФО (51,6 %), но выше, чем в РФ (47,7 %); в 2016-2017 гг. стал стабильно ниже, чем в ПФО и РФ.

Таким образом, характерна общая динамика снижения доли умственной отсталости среди ПР и РП за 2015-2017 гг. по РБ, ПФО и РФ: по РБ к 2018 г. снизилась на 8,8 %, по ПФО за 2015-2017 гг. – на 6,4 %, по РФ за 2015-2017 гг. – на 2,1 %.

Общей закономерной динамики интенсивного показателя, который характеризует уровень ПИ вследствие умственной отсталости детей до 18 лет на 10 тыс. детского населения, по РБ, ПФО и РФ не прослеживается. В РБ в 2015 г. интенсивный показатель был выше, чем в ПФО и РФ; в 2016-2017 гг. стал стабильно ниже показателей по ПФО и РФ, в динамике за исследуемый период снижался и составил 3,0 – 1,8 – 2,2 – 2,0 %. В ПФО интенсивный показатель снизился в 2016 г., остался прежним в 2017 г. и в динамике за 2015-2017 гг. составил 2,8 – 2,6 – 2,6 %; в РФ в 2016 г. данный показатель снизился, в 2017 г. вновь поднялся на прежний уровень, составил в динамике за 2015-2017 гг. 2,9 – 2,8 – 2,9 %.

В структуре ПИ детей до 18 лет вследствие умственной отсталости по полу в РБ, ПФО и РФ стабильно превалирует мужской пол. По РБ в 2015-2018 гг. доля лиц мужского пола в динамике составила 64,1 – 62,6 – 60,6 – 65,0 %; по ПФО в 2015-2017 гг. 65,9 – 66,2 – 64,4 %; по РФ в 2015-2017 гг. 66,0 – 65,8 – 65,8 %. Как видно, по РБ показатель к 2018 г. увеличился на 0,9 %, по ПФО к 2017 г. снизился на 1,5 %, по РФ к 2017 г. снизился на 0,2 %.

В структуре ПИ детей до 18 лет вследствие умственной отсталости по месту проживания в течение 2015-2018 гг. в РБ характерно преобладание проживающих в сельской местности. Доля лиц, проживающих в сельской местности, по РБ составила 61,8 – 58,7 – 66,2 – 67,8 %, в динамике к 2018 г. увеличилась на 6,0 %; в течение 2015-2017 гг. была стабильно выше, чем в ПФО и РФ. В ПФО в 2015 г. превалировали

проживающие в сельской местности, в 2016-2017 гг. – в городах; динамика удельного веса проживающих в сельской местности в ПФО в 2015-2017 гг. составила 51,6 – 49,6 – 49,0 %. В РФ в течение 2015-2017 гг. стабильно преобладали проживающие в городах с тенденцией к увеличению; удельный вес проживающих в сельской местности постепенно снизился на 1,2 % и составил 43,1 – 41,4 – 41,9 %.

В структуре ПИ детей до 18 лет вследствие умственной отсталости по возрастным группам характерно преобладание лиц в возрасте 8-14 лет, так как в этом возрасте с началом обучения в школе у лиц с умственной отсталостью начинают проявляться ограничения способности к обучению, что способствует увеличению диагностирования данной патологии. По РБ за 2015-2018 гг. удельный вес лиц в возрасте 8-14 лет среди детей до 18 лет составил 77,1 – 76,1 – 73,7 – 79,5 % (с тенденцией к увеличению) и в 2015-2017 гг. был в динамике стабильно выше показателей по ПФО и РФ. По ПФО данный показатель к 2017 г. увеличился и составил в динамике за 2015-2017 гг. 63,3 – 62,9 – 65,1 %. По РФ данный показатель в динамике постепенно увеличивался и за 2015-2017 гг. составил 57,3 – 57,8 – 59,3 %. Таким образом, по РБ данный показатель увеличился к 2018 г. на 2,4 %, по ПФО и РФ к 2017 г. – на 1,8 % и 2,0 %, соответственно.

Несомненна важность более ранней диагностики умственной отсталости у детей в дошкольной возрастной группе 4-7 лет. Удельный вес данной возрастной группы в структуре ПИ детей до 18 лет вследствие умственной отсталости по РБ составил 15,6 – 16,8 – 17,6 – 8,3 %, в динамике за 2015-2017 гг. оставался стабильно ниже показателей по ПФО и РФ, с тенденцией к резкому снижению в 2018 г. Динамика данного показателя по ПФО и РФ за 2015-2017 гг. также с тенденцией к снижению, по ПФО данный показатель составил 27,4 – 27,6 – 26,0 %, по РФ 31,2 – 31,9 – 30,2 %. По РБ показатель к 2018 г. снизился на 7,3 %, по ПФО и РФ к 2017 г. – на 1,4 % и 1,0 %, соответственно.

На третьем месте первично признанных инвалидами детей до 18 лет вследствие умственной отсталости в РБ, ПФО и РФ в динамике за 2015-2017 гг. после возрастных групп 8-14 и 4-7 лет – возрастная группа 15 лет и старше. Доля этой возрастной группы по РБ составила 6,9 – 7,1 – 8,6 – 12,2 %, в динамике увеличивалась, в 2015 и 2016 гг. была ниже, чем в



ПФО и РФ; в 2017 г. стала выше, чем в ПФО и РФ. По ПФО закономерной динамики данного показателя не прослеживается, доля возрастной группы 15 лет и старше за 2015-2017 гг. составила 7,3 – 7,8 – 7,4 %. По РФ данный показатель с тенденцией к снижению, за 2015-2017 гг. составил в динамике 8,3 – 7,6 – 7,8 %. Данный показатель по РБ к 2018 г. увеличился на 5,3 %, по ПФО к 2017 г. – на 0,1 %, а по РФ к 2017 г. снизился на 0,5 %.

Следует отметить низкий показатель удельного веса возрастной группы 0-3 года по РБ (0,4 %) в 2015 г. по сравнению с ПФО и РФ, отсутствие впервые признанных инвалидами вследствие умственной отсталости в данной возрастной группе в 2016-2018 гг. Показатель 2015 г. был ниже, чем в ПФО и РФ на 1,6 % и 2,8 % соответственно. Удельный вес данной возрастной группы по ПФО в динамике снижался и в 2015-2017 гг. составил 2,0 – 1,7 – 1,5 %; по РФ данный показатель снизился в 2016 г., остался на прежнем уровне в 2017 г. и составил в динамике 3,2 – 2,7 – 2,7 %.

Заключение. Анализ в целом показал, что умственная отсталость в структуре первичной инвалидности среди психических расстройств и расстройств поведения детского населения Российской Федерации занимает ведущее мес-

то и является одним из основных классов болезней.

В течение 2015-2017 гг. наблюдается общая для Республики Башкортостан, ПФО и РФ тенденция к снижению удельного веса умственной отсталости среди психических расстройств и расстройств поведения детского населения.

Общей закономерной динамики интенсивного показателя по Республике Башкортостан, ПФО и РФ не прослеживается. По Республике Башкортостан интенсивный показатель составил в динамике 3,0 – 1,8 – 2,2 – 2,0 %.

В структуре умственной отсталости по полу и возрасту за 2015-2017 гг. характерна общая закономерность по Республике Башкортостан, ПФО и РФ – преобладают лица мужского пола и возрастная группа 8-14 лет.

В структуре ПИ детей до 18 лет вследствие умственной отсталости по месту проживания в Республике Башкортостан характерно преобладание проживающих в сельской местности, по ПФО – с 2016 г. преобладание городских жителей, по РФ – стабильное преобладание городского населения.



ОСОБЕННОСТИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Республике Башкортостан» Минтруда России,
г. Уфа, Россия*

Инвалидность детского населения вследствие умственной отсталости становится все более актуальной проблемой. При вынесении экспертного решения о наличии или отсутствии инвалидности у детей с умственной отсталостью важно правильно оценить степень выраженности психических нарушений, особенности и степень нарушений эмоционально-волевой сферы ребенка с умственной отсталостью, что в результате позволит установить правильный экспертно-реабилитационный диагноз и определить судьбу ребенка в плане социально-психологической реабилитации. Анализ сведений, полученных в результате экспериментально-психологического обследования, помогает верифицировать экспертно-реабилитационный диагноз и вынести экспертное решение.

Экспериментально-психологическое обследование детей с умственной отсталостью в медико-социальной экспертизе – это экспериментальное изучение личности ребенка с помощью пато- и нейропсихологических методик, направленное на исследование его психической деятельности с целью выявления структуры и степени нарушений психических функций, приводящих к ограничению жизнедеятельности в категориях общения, обучения, контроля за своим поведением, самообслуживания, а также определения компенсационных возможностей психики ребенка для преодоления существующих ограничений. Полученные данные помогают формировать клинко-функциональный экспертно-реабилитационный диагноз с выделением ведущего психологического синдрома и его структуры, установлением психологического реабилитационного потенциала и психологического реабилитационного прогноза для обозначения основных реабилитационных целей и задач.

У детей с умственной отсталостью на первый план выходит оценка психомоторного и речевого развития путем наблюдения за их поведением, общением, речью, игрой. Часто используются невербальные методики: разрезные картинки, матрешка, доски Сегена, пирамидки, разноцветные палочки и брусочки, почтовый ящик. В процессе выполнения данных методик появляется возможность, наблюдая за игровой деятельностью ребенка, составить первое представление об особенностях развития его психики и моторики, степени сформированности представлений о величине, цвете, умении сравнивать данные признаки, адекватности и рациональности способа действий, самоконтроле в процессе игры, наличии и стойкости интереса, обучаемости.

Функции внимания имеют свои особенности у детей с умственной отсталостью. Методики для исследования внимания, такие как таблица Шульте, корректурные пробы, счет по Крепелину, методика Мюнстерберга, сектор Рыбакова-Когана, помогают исследовать устойчивость внимания, уровень распределения внимания, возможность его переключения, изучения темпа деятельности, встраиваемости в задание, проявление признаков утомления, пресыщения, влияния различных видов мотивации на продуктивность деятельности.

Память, представляющая собой один из ведущих компонентов познавательной деятельности, тесно взаимодействует со всеми другими психическими процессами и личностью в целом. У детей с умственной отсталостью усвоение новой информации протекает медленно, лишь после многократных повторений; дети быстро забывают воспринятое и, главное, не умеют вовремя воспользоваться приобретенными знаниями и умениями на практике. Экспериментальное исследование памяти у



детей с умственной отсталостью проводится с использованием следующих методик: тест А. Лурия, тест зрительной ретенции А.Л. Бен-тона, пиктограммы, воспроизведение рассказов, запоминание рисунков, которые помогают исследовать оценку состояния слуховой памяти, активности внимания, запоминания, сохранения, воспроизведения, произвольного внимания.

Мышление является главным инструментом познания. Оно протекает в форме таких операций, как анализ, синтез, сравнение, обобщение, абстракция. Широко применяются для исследования мышления такие диагностические методики умственной отсталости у детей, как исследование понимания переносного смысла пословиц и поговорок, обобщения, сравнения и исключения понятий, классификации предметов и выделении существенных признаков, осмысление рассказов со скрытой сутью и др. Для этого в распоряжении психологов имеется обширный наглядный хорошо иллюстрированный материал в виде книг, альбомов, карточек. Это помогает исследовать целенаправленность мышления, умение понимать и оперировать переносным смыслом текста, оценить дифференцированность и целенаправленность суждений, уровень развития речевых процессов. Как показывают исследования, все мыслительные операции у детей с умственной отсталостью недостаточно сформированы и имеют своеобразные черты. Уровень невербального интеллекта достаточно информативно определяет методика Равена (цветные матрицы можно использовать с 4-5 лет, стандартные – с 8 лет). Методика Векслера (адаптированный для детей вариант) позволяет диагностировать умственную отсталость путем определения так называемого коэффициента интеллекта IQ.

Для исследования эмоционально-волевой сферы детей с умственной отсталостью применяются проективные методики, цветовой тест Люшера, ТАТ, тест Розенцвейга, тесты для определения уровня невротизации и психопатизации, личностные опросники, которые используются для оценки эмоционального

состояния и уровня нервно-психической устойчивости, выявления внутриличностных конфликтов и склонности к депрессивным состояниям. Детям с умственной отсталостью свойственна эмоциональная незрелость, низкая дифференцированность и нестабильность чувств, значительная ограниченность диапазона переживаний, крайний и сдержанный характер проявления радости, огорчения, веселья. Исследования показали, что такие дети не умеют ставить цель и следовать ей.

Все отмеченные особенности психической деятельности детей с умственной отсталостью носят стойкий характер, поскольку являются результатом органических поражений на разных этапах развития (генетические, внутриутробные, перинатальные, постнатальные). Хотя умственная отсталость рассматривается как явление необратимое, это не означает, что оно не поддается коррекции. Положительная динамика отмечается при правильно организованном врачебно-психолого-педагогическом воздействии в условиях специальных (коррекционных) учреждений, где работают подготовленные специалисты: дефектологи, логопеды, психологи, и где, кроме самого процесса обучения детей с умственной отсталостью, проводится формирование у них устойчивых практических навыков, профориентация, социально-психологическая адаптация в обществе.

Закключение. Проведение экспериментально-психологического обследования в процессе медико-социальной экспертизы детей с умственной отсталостью повышает возможности установления правильного экспертно-реабилитационного диагноза, психологического реабилитационного потенциала и психологического реабилитационного прогноза. Специфические диагностические методы, позволяющие с достаточной долей объективности оценить нарушение психических процессов, эмоционально-волевой сферы у детей с умственной отсталостью, помогают решать задачи, поставленные перед медико-социальной экспертизой, прежде всего в плане социально-психологической реабилитации инвалидов.



АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ И ПОВТОРНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И СТЕПЕНИ УТРАТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2016-2018 ГОДЫ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Иркутской области» Минтруда России,
г. Иркутск, Россия*

Являясь важной медико-социальной проблемой, профессиональная патология приносит значительный экономический ущерб Иркутской области и России в целом, так как поражает значительное число лиц трудоспособного возраста, стажированных рабочих с высокой квалификацией.

Цель исследования. Изучение первичной и повторной инвалидности пострадавших вследствие профессиональных заболеваний за 2016-2018 гг.

Материал и методы. Исследование проведено на основании данных годовой формы федерального государственного статистического наблюдения № 7-собес «Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше», и электронной базы данных о гражданах, прошедших освидетельствование в Бюро № 4 – филиала ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России. Период наблюдения 2016-2018 гг.

Результаты. Показатель профессиональной заболеваемости в Иркутской области за последние 3 года снижается: в 2016 г. – 3,34 на 10 тыс. работающих, в 2017 г. – 1,91, в 2018 г. – 2,23.

Уровень первичной инвалидности вследствие профессиональной патологии, рассчитанный на 10 тыс. взрослого населения, в Иркутской области за анализируемый период колеблется: 2016 г. – 0,15, 2017 г. – 0,2, 2018 г. – 0,035. Аналогичный показатель по Российской Федерации (РФ) составляет 0,2 на 10 тыс. населения.

В структуре первичной инвалидности по тяжести на протяжении последних лет преобладает доля инвалидов III группы

(2016 г. – 90,9 %, 2017 г. – 93,3 %, 2018 г. – 100 %).

Инвалидность I группы при первичном освидетельствовании в Иркутской области за анализируемые годы не устанавливалась.

В среднем удельный вес инвалидов II группы в числе впервые признанных инвалидами (ВПИ) вследствие профессиональных заболеваний по РФ составляет 14,8 %. По Иркутской области за анализируемый период, как и в предыдущие годы, этот показатель снижался от 9,1 % в 2016 г. до 6,7 % в 2017 г. В 2018 г. II группа не устанавливалась.

Анализ возрастных особенностей первичной инвалидности вследствие профессиональных заболеваний выявил, что за 2016-2018 гг. наблюдалось преобладание ВПИ второй и третьей возрастных групп.

Гендерная структура первичной инвалидности вследствие профессиональных заболеваний характеризуется преобладанием доли мужчин: 2016 г. – 90,9 %, 2017 г. – 66,7 %, 2018 г. – 80,0 %, что сопоставимо с данными по РФ.

Нозологическая структура первичной инвалидности вследствие профессиональных заболеваний за анализируемый период изменилась по сравнению с предыдущими годами. На первом ранговом месте – болезни органов дыхания (токсические и от воздействия пылевого фактора) – в среднем 49,2 %; на втором – сенсоневральная тугоухость (СНТ) – в среднем 32,8 %; на третьем месте – ртутная интоксикация – в среднем 5,3 %.

В структуре повторной инвалидности вследствие профессиональных заболеваний за анализируемый период также преоблада-



ет доля лиц III группы инвалидности (2016 г. – 76,9 %, 2017 г. – 83,7 %, 2018 г. – 73,9 %).

Среди повторно признанных инвалидами (ППИ) преобладают лица третьей возрастной группы (в среднем – 60,2 %). Данный показатель незначительно снижается с 61,9 % в 2016 г. до 58,5 % в 2018 г.

Гендерная структура повторной инвалидности вследствие профессиональных заболеваний, как и первичной, характеризуется преобладанием доли мужчин: 2016 г. – 88,1 %, 2017 г. – 86,7 %, 2018 г. – 81,5 %.

Нозологическая структура повторной инвалидности вследствие профессиональных заболеваний за период 2016-2018 гг.: на первом ранговом месте – болезни органов дыхания (токсические и от воздействия пылевого фактора) – в среднем 56,4 %; на втором – СНТ – в среднем 17,4 %; на третьем месте – вибрационная болезнь – в среднем 10,3 %; на четвертом месте – профессиональные интоксикации (ртутная) – в среднем 6,9 %. Среди другой патологии встречаются профессиональный туберкулез, онкологические заболевания и патология костно-мышечной системы.

Показатель полной реабилитации инвалидов вследствие профессиональных заболеваний в 2016 г. – 9,5 % (14 человек), в 2017 г. – 10,1 % (11 человек). В 2018 г. полной реабилитации достичь не удалось. В 2016 г. частичная реабилитация инвалидов вследствие профессиональных заболеваний не отмечена. Показатель частичной реабилитации в 2017 г. – 3,7 % (4 человека), в 2018 г. – 4,6 % (3 че-

ловека), то есть практически остался на одном уровне.

Показатель стабильности инвалидности вследствие профессиональных заболеваний за анализируемый период колеблется: 2016 г. – 81,0 %, 2017 г. – 78,0 %, 2018 г. – 78,5 %. Усиление группы инвалидности наблюдается при хроническом токсическом бронхите, а также при присоединении тяжелой сопутствующей патологии, например, онкологических заболеваний.

В среднем за анализируемый период в 97,5 % случаев степень утраты профессиональной трудоспособности оставалась на прежнем уровне, что свидетельствует о стойкости проявлений профессиональных заболеваний.

Заключение. Таким образом, среди ВПИ и ППИ вследствие профессиональных заболеваний преобладают инвалиды III группы, второй и третьей возрастных групп. Доля мужчин среди ВПИ и ППИ остается на высоком уровне и составляет в среднем около 80 % в обеих категориях. В структуре профессиональных заболеваний, приводящих к инвалидности, за анализируемые 3 года лидируют болезни органов дыхания и сенсоневральная тугоухость. Показатели полной и частичной реабилитации инвалидов вследствие профессиональных заболеваний невысоки, в динамике стабильны. Показатель стабильности инвалидности вследствие профессиональных заболеваний за анализируемый период остается на высоком уровне и составляет около 80 %.



СПИРИДОНОВА Л.Ч., ТЫКЫЛ-ООЛ О.А., САТ У.К.

СОСТОЯНИЕ ПЕРВИЧНОЙ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В СЛЕДСТВИЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПО РЕСПУБЛИКЕ ТЫВА ЗА 2016-2018 ГОДЫ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Республике Тыва» Минтруда России,
г. Кызыл, Россия*

Введение. Врожденные аномалии развития относятся к числу наиболее серьезных отклонений в состоянии здоровья детей и являются одной из ведущих причин детской инвалидности.

Цель. Провести анализ состояния первичной инвалидности при врожденных аномалиях развития у детей, показатели которых всегда доминируют.

Материал и методы. Анализ проведен на основании данных годовой формы № 7 д-собес, аналитических сборников ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России и ФГИС «ЕАВИИС МСЭ». Анализом охвачены последние три года (2016-2018), в течение которых в структуре первичной инвалидности среди детей до 18 лет врожденные аномалии развития (ВАР) всегда занимают лидирующую позицию.

Результаты. В структуре первичной инвалидности среди детей по Республике Тыва за последние три года лидирующую позицию занимают болезни нервной системы и врожденные аномалии развития. Интенсивный пока-

затель первичной инвалидности (ИППИ) при болезнях нервной системы имеет тенденцию к росту (7,5 – 7,9 – 8,1), а ИППИ при ВАР в 2017 г. был повышен и снизился в 2018 г. (6,5 – 8,6 – 6,8). ИППИ при болезнях уха и сосцевидного отростка, которые стабильно занимали третью лидирующую позицию, наконец-то снизился втрое в сравнении с 2016 г. (3,1 – 1,7 – 0,9).

В 2018 году третье место отведено следующим нозологическим формам, показатель которых одинаков – 1,0: болезни костно-мышечной системы, мочеполовой системы и болезни эндокринной системы и метаболизма.

В структуре ВАР доля пороков сердца в 2017 г. выросла в 2,3 раза, в 2018 г. – в 1,6 раза (27,6 – 47,1 – 38,8); доля ВАР головного и спинного мозга в сравнении с 2016 г. увеличилась в 1,3 раза (10,5 % – 8,7 % – 14,1 %). Доля болезней опорно-двигательного аппарата в 2018 г. выросла в сравнении с 2017 г. в 1,3 раза (5,8 – 9,4), аномалий желудочно-кишечного тракта – в 6,4 раза (0,9 – 5,8), хромосомной патологии (болезни Дауна) – в 2,3 раза (7,7 – 8,2). Отме-

Таблица 1 – Динамика первичной детской инвалидности вследствие врожденных аномалий развития опорно-двигательного аппарата за 2016-2018 гг. по Республике Тыва

Нозологические формы	2016 год		2017 год		2018 год	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Врожденные аномалии развития верхней конечности			2	33,3		
Незавершенный остеогенез	2	22,2	-		-	
Врожденная косолапость	2	22,2	1	16,7		
Врожденные аномалии развития стоп			1	16,7	1	12,5
Врожденный вывих бедра	2	22,2			2	25,0
Врожденные аномалии развития позвоночника	1	11,2			2	25,0
Хондродисплазии	2	22,2	1	16,7	1	12,5
Множественная экзостозная болезнь	-		1	16,7	1	12,5
Акроцефалосиндактилия					1	12,5
Всего врожденных аномалий развития костно-мышечной системы	9	100,0	6	100,0	8	100,0



чается снижение удельного веса врожденных расщелин челюстно-лицевой области по сравнению с 2016 г. в 1,8 раза, аномалий мочеполовой системы в 5 раз и врожденных ихтиозов в 3 раза.

Представленные данные показывают, что в структуре ВАР доля аномалий опорно-двигательного аппарата в динамике, по сравнению с 2017 г., в 2018 г. увеличилась в 1,3 раза (с 5,8 до 9,4) за счет врожденных вывихов бедра, аномалий позвоночника.

При этом стойкие умеренные нарушения нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций в 2016 г. имели 88,9 % освидетельствованных детей, в 2017 г. – 100,0 %, а в 2018 г. – 87,5 %. В 2016 г. выраженные нарушения наблюдались у 11,1 % детей. В 2018 г. – значительно выраженные нарушения у 12,5 % детей. При разработке индивидуальной программы реабилитации или абилитации (ИПРА) нуждались в реконструктивной хирургии в 2016 г. 33,3 % детей, в 2017 и 2018 гг. – 50,0 % детей.

При разработке ИПРА в 2016 г. в обеспечении сложной ортопедической обувью нуждались 22,2 % детей, в 2017 г. – 33,3 % и в 2018 г. – 12,5 % детей.

Проведен анализ с учетом гендерных особенностей, который выявил следующее: в 2016 г. преобладают мальчики, по месту жительства – дети из городской местности, а в 2017 г. соотношение мальчиков и девочек одинаково, большинство из сельской местности. В 2018 г. мальчиков – детей из сельской местности больше.

Заключение. Таким образом, результат выполненного анализа свидетельствует о том, что по Республике Тыва сохраняются высокие показатели детской инвалидности вследствие врожденных аномалий развития. Это обусловлено многими факторами, в том числе – недостаточной антенатальной профилактикой; недостаточной осведомленностью населения о наследственной патологии и, следовательно, о возможности избежать рождения ребенка с пороками развития; желанием женщины сохранить беременность; улучшением диагностических возможностей, приводящих к ранней диагностике врожденных патологий.

Данный анализ может быть использован при планировании мероприятий медицинской реабилитации, первичной профилактики инвалидности у детей.



АНАЛИЗ УРОВНЯ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ С РАЗЛИЧНЫМ ГЕСТАЦИОННЫМ СРОКОМ РОЖДЕНИЯ В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Республике Хакасия» Минтруда России,
г. Абакан, Россия*

Цель исследования. Изучение взаимосвязи гестационного возраста ребенка, его нервно-психического развития и выраженности психического дефекта, приводящего к инвалидности.

Материал и методы. Исследование проведено на основании изучения и анализа данных медико-экспертной документации, лонгитюдного экспериментально-психологического исследования психического развития детей-инвалидов разного возраста, освидетельствованных в ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Хакасия» Минтруда России за период 2005-2018 гг. В рамках изучения уровня нервно-психического развития (НПР) детей-инвалидов проанализированы данные о 560 детях, рожденных в период 1998-2007 гг., и 544 детях, рожденных в период 2008-2018 гг.

В норме НПР имеет сложную организацию: развивающийся ребенок все время находится в процессе не только количественных, но и качественных изменений. Согласно оценке НПР детей первого года жизни принято, что 1 эпикризный срок – это каждый месяц жизни, на втором году жизни – 3 месяца, на третьем – 6 месяцев. Преобладание патологических свойств, свойственных более младшему возрасту, свидетельствует о явлениях задержки НПР. При этом нарушения развития (аномалии) могут быть связаны с патологическими состояниями нервной системы, как это имеет место при церебральной недостаточности, многих резидуальных органических состояниях.

В последнее время увеличилось количество детей, родившихся недоношенными и с низким весом. В СССР ребёнок считался недоношенным, если родился после 28 недель гестации. Раньше данного срока ребёнок считался выкидышем, и если смог выжить в течение первой недели, то записывался как недоношенный. В

2008 г. был принят закон, согласно которому учреждения сферы здравоохранения обязаны выхаживать детей с экстремально низкой массой тела менее 1000 грамм, а с 2012 г. в России стала действовать норма, по которой медицинский уход должны получать все недоношенные дети – весом от 500 граммов, родившиеся на 22-й неделе. Несмотря на то, что после 22-й недели шансы ребёнка выжить быстро повышаются и достигают 80 % к 25 неделе, дети, родившиеся на 7-м месяце беременности, крайне редко развиваются нормально, без заболеваний и отклонений. Последствия если и проходят, то не раньше подросткового возраста.

Результаты и обсуждение. По итогам проведённого лонгитюдного исследования уровня нервно-психического развития с различным гестационным возрастом рождения обращает на себя внимание динамика уровней психического развития у детей, рожденных в период 1998-2007 гг. и в период 2008-2018 гг. в гестационном периоде 29-37 недель:

- вырос удельный вес детей с глубокой задержкой (на 10 и больше эпикризных сроков) психического развития в течение всей жизни, рожденных в период 2008-2018 гг., в сравнении с детьми, рожденными в период 1998-2007 гг., с 5,0 % до 11,2 % (от 28 детей до 61 ребенка);

- возрос удельный вес и количество детей с относительной нормой (в младенческом и дошкольном возрасте стабильная задержка психического развития на 4-6 эпикризных сроков, к школьному возрасту – нижняя граница нормы развития) от 5,0 % до 8,4 % (от 28 до 46 детей);

- доли детей с умственной отсталостью (7,6 %) и детей с абсолютной нормой развития (4,8 %) практически не изменились.

Динамика уровней психического развития



у детей, рожденных в период 1998-2007 гг. и 2008-2018 гг., в гестационном периоде 24 недели выглядит следующим образом: возросло количество детей с относительной нормой от 0 до 6 детей с удельным весом от 0 % до 1,1 %.

В период 2008-2018 гг. увеличилось количество детей с экстремально низкой массой тела от 6 детей за период 1998-2007 гг. до 29 детей в период 2008-2018 гг. с увеличением удельного веса от 1,1 % до 5,3 %; из них на детей с глубокой задержкой психического развития с рождения и в течение всей жизни приходится 10,3 %, с умственной отсталостью – 17,2 %, с относительной нормой – 65,7 %, с абсолютной нормой – 6,8 %.

В исследовании выявлена особенность, показывающая, что увеличилось количество детей, рожденных с нормальным весом, но с отягощенным анамнезом антенатального периода развития в виде тяжелой гипоксии плода, с церебральной ишемией, перинатальной постгипоксически-ишемической энцефалопатией, а также имеющих глубокую задержку психического и моторного развития с рождения и в течение всей жизни, от 30,5 % среди детей, рожденных в период 1998-2007 гг. до 43 %, рожденных в период 2008-2018 гг.

Кроме того, обращает на себя внимание снижение доли детей с абсолютной нормой от 15,4 % до 11,9 %, и увеличение количества детей с относительной нормой от 13,3 % до 17,2 %.

Сложившуюся динамику увеличения необратимой патологии в психической сфере среди детей, родившихся в период 2008-2018 гг., на

17,8 % (со 168 до 198 детей) можно объяснить проводимой работой по выхаживанию детей с тяжелыми гипоксически-ишемическими и геморрагическими перинатальными поражениями головного мозга. И в то же время увеличение количества детей с относительной нормой объясняется регулярным проведением реабилитационных психолого-педагогических и логопедических мероприятий.

Закключение. Таким образом, анализ исследования взаимосвязи гестационного возраста и веса при рождении показал, что способность ребёнка выжить и продуктивно жить после рождения не всегда зависит от того, сколько недель он развивался в утробе матери, и насколько его органы развиты, чтобы поддерживать жизнь плода вне матки. Важное значение имеет состояние здоровья беременных женщин, течение беременности и родов, качество последующей медикаментозной терапии и своевременное проведение реабилитационных психолого-педагогических и логопедических мероприятий.

Изучение особенностей НПР детей, глубокой патологии НПР, которые учитываются наряду с медицинскими данными, позволяет значительно улучшить психологическую помощь детям-инвалидам. Результаты данного исследования могут быть полезны при разработке комплекса реабилитационных мероприятий индивидуальной программы реабилитации детей-инвалидов, направленных на коррекцию недостатков психического развития.





СТРУКОВА О.Г., ЩУКИНА Т.А., КАРА-ОЛ Н.А.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПОСТРАДАВШИХ ВСЛЕДСТВИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ ХАКАСИЯ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Республике Хакасия» Минтруда России,
г. Абакан, Россия*

Введение. Представлены показатели профессиональной заболеваемости в Республике Хакасия и факторы, определяющие их высокие значения. Отмечены характерные для данного региона особенности нозологической структуры профессиональной патологии. Приведены результаты освидетельствования пострадавших вследствие несчастного случая на производстве и лиц с профессиональными заболеваниями для установления степени утраты профессиональной трудоспособности в Республике Хакасия за период 2016-2018 гг., контингент которых при первичном и повторном освидетельствовании был представлен в основном лицами трудоспособного возраста. Рассмотрены проблемы, возникающие у специалистов при проведении данного вида медико-социальной экспертизы лиц, достигших пенсионного возраста, с профессиональной фтористой остеопатией 1 стадии и незначительными нарушениями функций, при повторных несчастных случаях на производстве или вновь возникших профессиональных заболеваниях.

Материал и методы. Медико-социальная экспертиза лиц с профессиональными заболеваниями или пострадавших в результате несчастных случаев на производстве осуществляется в Российской Федерации (РФ) по единой нормативно-правовой базе, регламентирующей процедуру предоставления государственной услуги данного вида медико-социальной экспертизы. Вместе с тем, в различных регионах страны в рамках действующего законодательства отмечаются особенности работы, основанные на специфике субъектов РФ.

Определение степени утраты профессиональной трудоспособности (УПТ) пострадавшим вследствие профессиональных заболева-

ний или трудового увечья является одним из наиболее сложных видов МСЭ.

Республика Хакасия, как и другие регионы, имеет определенные особенности промышленного производства, которые оказывают влияние на формирование контингента пострадавших на производстве и отражаются в работе учреждения МСЭ.

Специфику профессиональной патологии обуславливают расположенные на территории республики крупные промышленные предприятия по добыче угля, металлических руд, металлургическое производство, кирпичные заводы, машиностроительные и строительные организации. Например, у работников металлургической отрасли, особенно у электролизников расплавленных солей, чаще всего диагностируются заболевания, связанные с воздействием фтора и его соединений.

В Республике Хакасия на базе ГБУЗ РХ «Республиканская больница им. Г.Я. Ремишевской» в 2015 г. начал функционировать Центр профессиональной патологии (ЦПП). Ранее пациенты с предварительным диагнозом профессионального заболевания направлялись в другие регионы – Иркутскую и Кемеровскую области (г. Ангарск и г. Новокузнецк), Красноярский край (г. Красноярск).

Результаты. Наиболее часто Главное бюро МСЭ по Республике Хакасия проводит освидетельствование для установления УПТ лицам со следующей профессиональной патологией: хроническая интоксикация фтором и его соединениями, нейросенсорная тугоухость, вибрационная болезнь, профессиональные пылевые бронхиты, бруцеллез, профессиональные радикулопатии.

Согласно данным Главного бюро, практически 80 % граждан, обратившихся по поводу



профессиональной патологии, уже являются пенсионерами льготных категорий (средний возраст 53 года), имеют отрицательную установку на труд. Доля пострадавших, которые после определения степени УПТ продолжают профессиональную деятельность в иных условиях производства, крайне мала (0,1 %).

Удельный вес лиц, обратившихся в бюро МСЭ для установления степени УПТ, в среднем составляет около 5,0 % от общего числа освидетельствованных.

Абсолютное число лиц, которым установлена степень УПТ, за период 2016-2018 гг. уменьшилось на 84 (17,3 %) человека.

Впервые в бюро в 2016 г. обратился 181 пострадавший на производстве, в 2017 г. – 151 человек, а в 2018 г. – 118 человек. Снижение с 2016 г. составило 34,8 %.

Доля лиц, которым степень УПТ установлена впервые, составила в 2016 г. 38,1 %; в 2017 г. – 28,4 %; в 2018 г. – 28,1 % от общего числа пострадавших на производстве. Удельный вес лиц, освидетельствованных повторно, был равен в среднем 68,1 % от общего числа.

Среди пострадавших, которым была установлена степень УПТ, преобладали лица трудоспособного возраста (мужчины 18-59 лет и женщины 18-54 года). Их доля при первичном освидетельствовании в среднем составила 84,5 %; при повторном – 80,0 % от общего числа.

Затруднения в работе врачей-экспертов возникают при определении степени УПТ у лиц пенсионного возраста (мужчины 60 лет и старше, женщины 55 лет и старше), которым профессиональное заболевание установлено после окончания трудовой деятельности, и специалистами ЦПП не рекомендовано возвращение к прежней профессии, при отрицательной установке на труд и отказе от профессиональной реабилитации.

Согласно данным ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Хакасия» Минтруда России, при обращении в бюро МСЭ более, чем у половины пациентов с профессиональной патологией наблюдаются два и более таких заболеваний. Однако случаев установления инвалидности вследствие профессиональных заболеваний за исследуемый период зарегистрировано не было.

Социальное страхование лиц, пострадавших вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний,

осуществляется в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» от 24.07.1998 № 125-ФЗ (далее – Закон 125-ФЗ). Страховое обеспечение в виде оплаты дополнительных расходов, связанных с медицинской, социальной и профессиональной реабилитацией застрахованного, производится только при наличии прямых последствий страхового случая, что предусмотрено в ст. 8 настоящего Закона.

Медико-социальная экспертиза проводится в соответствии с Правилами установления степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, утвержденными Постановлением Правительства от 16.10.2000 № 789 (далее – Правила). УПТ оценивается с использованием временных критериев определения степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, утвержденных Постановлением Минтруда от 18.07.2001 № 56 (далее – Временные критерии).

Степень УПТ определяется исходя из тяжести последствий повреждения здоровья в результате несчастного случая на производстве или профессионального заболевания. Обязательно учитываются психофизиологические возможности пострадавшего, его профессиональные способности и профессионально значимые качества, позволяющие продолжать выполнение профессиональной деятельности того же содержания и в том же объеме либо со снижением квалификации, уменьшением объема выполняемой работы и тяжести труда в обычных, специально созданных производственных или иных условиях. Степень УПТ выражается в процентах и устанавливается в пределах от 10 до 100 %.

Оценка степени УПТ основывается на выраженности нарушений функций организма пострадавшего, ограничивающих способность к труду и другие категории жизнедеятельности. Производственные травмы и профессиональные заболевания характеризуются многообразием клинических проявлений, различных по характеру и степени выраженности нарушений функций. Полиморфизм клинической картины может быть обусловлен наличием как прямых последствий травм и профессио-



нальных заболеваний, так и их осложнениями. Поэтому методика экспертного обследования данного контингента освидетельствуемых требует проведения комплексного клинико-физиологического исследования с использованием современных методов диагностики, ретроспективного анализа течения периодов профессионального заболевания или травмы, предшествующих обращению в учреждение МСЭ, тщательного изучения анамнестических данных, сведений из медицинских организаций, экспертной документации и др.

Анализ всего комплекса клинико-физиологических показателей способствует уточнению основных медико-биологических факторов (характер и выраженность нарушений функций, особенности течения заболевания и др.), которые являются основой клинико-функциональных критериев оценки степени утраты профессиональной трудоспособности.

Однако заключение специалистов ЦПП «трудоспособен в своей профессии при динамическом наблюдении» отмечается редко, даже при незначительной степени выраженности нарушений функций, обусловленных профессиональной патологией. Обычно при установлении диагноза профессионального заболевания специалисты ЦПП дают трудовые рекомендации «в своей профессии нетрудоспособен» либо «возвращение к своей профессии противопоказано». Это вызывает затруднения при определении степени УПТ по существующим нормативно-правовым документам, так как в Правилах и Временных критериях оценивать УПТ предложено только с учетом снижения квалификации или объема выполняемой работы – параметры, которые можно рассматривать лишь в случаях сохранения трудоспособности в своей профессии. Кроме того, в соответствии с Законом 125-ФЗ (ст. 3), степень УПТ определяется как «выраженное в процентах стойкое снижение способности застрахованного осуществлять профессиональную деятельность до наступления страхового случая», а не отсутствие возможности её выполнения. Таким образом, выявляется несоответствие между формулировкой УПТ, нередко незначительной степенью выраженности нарушений функций организма и фактической невозможностью осуществления профессиональной деятельности, при этом разъяснение данных положений в нормативных документах отсутствует.

Степень утраты профессиональной трудоспособности при повторных несчастных случаях на производстве или вновь возникших профессиональных заболеваниях устанавливается по каждому случаю отдельно в зависимости от влияния его последствий на способность пострадавшего выполнять профессиональную деятельность, предшествующую повторному несчастному случаю, и не может превышать 100 % (суммарно). Обязательно учитываются результаты реализации программ реабилитации пострадавшего, мероприятий по восстановлению способности к трудовой деятельности в прежней профессии (предшествующей предыдущему несчастному случаю).

Настоящее положение вещей приводит к установлению 100 % УПТ не только при значительно выраженных нарушениях и противопоказанности любой профессиональной деятельности, но и в отсутствие указанных выше нарушений и противопоказаний к труду:

- повторные несчастные случаи на производстве и профессиональные заболевания – например, незначительные нарушения функций и необходимость изменения условий труда при 4 страховых случаях (30 + 30 + 30 + 10 %);

- невозможность осуществления (противопоказанность) выполняемой ранее профессиональной деятельности (наличие судебной практики по применению постановления Пленума Верховного Суда РФ от 10.03.2011 № 2).

Следовательно, смысл фразы «исходя из последствий повреждения здоровья» оказывается искажен и допускает неоднозначное толкование. Поэтому считаем, опираясь на собственный опыт, целесообразным устанавливать степень УПТ, исходя из выраженности реальных функциональных нарушений организма в целом.

Соответственно Временным критериям (пп. 27, 28), от 10 до 30 % утраты профессиональной трудоспособности устанавливается «в случаях, когда пострадавший может в обычных производственных условиях выполнять профессиональный труд с умеренным или незначительным снижением квалификации либо с уменьшением объема выполняемой работы, либо при изменении условий труда, влекущих снижение заработка пострадавшего, или если выполнение его профессиональной деятельности требует большего напряжения, чем прежде». Данное положение вызывает оп-



ределенные проблемы при освидетельствовании граждан с профессиональной фтористой остеопатией 1 стадии, которым в ЦПП дают трудовые рекомендации о противопоказанности продолжения работы в контакте с фтором и его соединениями. Бюро МСЭ в этих случаях, даже при незначительных нарушениях функций, вынуждено определять степень УПТ в размере не менее 30 %, так как выполнение профессиональной деятельности возможно лишь при изменении условий труда, а электролизникам расплавленных солей – 40 % в связи с утратой профессии. Это противоречит комплексному подходу в определении степени УПТ при данной патологии.

В то же время согласно методическим рекомендациям ЦПП Минздрава России НИИ медицины труда РАМН, разделу «Экспертиза профпригодности при профессиональной остеопатии от комплекса токсических веществ», при формировании остеопатии 1 стадии трудоспособность больных в своей профессии, как правило, сохранена.

Анализ заключений ЦПП за период наблюдения (2014-2016 гг.) фтористую остеопатию 2 стадии у пострадавших не выявил.

Сложности в принятии экспертного решения наблюдаются и при переосвидетельствовании пострадавших вследствие несчастного случая на производстве или профессионального заболевания. Фактически это решение формируется на основании результатов реализации программы реабилитации пострадавших. В соответствии с Законом 125-ФЗ (ст. 16, п. 2), застрахованный обязан выполнять рекомендации по медицинской, социальной и профессиональной реабилитации в сроки, определенные ПРП, и проходить медицинские освидетельствования и переосвидетельствования не позднее установленного учреждениями МСЭ времени, а также по направлению страховщика. Согласно Правилам (п. 19), в процессе повторного освидетельствования пострадавшего после проведения реабилитационных мероприятий при установлении степени утраты профессиональной трудоспособности эксперты должны учитывать:

- выраженность повреждения здоровья в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания;
- возможность выполнять работу по профессии, полученной в результате обучения или переобучения;

- способность пострадавшего выполнять профессиональную деятельность, предшествующую несчастному случаю на производстве и профессиональному заболеванию, с учётом имеющихся профессиональных знаний и умений.

Уклонение (отказ) пострадавшего от выполнения рекомендованных реабилитационных мероприятий служит основанием для решения вопроса о степени УПТ с учётом возможности выполнять любую трудовую деятельность.

Экспертно-реабилитационное заключение в ПРП базируется на результатах оценки реабилитационного потенциала и прогноза, отраженных в протоколе проведения МСЭ, и содержит вывод (заключение) о возможности проведения мер медицинского и (или) социального характера, предупреждающих развитие и (или) прогрессирование последствий производственной травмы (профессионального заболевания) и препятствующих формированию (утяжелению степени) стойкой утраты профессиональной трудоспособности. При утрате профессии, то есть абсолютных медицинских противопоказаний к продолжению труда в прежней профессии, учреждение МСЭ дает рекомендации по переобучению.

Эффективность реализации рекомендованных в ПРП мероприятий по профессиональной реабилитации обычно низкая, что обусловлено следующими факторами:

- трудовые рекомендации не принимаются учреждениями службы занятости населения;
- работодатель не предоставляет соответствующие условия труда;
- пострадавший не заинтересован в рациональном трудоустройстве, так как опасается снижения степени УПТ – при отсутствии положительных результатов профессиональной реабилитации учреждения МСЭ не правомочны снижать степень УПТ.

Практика работы ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Хакасия» Минтруда России показывает, что в 80 % случаев рекомендованные мероприятия по профессиональной реабилитации не выполняются, при этом возможность пострадавших выполнять труд в любой другой профессии не рассматривается из-за наличия при изменении (уменьшении) степени УПТ судебных прецедентов с решением в пользу пострадавшего. Как свидетельствует анализ судебной практики в Республике Хакасия и Российской Федерации, проведенную постра-



давшему профессиональную реабилитацию при рациональном трудоустройстве в другой профессии без потери заработка или получения новой профессии суд не учитывает.

Заключение. Таким образом, Временные критерии более применимы и рационально

используются в случаях трудового увечья. Для определения степени УПТ вследствие профессионального заболевания необходима адаптация и тщательная детализация их положений. Объективизация экспертного решения при определении степени УПТ требует рациональ-



ЧАПКО И.Я., ЕМЕЛЬЯНЦЕВА Т.А., ПЕРКОВА В.Е.

ФОРМИРОВАНИЕ ПРОГРАММЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

*ГУ «Республиканский научно-практический центр
медицинской экспертизы и реабилитации»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Цель исследования. Разработать технологию медицинской реабилитации инвалидов с энцефалопатией, принципы формирования индивидуальной программы реабилитации в зависимости от вида и тяжести нарушений, стадии сосудистого процесса.

Материал исследования. В основу разработок положены результаты наблюдения 80 пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией: 61 (76,3 %) мужчины и 19 (23,7 %) женщин. Большинство пациентов (63 человека, 78,7 %) имели смешанный генез заболевания. В 14 (17,6 %) случаях как этиологическая причина выступала артериальная гипертензия; чисто атеросклеротический генез заболевания отмечался у 3 (3,7 %) человек. У большинства обследованных пациентов наблюдалась вторая стадия заболевания – 34 (42,5 %) человека.

Результаты. Разработана технология медицинской реабилитации. Продолжительность курса медицинской реабилитации 19-21 день.

Медицинские показания к направлению в стационарное отделение: декомпенсация состояния в раннем восстановительном периоде; умеренные, выраженные неврологические нарушения (статодинамические, речевые). Пациентам с легкими нарушениями медицинская реабилитация оказывается в амбулаторных условиях.

Физическая реабилитация пациентов. Задачи: нормализация координации движений, позно-тонических и вестибулярных реакций, улучшение функции равновесия, качества моторики – мелкой моторики кистей и моторных реакций средних и крупных групп мышц, мышечно-суставных сегментов, укрепление мышечной системы пациента, увеличение подвижности суставов, коррекция нарушений функции передвижения.

Методы физической реабилитации: лечебная физическая культура (20-30 минут 1 раз в день ежедневно, длительность курса 14-18 дней) индивидуально или групповая (коорди-



наторная гимнастика, дыхательная гимнастика, занятия по восстановлению позо-статических функций); лечебная гимнастика для глазодвигательных мышц; тренировка двигательного праксиса (20-30 минут); механотерапия (индивидуально, по показаниям, 15 минут); гидрокинезотерапия (по показаниям); обучение пациента перемещению (самопомощи при перемещении); подбор вспомогательных технических средств и адаптация к ним пациента; терренное лечение (лечение ходьбой).

Использование физиотерапии осуществляется с учетом этиологического фактора. Электрофорез осуществляется с использованием лекарственных средств, улучшающих обменные и окислительно-восстановительные процессы нервной ткани, лекарственных средств липопротеиназного и фибринолитического, спазмолитического, седативного действия по глазо-затылочной методике с силой тока 3-4 мА. На воротниковую зону – с лекарственными средствами спазмолитического, седативного действия. Продолжительность воздействия 15-20 минут, ежедневно или через день, курс – 10-15 процедур.

В чередовании с электрофорезом или самостоятельно назначается курс с использованием следующих процедур, чередуя через день: электросон (осуществляется постоянным импульсным током длительностью 0,2-0,5 миллисекунд, силой до 10 мА с частотой от 1 до 160 Гц, продолжительность воздействия 30-60 минут, курс – 12-16 процедур), хвойные, шалфейные, валериановые ванны (температура воды 35-37° С, продолжительность – 10-15 минут, курс – 10-14 ванн).

Психокоррекционные и психотерапевтические мероприятия медицинской реабилитации осуществляются психологом и врачом-психотерапевтом. Выраженные и умеренно выраженные когнитивные нарушения, органическое расстройство личности являются противопоказанием для проведения психотерапии. Индивидуальная психотерапия (по показаниям) – продолжительность 15-20 минут, 16-18 занятий; групповая психотерапия (по показаниям) – 4-6 человек в группе, продолжительность 30-40 минут, 14-16 занятий; семейная

психотерапия (по показаниям) – 20-30 минут, 5-7 занятий.

С учетом вида и степени выраженности нарушенных функций, стадии энцефалопатии наиболее актуальны: когнитивный психокоррекционный тренинг; коммуникативный психокоррекционный тренинг; тренинг поддержания бытовых навыков (эрготерапия); тренинг управления эмоциональным состоянием: аутогенная тренировка, релаксационные психотехники, рациональная психотерапия, суггестивная психотерапия и др.

При выраженных когнитивных нарушениях, которые отмечаются при энцефалопатии 3 стадии, целесообразно проводить когнитивный тренинг эмоциональной памяти: детские воспоминания; песни и стихи молодости и др. с элементами арт-терапии (пальчиковые техники рисунка под музыку), игровых психотехник с использованием мягкой игрушки и др., – 6-8 занятий по 30 минут. Психообразование родственников на этом этапе является наиболее актуальным реабилитационным вмешательством. Актуальна эрготерапия в контексте сохранения бытовых навыков.

Школа пациента организуется на базе отделения медицинской реабилитации. Основная форма обучения – групповая, оптимальное число слушателей 10-12 человек. Продолжительность занятий 20-30 минут, количество занятий – пять, частота 1-2 раза в неделю. Занятия проводятся в отделении с пациентами при первой и второй стадии энцефалопатии.

Выводы. При формировании программы реабилитации целесообразно приоритетное включение лечебной физической культуры, а также психотерапии и психокоррекции. Реализация программ реабилитации способствует не только восстановлению социальной и профессиональной повседневной активности пациента, но и позволяет рассчитывать на активизацию саногенетических механизмов, препятствующих прогрессированию атеросклероза церебральных сосудов, дисциркуляторных процессов в головном мозге, связанных не только с патологическими, но также и с возрастными аспектами, повышению уровня адаптации организма.



ЧОШКАК А.Д., ТЫКЫЛ-ООЛ О.А., СПИРИДОНОВА Л.Ч.

АНАЛИЗ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ УХА И СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА ПО ДАННЫМ ФКУ «ГБ МСЭ ПО РЕСПУБЛИКЕ ТЫВА» МИНТРУДА РОССИИ ЗА 2016-2018 ГОДЫ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Республике Тыва» Минтруда России,
г. Кызыл, Россия*

По статистическим данным Министерства здравоохранения по Республике Тыва, уровень заболеваемости детского населения по болезням уха и сосцевидного отростка за 2017 год составляет 39,8, а за 2018 год – 30,4; отмечена тенденция к снижению. Отмечается снижение уровня первичной инвалидности вследствие болезней уха и сосцевидного отростка среди детского населения, что составляет 3,1 в 2016 году, в 2017 году – 1,7, а в 2018 году – 1,0 на 10 тыс. детского населения (табл. 1).

Уровень инвалидности по Республике Тыва в 2017 году на уровне с данными по РФ и СФО, в 2016 году в два раза превышали показатели других регионов.

По классификации болезней уха и сосцевидного отростка инвалидизирующей патологией за анализируемый период является сенсоневральная тугоухость, занимающая лидирующее первое место, где удельный вес составляет 86,1 в 2016 г.; 90,0 в 2017 г., а в 2018 г. 75,0, идет тенденция снижения интенсивного показателя первичной инвалидности от 2,7 до

Таблица 1 – Уровень детской первичной инвалидности вследствие болезней уха в сравнении с другими регионами за 2016 и 2017 гг. (на 10 тыс. детского населения)

Годы	Российская Федерация (РФ)	Сибирский федеральный округ (СФО)	Республика Алтай	Республика Бурятия	Республика Хакасия	Республика Тыва
2017	1,0	1,0	1,2	1,3	1,8	1,0
2016	1,0	1,0	0,8	0,8	0,9	3,1

Основной формой отчета об инвалидности детского населения является форма 7Д-собес, которая содержит сведения о первично и повторно признанных инвалидами детей в течение года.

Уровень впервые признанных инвалидами (ВПИ) по категории «ребенок-инвалид» по Республике Тыва уменьшается по сравнению с 2017 годом и колеблется от 27,7 до 25,8.

0,8 в 2018 г. (Табл. 2)

По возрастной структуре первичной детской инвалидности за анализируемый период преобладают дети-инвалиды в возрасте от 4 до 7 лет в 2016 г., что составляет 38,9 % (дети-инвалиды от 0 до 3 лет – 33,3 %).

В 2017 г. дети-инвалиды от 0 до 3 лет составляли 45,0 % (от 4 до 7 лет – 30,0 %). Обращает внимание, что в 2018 г. на лидирующую

Таблица 2 – Структура первичной детской инвалидности по классификации болезней уха и сосцевидного отростка за 2016-2018 гг. по Республике Тыва

Болезни уха и сосцевидного отростка	ВПИ, абс.			ИППИ			Удельный вес		
	Годы								
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Хронический мезоимпанит	4	2	3	0,3	0,2	0,2	11,1	10,0	25,0
Сенсоневральная тугоухость	31	18	9	2,7	1,5	0,8	86,1	90,0	75,0
Врожденная глухонмота	1	0	0	0,08	0	0	2,8	0	0
Всего	36	20	12	3,1	1,7	1,0	100	100	100

Примечание: ВПИ – впервые признанные инвалидами; ИППИ – интенсивный показатель первичной инвалидности



Таблица 3 – Рекомендации в индивидуальной программе реабилитации или абилитации технических средств реабилитации впервые признанным детям-инвалидам вследствие болезней уха и сосцевидного отростка за 2016-2018 гг. по Республике Тыва

Рекомендации ИПРА	2016 г.		2017 г.		2018 г.	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Слуховой аппарат	36	100,0	20	100,0	11	91,7
Из них рекомендована кохлеарная имплантация	1	2,8	1	2,8	0	0
Всего	36	100,0	20	100,0	12	100,0

позицию выходят дети-инвалиды в возрасте 8-14 лет – 41,7 %.

По месту проживания в 2017 г. преобладали дети-инвалиды из городской местности, а 2018 – дети-инвалиды из сельской местности. Это говорит о том, что организация реабилитационной помощи детям в сельских поселениях возможно недостаточна из-за нехватки специалистов. Кроме того, половина детей лечатся у городских специалистов.

За анализируемый период в индивидуальной программе реабилитации или абилитации (ИПРА) всем детям-инвалидам рекомендованы слуховые аппараты, только в 2018 г. одному ребенку-инвалиду не рекомендовано слухопротезирование из-за маленького возраста (Табл. 3). В 2016 г. и 2017 г. рекомендована кохлеарная имплантация по одному случаю. Отказов от ИПРА ребенка-инвалида не было.



АНАЛИЗ ПОТРЕБНОСТИ ИНВАЛИДОВ В МЕРОПРИЯТИЯХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В ПЕРИОД 2016-2018 ГОДОВ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Омской области» Минтруда России,
г. Омск, Россия*

Одним из основных направлений реабилитации или абилитации инвалидов является профессиональная реабилитация, которая включает в себя мероприятия по профессиональной ориентации, общему и профессиональному образованию, содействию в трудоустройстве (в том числе на специальных рабочих местах), производственную адаптацию и рекомендуемые условия труда.

Цель. Изучение потребности в мероприятиях профессиональной реабилитации инвалидов Омской области в динамике за 2016-2018 гг.

Материал и методы. Исследование проведено на основании анализа статистических данных формы № 7-собес «Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше» ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России за период 2016-2018 гг.

Результаты. Число лиц, впервые признанных инвалидами, в анализируемый период возросло: 2016 г. – 8392 человека, 2017 г. – 8439 человек, 2018 г. – 8543 человека. В структуре первичной инвалидности по группам отмечен рост числа инвалидов первой группы с 1508 чел. (18,0 %) в 2016 г. до 1905 чел. (22,2 %) в 2018 г. Количество лиц, признанных инвалидами второй и третьей группы, в данный период имело тенденцию к уменьшению: второй – с 3278 чел. (39,1 %) до 3142 чел. (36,6 %); третьей – с 3606 чел. (43,0 %) до 3525 чел. (41,1 %) соответственно по годам.

Количество лиц, повторно признанных инвалидами, уменьшилось с 16114 чел. в 2016 г. до 15512 чел. в 2018 г. При этом лидировало число признанных инвалидами третьей группы с тенденцией к увеличению удельного веса (с 47,9 % в 2016 г. до 48,4 % в 2018 г.). Доля инвалидов второй группы уменьшилась – 40,7 %

– 40,1 % – 38,6 %. Удельный вес инвалидов первой группы увеличился (с 11,4 % в 2016 г. до 11,5 % в 2017 г. и 12,9 % в 2018 г.).

Удельный вес лиц трудоспособного возраста среди всех признанных инвалидами имел тенденцию к снижению – 49,7 % – 48,8 % – 47,1 % соответственно по годам. Доля инвалидов в возрасте от 45 лет (женщины) и до 59 лет (мужчины) преобладала, но с тенденцией к снижению с 28,1 % в 2016 г. до 26,4 % в 2018 г. Возрастная группа от 18 до 44 лет уменьшилась с 21,6 % до 20,7 % соответственно.

Основным механизмом осуществления всех реабилитационных мероприятий является индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида (ИПРА). При разработке программы по профессиональной реабилитации или абилитации инвалида специалисты учреждения МСЭ взаимодействуют с учреждениями образования, в том числе ПМПК, службой занятости населения. Удельный вес программ с рекомендациями по профессиональной реабилитации или абилитации составляет 45,9 %–45,8 % случаев. Количество рекомендаций по профессиональной ориентации инвалидов уменьшилось с 7552 случаев в 2016 г. до 3451 случаев в 2018 г., со снижением удельного веса с 29,5 % до 13,8 % от числа разработанных ИПРА. Потребность в рациональном трудоустройстве имеет ту же тенденцию к уменьшению: с 8560 случаев в 2016 г. до 7853 случаев в 2018 г., на 707 случаев (8,3 %). Доля их в числе разработанных ИПРА снизилась с 33,4 % до 31,3 %. Нуждаемость в трудоустройстве в обычных условиях производства определялась в 53,7 % (4598) – 53,4 % (4694) – 54,0 % (4241) случаев. Содействие в трудоустройстве в специально созданных условиях труда и на дому определено в 43,9 % (3760) – 44,2 %



(3886) – 43,3 % (3397) случаев соответственно по годам. Необходимость в специальном рабочем месте (СРМ), оснащенном оборудованием с учетом нарушений функций и ограничений жизнедеятельности инвалидов, определялась в 2,5 % (212) – 2,3 % (206) – 2,6 % (204) случаев соответственно по годам. В анализируемый период увеличилась потребность в СРМ у инвалидов первой группы 10,4 % – 9,7 % – 16,2 % и третьей группы – 1,4 % – 8,7 % – 7,3 %; во второй группе отмечено снижение 88,2 % – 81,6 % – 76,5 %. Процесс профессиональной реабилитации у инвалида считается завершенным, если он достиг в профессиональном отношении уровня максимально возможного в соответствии с его трудовым потенциалом и приближенного к уровню, предшествующему возникновению ограничения к трудовой деятельности. Оценка выполнения ИПРА и ее эффективности является одной из основных функций учреждений МСЭ. При переосвидетельствовании инвалидов взрослого населения заключение о выполнении мероприятий ИПРА дано в 17826 – 17276 – 16434 программах, что составило 98,3 %, 95,0 %, 95,9 % от всех ИПРА граждан, повторно обратившихся для установления инвалидности и только за разработкой ИПРА. Доля инвалидов с положительными результатами реабилитации имеет неустойчивую тенденцию к росту: 43,2 %, 41,4 %, 47,1 % случаев соответственно по годам. Из общего числа программ с положительными результатами реабилитации удельный вес лиц, у которых полностью восстановлен профессиональный статус, снизился с 6,6 % в 2016 г. до 5,2 % в 2018 г. Частичное восстановление

профессионального статуса отмечено у 15,0 % инвалидов, в 2017 г. – у 13,7 %, в 2016 г. – у 16,7 % инвалидов.

Для дальнейшего развития системы профессиональной реабилитации или абилитации инвалидов необходимо обеспечить: координацию в сфере профессиональной реабилитации инвалидов; развитие и оптимизацию сети реабилитационных учреждений, оказывающих услуги по профессиональной реабилитации для инвалидов различного вида и типа; беспрепятственный доступ инвалидов к инженерным и социальным объектам; развитие координации и межведомственного взаимодействия между федеральными государственными учреждениями МСЭ и организациями и учреждениями занятости, образования, социальной защиты для обеспечения эффективности и качества предоставляемых инвалидам услуг по профессиональной реабилитации на региональном уровне.

Заключение. Проведенный анализ за период 2016-2018 гг. установил устойчивую потребность инвалидов в профессиональной реабилитации (45,9-45,8 % случаев). Отмечается рост потребности инвалидов в трудоустройстве в обычных условиях производства и в создании СРМ, в то же время потребность в трудоустройстве в специально созданных условиях труда и на дому снизилась до 43,3 % случаев. Доля инвалидов с положительными результатами по профессиональной реабилитации колеблется в пределах 34,8-28,6 % от числа рекомендаций по профессиональной реабилитации в ИПРА, оцененных при повторном освидетельствовании.



АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПРИЗНАННЫХ ИНВАЛИДАМИ ПЕРВИЧНО ВСЛЕДСТВИЕ ПЕРЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Омской области» Минтруда России,
г. Омск, Россия*

Причиной инфаркта миокарда, как правило, является атеросклероз сосудов сердца. По статистике более 1,5 миллионов россиян в возрасте от 40 до 70 лет перенесли инфаркт миокарда.

Цель исследования. Анализ гендерно-возрастных особенностей и факторов риска развития инфаркта миокарда среди лиц, признанных инвалидами в период 2016-2018 гг.

Материал и методы. Для анализа использованы данные федерального статистического наблюдения (форма № 7-собес) «Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше», актов освидетельствования за 2016-2018 гг. Бюро № 13 – филиала ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России (далее – Бюро № 13).

Результаты. В период 2016-2018 гг. в Бюро № 13 увеличилось число освидетельствованных граждан с 1807 до 2000 человек, темп прироста – 10,9 % случаев. Число первично освидетельствованных граждан возросло на 14,5 %: с 613 чел. (33,9 %) до 702 чел. (35,1 %), в том числе на группу инвалидности – на 14,6 % (с 609 чел. до 698 чел.). Из числа лиц, обратившихся для установления группы инвалидности, количество впервые признанных инвалидами увеличилось: 567 чел. – 598 чел. – 632 чел. Однако их удельный вес снизился: 93,1 % – 92,6 % – 90,5 % случаев.

В структуре первичной инвалидности болезни системы кровообращения составили в 2018 г. 40,2 % (254 чел.), в 2017 г. – 33,4 % (200 чел.); в 2016 г. – 39,7 % (225 чел.). За исследуемый период болезни системы кровообращения занимали первое ранговое место в 2016 г. и 2018 г. со снижением их доли в 2017 г. (39,7 % – 33,4 % – 40,2 %). В 2017 г. на первом ранговом месте находились злокачественные

новообразования (в 2016 г. и 2018 г. – на втором месте). Третье ранговое место в структуре первичной инвалидности стабильно занимают болезни костно-мышечной системы.

При анализе структуры первичного выхода на инвалидность пациентов с болезнями системы кровообращения зафиксирован рост пациентов с ишемической болезнью сердца (с 30,7 % в 2016 г. до 39,4 % в 2018 г. от всех болезней системы кровообращения). В 2018 г. прирост числа лиц с ишемической болезнью сердца составил 58,7 %. Число пациентов с цереброваскулярными болезнями увеличилось на 13,2 % при снижении их удельного веса с 35,6 % до 33,9 %. Более половины пациентов с ишемической болезнью сердца имели в анамнезе инфаркт миокарда. В 2018 г. зафиксирован прирост числа пациентов, перенесших инфаркт миокарда, на 36,6 % случаев. Однако их удельный вес снизился с 79,7 % в 2016 г. до 55,0 % в 2018 г. от числа пациентов с ишемической болезнью сердца. В гендерной структуре стабильно преобладают мужчины: в 2016 г. – 76,4 %, в 2017 г. – 85,4 %, в 2018 г. – 80,4 %, в среднем составив 80,7 % случаев. Отмечено, что мужской пол является одним из факторов риска развития атеросклероза коронарных артерий. В репродуктивном возрасте женщины болеют инфарктом миокарда реже, а в старшем возрасте эта разница отсутствует. При анализе структуры по возрастным группам преобладали лица пенсионного возраста. В 2017-2018 гг. отмечен рост числа лиц пенсионного возраста на 15,4 % при снижении их удельного веса в возрастной структуре с 63,4 % до 53,6 % случаев. Доля лиц трудоспособного возраста увеличилась с 36,6 % до 46,4 % случаев.

Проведен анализ факторов риска развития инфарктов миокарда (абдоминальное ожи-



рение, нарушение липидного обмена, артериальная гипертензия, сахарный диабет). Абдоминальное ожирение (объём талии у мужчин более 94 см, у женщин более 80 см) регистрировалось в среднем в 75,0 % случаев (среди мужчин – в 71,3 % случаев, женщин – в 90,0 % случаев). Доля лиц с абдоминальным ожирением в 2016-2017 гг. уменьшилась с 74,5 % до 70,7 %, в 2018 году возросла до 78,6 % случаев. Прирост к 2017 г. составил 51,7 %. Артериальная гипертензия среди пациентов, перенесших инфаркт миокарда, зарегистрирована в 78,9 % (2016 г.), 75,6 % (2017 г.) и 82,1 % (2018 г.) случаях, (в среднем 78,5 % случаев). Удельный вес пациентов, страдающих сахарным диабетом, имели ту же неустойчивую тенденцию к росту: 12,7 % – 26,8 % – 19,6 % случаев. Уровень холестерина выше 5,0 ммоль/л регистрировался в 2016 г. в 34,6 % случаев, в 2017 г. – в 45,0 % случаев, в 2018 г. – в 17,4 %.

В структуре по локализации доли инфаркта миокарда задней стенки и передне-перегородочный составляли по 20,4 %, переднебоковой инфаркт миокарда наблюдался в 13,8 % случаев, инфаркт миокарда нижней стенки зафиксирован в 9,9 % случаев. Среди осложнений инфаркта миокарда наиболее часто встречались: аневризма левого желудочка (в среднем в 11,8 % случаев); фибрилляция и трепетание предсердий (в 14,5 % случаев). Отмечен рост числа инвалидов, которым проведено «стентирование» и «аортокоронарное шунтирование»: с 40,0 % в 2016 г. до 62,5 % в 2018 г. и с 23,6 % до 28,6 %, соответственно. При проведении медико-социальной экспертизы у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, чаще определялись умеренные нарушения функции сердечно-сосудистой системы. Стойкие нарушения

функции сердечно-сосудистой системы чаще приводили к ограничениям жизнедеятельности в категориях способности к самообслуживанию и трудовой деятельности. Ограничение способности к самообслуживанию 1 степени определялось в 63,3 % – 43,9 % – 66,1 % случаев; 2 степени – в 36,4 % – 56,1 % – 33,9 %. Ограничение способности к трудовой деятельности 1 степени устанавливалось в 47,3 % – 43,9 % – 64,3 % случаев; 2 степени – в 25,5 % – 31,7 % – 17,9 %. В 2018 г. ограничение к трудовой деятельности 3 степени установлено в 1,8 % случаев. Третья группа инвалидности преобладала с неустойчивой тенденцией к росту: 63,6 % – 43,9 % – 67,8 %, соответственно годам от числа впервые признанных инвалидами (ВПИ). Доля инвалидов 2 группы среди ВПИ в 2016-2017 гг. возросла с 36,4 % до 56,1 %, но в 2018 г. отмечено резкое снижение до 30,4 % случаев. Первая группы была установлена только в 2018 г. одному человеку (1,8 %).

Выводы. За анализируемый период при освидетельствовании в Бюро № 13 отмечен рост удельного веса пациентов с ишемической болезнью до 39,4 %, из них перенесшие инфаркт миокарда в среднем составили 67,6 % с тенденцией к снижению. В гендерной структуре преобладали мужчины. Лица пенсионного возраста лидировали. Частым фактором риска развития инфаркта миокарда являлась артериальная гипертензия. Увеличилась доля пациентов, которым проводилось стентирование (до 62,5 %) и аортокоронарное шунтирование (до 28,6 %). Третья группа инвалидности устанавливалась в среднем в 58,4 % случаев с тенденцией к росту.





МЕДИЦИНСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ



КОРРЕКЦИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр
медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России,
г. Новокузнецк, Россия*

Введение. В России острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) возникает ежегодно более чем у 450 тысяч человек. Инсульт является причиной глубокой инвалидизации больных. Восстановление бытовой независимости происходит менее чем у 50 % пациентов. Нарушения когнитивных функций (КФ), возникающие у пациентов в результате инсульта, значительно влияют на бытовую, социальную и профессиональную адаптацию. Оценка уровня нарушения КФ и их коррекция являются актуальной задачей в процессе реабилитации и адаптации пациентов к повседневной жизни и трудовой деятельности.

Цель. Оценить возможность коррекции когнитивных функций у пациентов, перенесших ОНМК.

Материал и методы. Проведен анализ 80 историй болезни госпитальной популяции пациентов с давностью ОНМК не более 3 лет, проходивших лечение в ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России (далее – Центр) в 2018 г. Среди них мужчин – 26 (51,0 %), женщин – 25 (49 %). Средний возраст составил 58,3 года (у мужчин – 60,5, у женщин – 55,9 лет). Пациенты были представлены 4 возрастными группами (классификация ВОЗ): молодые (18-44 года) – 6 человек (11,8 %), люди среднего возраста (45-59 лет) – 19 (37,2 %), пожилые (60-74 года) – 23 (45,1 %), люди старческого возраста (75-90 лет) – 3 (5,9 %) человека.

Выделены две группы. Пациенты первой группы (51 случай первичной госпитализации) помимо основных реабилитационных мероприятий проходили курс занятий с использованием программного комплекса коррекции когнитивных нарушений (ПКККН) – разрешение ФС № 2011/055 от 05.04.2011 г. Оценка про-

водилась в начале и в конце одной госпитализации. Также изучен анамнез 29 наблюдений (вторая группа). В данной группе сравнивались результаты, полученные при первичном обращении в Центр и при повторной госпитализации через 4-5 месяцев.

За время госпитализации пациентам проводились занятия на ПКККН, которые состояли из 6 заданий, для удобства количественного учета оценка проводилась по пятибалльной шкале. Уровень когнитивных функций (КФ) у пациентов, набравших 21-30 баллов по ПКККН, оценивался как высокий, 11-20 баллов – средний, 0-10 баллов – низкий уровень.

Статистические вычисления проводили с использованием пакета прикладных программ Statistica.

Результаты и обсуждение. При сравнительном анализе результатов, полученных до и после занятий на ПКККН, можно сделать вывод о том, что средний балл КФ в первой группе повысился у 43 (84,3 %) человек, во второй – у 27 (93,1 %; $p < 0,05$). Среднее значение КФ после прохождения курса занятий на ПКККН увеличилось с 19,0 до 21,6 балла ($p < 0,001$) в первой группе; во второй группе среднее значение увеличилось с 20,0 до 23,0 баллов. У пациентов второй группы средний балл КФ, полученный в начале первой и повторной госпитализации увеличился на 0,5 балла ($p < 0,05$). Анализируя результаты, полученные в начале первой госпитализации (перед занятиями на ПКККН) и в конце повторной госпитализации (после 2-го курсов занятий на ПКККН), выявлено увеличение среднего балла прироста уровня КФ на 3,5 балла (после проведения 1-го курса занятий средний балл прироста составил 2,4 балла).

По результатам исследования зависимости



степени увеличения показателей КФ от давности ОНМК выявлено увеличение уровня КФ у пациентов со средним уровнем и давностью инсульта 1 год по сравнению с пациентами, имеющими также среднее значение уровня КФ и давностью ОНМК 3 года ($p < 0,05$). Значимых различий в степени увеличения КФ от выраженности афатических нарушений и степени выраженности двигательных нарушений не получено. Пациенты, имевшие низкий начальный уровень КФ, не улучшили его и после

проведения занятий. Рост в группах достигнут за счет случаев со средним и высоким уровнем КФ.

Заключение. Когнитивные нарушения, возникающие у пациентов с последствиями ОНМК, поддаются коррекции преимущественно у лиц с легкой и умеренной степенью нарушений. Наибольший положительный эффект наблюдается у пациентов с давностью ОНМК до 2 лет.



БАРАННИКОВ А.А., ФИЛАТОВ Е.В., ОВЧИННИКОВ О.Д.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ HALLUX VALGUS В РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр
медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России,
г. Новокузнецк, Россия*

Актуальность. Различные заболевания центральной нервной системы (последствия травмы спинного и головного мозга, последствия острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) и др.) в большинстве случаев вызывают выраженные ограничения жизнедеятельности больного, а также сопровождаются развитием осложнений. Ортопедические нарушения, в частности паралитические деформации передних отделов стоп и прогрессирование имеющегося поперечного плоскостопия, значительно лимитируют проведение восстановительно-реабилитационного лечения данной категории пациентов. Кон-

сервативное лечение в большинстве случаев не дает положительного эффекта.

Цель. Оценить эффективность хирургической коррекции Hallux valgus в реабилитации инвалидов с различной патологией центральной нервной системы.

Материал и методы. Исследование проведено в отделении нейрохирургии ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России. За период 2018-2019 гг. с патологией центральной нервной системы (с травматической болезнью спинного мозга и последствиями ОНМК) и наличием Hallux valgus были прооперированы две пациентки. Средний возраст составил 58



лет. Им проводилась оценка ортопедического и неврологического статусов, двигательного и локомоторного баллов, рентгенологическое обследование.

Результаты и обсуждения. У пациентки с ТБСМ было отмечено выраженное, а у пациентки с ОНМК – умеренное нарушение статико-динамической функции, обусловленное неврологическим дефицитом и необходимостью использования сложной ортопедической обуви. Локомоторный балл при поступлении в первом случае составил 9 баллов (за счет ограничения функции поворотов при лежании, сидении, стоянии и ходьбе), у пациентки с последствиями ОНМК – 13 баллов (за счет ограничения функции стояния и ходьбы). Патология переднего отдела стоп также приводила к снижению эффективности реабилитационного лечения из-за частого обострения артрита первого плюснефалангового сустава стоп. Пациентке с ТБСМ была выполнена операция Scarf в сочетании с операцией McBride на двух стопах, а пациентке с последствиями ОНМК – на одной стопе. После хирургического лечения

и при наличии рентгенологических признаков консолидации больные прошли курс реабилитационно-восстановительного лечения. По завершении реабилитационного курса было отмечено улучшение статико-динамической функции. После проведенных операций развития артрита первого плюснефалангового сустава стоп у пациентов не наблюдалось, что улучшило качество их жизни. Также больные отказались от использования сложной ортопедической обуви. Двигательный балл у обеих женщин не изменился, локомоторный балл увеличился у пациентки с последствиями ОНМК на 2 балла, у пациентки с ТБСМ не изменился. Обе остались довольны коррекцией внешних недостатков и вновь приобретенной функциональностью стоп, в том числе и возможностью подбора обычной обуви.

Заключение. Хирургическое лечение Hallux valgus является эффективным методом ортопедической коррекции и способом улучшения качества жизни инвалидов с патологией центральной нервной системы.



МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОЦИАЛЬНО-БЫТОВОЙ АДАПТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

*ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов
им. Г.А. Альбрехта» Минтруда России,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Введение. Социально-бытовая адаптация является одним из важнейших видов реабилитации и ставит основной целью развитие у инвалида навыков к самообслуживанию. Социально-бытовая адаптация – это обучение инвалида самообслуживанию и мероприятия по обустройству жилища инвалида в соответствии с имеющимися ограничениями жизнедеятельности. Задачи социально-бытовой реабилитации – развитие навыков приготовления и приема пищи, одевания и раздевания, общения, пользования санузлом, предметами быта, письменными принадлежностями и т.д. Самообслуживание как вид деятельности относится к сфере повседневной жизни (повседневной деятельности), и его ограничение оказывает существенное влияние на формирование социальной недостаточности. До назначения мероприятий по социально-бытовой адаптации необходимо провести диагностику возможностей инвалида к выполнению действий самообслуживания, бытовых действий.

Цель исследования: определение возможности использования показателей Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) для оценки необходимых действий самообслуживания, бытовой жизни, ограничивающих социально-бытовую адаптацию инвалида. Использование МКФ позволяет социальному работнику объективно и с высокой степенью достоверности провести анализ степени выраженности необходимых при социально-бытовой адаптации действий и рекомендовать технические средства реабилитации. К умениям инвалида, которые необходимы для социально-бытовой адаптации, относятся: способность инвалида самостоятельно осуществлять свои физиологические потребности, личную гигиену, осуществлять

покупки в магазине, готовить пищу, выполнять повседневную бытовую деятельность, способность самостоятельно (или с помощью технических средств реабилитации) перемещаться, пользоваться общественным транспортом.

Материал и методы. Диагностику социально-бытового статуса инвалида производили по показателям действий самообслуживания с использованием МКФ – домен d5 «самообслуживание» и домен d6 «бытовая жизнь». Основные действия самообслуживания, по которым проводили диагностику: «мытьё (d510), уход за частями тела (d520), приготовление пищи (d630), прием пищи (d550), одевание (d540), забота о своем здоровье (d570), выполнение работы по дому (d640), приобретение товаров и услуг (d620), уборка жилой части (d640), физиологические отправления (d530)». Оценка действий производилась по 5-балльной шкале: «Нет проблем – 1, легкая проблема – 2, умеренная – 3, тяжелая – 4, абсолютная проблема – 5». Таким образом, в зависимости от балльных оценок, полученных при диагностике, учебные мероприятия по развитию навыков самообслуживания и бытовой деятельности являются составляющей социально-бытовой адаптации инвалида.

Для определения мероприятий по обустройству жилого помещения инвалида были использованы показатели МКФ, касающиеся наличия барьеров (факторы окружающей среды) в жилом помещении, которые кодировались с позиций ограничений жизнедеятельности конкретного инвалида. Основные виды барьеров инвалидов с различными ограничениями жизнедеятельности:

- инвалиды, передвигающиеся с помощью тростей, костылей, ходунков – отсутствие поручней, пороги, высокие ступени, скользкое покрытие;
- инвалиды, передвигающиеся на креслах-



колясках – отсутствие поручней, высокие пороги и ступени, скользкое покрытие, отсутствие достаточного места для разворота на кресле-коляске, узкий дверной проем и коридор;

- инвалиды с нарушением функций верхних конечностей – маленькие ручки дверей, шнурки и молнии на обуви, одежда с мелкими пуговицами и др.;

- слепые и слабовидящие инвалиды – скользкое покрытие пола, отсутствие тактильных указателей, преграды на пути движения, острые углы в помещении, и др.);

- инвалиды с нарушениями умственного развития – отсутствие понятной информации (пиктограммы);

- инвалиды с нарушениями слуха – отсутствие визуальной информации. Ликвидация барьеров является необходимой составляющей

социально-бытовой адаптации инвалидов.

Результаты. Полученные при диагностике результаты позволили разработать индивидуальную программу обучения инвалида, и после его проведения подготовить инвалида к выполнению большинства действий самообслуживания и бытовых действий самостоятельно или под присмотром персонала, то есть провести социально-бытовую адаптацию.

Заключение. Целесообразно использовать показатели МКФ при проведении диагностики инвалида в целях его социально-бытовой адаптации. Применение показателей МКФ позволило объективно и адресно определить необходимые учебные мероприятия, устранить барьеры в жилом помещении, а также рекомендовать инвалиду необходимые технические средства реабилитации.



РОЛЬ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ИЗДЕЛИЙ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ С УТРАТОЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы
и реабилитации инвалидов» Минтруда России,
г. Новокузнецк, Россия*

Актуальность. Утрата нижней конечности существенно снижает качество жизни пациента и приводит к ограничению передвижения, самообслуживания и трудовой деятельности. Ключевым звеном реабилитации данной категории инвалидов является протезирование. Важным аспектом при назначении протезно-ортопедического изделия (ПОИ) являются показания и противопоказания к протезированию, которые регламентируются приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 28 декабря 2017 № 888н «Об утверждении перечня показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации». Однако, согласно исследованиям последних лет, немаловажное значение при назначении ПОИ имеют и социальные факторы.

Цель: определить значение социальных факторов при назначении ПОИ для инвалидов с ампутацией нижней конечности.

В ходе анализа зарубежных источников были определены следующие социальные факторы, которые могут оказать влияние при назначении ПОИ. Это факторы окружающей среды (климатические условия, географическая отдалённость), социально-экономические факторы (финансовые возможности), духовные факторы (культура, религия, образование), физические факторы (история болезни, функциональный статус), психосоциальный фактор

(роль в семье, в обществе, профессиональный статус).

Климатические условия оказывают несомненное влияние при пользовании ПОИ. Например, в областях избыточной влажности металлические части протеза будут в большей степени подвержены коррозии, а деревянные – гниению; в крайне сухих регионах мелкие частицы пыли и песка приведут к быстрому износу подвижных элементов протеза.

Географический фактор необходимо учитывать в случае удалённости и отсутствия постоянного доступа к службам, осуществляющим уход, ремонт и замену протеза.

При выборе протеза нижней конечности фактор сельской местности также играет немаловажную роль. Для пользователей, проживающих в условиях труднопроходимой местности и неровной поверхности дорог необходимы дополнительные системы блокировки коленного сустава.

Культурный и религиозный факторы также оказывают влияние при назначении ПОИ. Необходимо учитывать способы ходьбы, отдыха, досуга, образ тела, эстетические представления жителей разных стран с их традициями, этническими особенностями, религиозными воззрениями.

Таким образом, учет социальных факторов позволит повысить эффективность пользования ПОИ и качество жизни пациента с утратой нижней конечности.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПО КОДАМ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

*ГУ «Республиканский научно-практический центр
медицинской экспертизы и реабилитации»
г. Минск, Республика Беларусь*

В Республике Беларусь по показателям первичной инвалидности у детей психические и поведенческие расстройства в 2018 г. заняли 2-е место, что превысило показатели 2014 г. на 48,5 %. Это обуславливает актуальность разработки и внедрения новых, более эффективных технологий медицинской реабилитации с учетом системной (комплексной) оценки функционирования с использованием современных международных подходов.

Речевые нарушения у детей определяют способность к общению и обучению. Успешное речевое развитие ребёнка, как правило, способствует уменьшению его импульсивности, формированию целенаправленности поведения. При этом ребенок начинает лучше понимать ситуацию в целом, её социальный смысл.

В настоящее время экспертами ВОЗ разработаны базовые комплекты кодов Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья детей и подростков (МКФ-ДП) для оценки функционирования детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) и расстройствами аутистического спектра (РАС), где речевые нарушения у детей оцениваются в формате следующих доменов:

- b 167 умственные функции речи;
- b 320 функции артикуляции речи;
- b 330 функции непрерывности, беглости и ритма речи;
- d 310 способность к вербальным (речевым) коммуникациям;
- d 350 способность использовать имеющиеся речевые навыки в коммуникациях;
- d 360 способность использовать коммуни-

кативные устройства (телефон).

В рамках отраслевой научно-технической программы «Разработать и усовершенствовать технологии и методы медицинской экспертизы, реабилитации и оценки качества оказания медицинской помощи населению на 2019-2023 годы» выполняется задание, целью которого является улучшение качества медико-социальной экспертизы и реабилитации детей с психическими и поведенческими расстройствами с учетом международных подходов и возрастных особенностей развития ребенка.

Цель исследования: изучить особенности формирования ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности у детей с психическими и поведенческими расстройствами с учетом комплексной оценки речевых нарушений по кодам МКФ-ДП в разные возрастные периоды.

Материал и методы. Для осуществления поставленной цели в настоящее время осуществлено комплексное клинико-функциональное обследование 70 детей с психическими и поведенческими расстройствами с использованием кодов МКФ-ДП. Средний возраст пациентов составил 3,7 лет.

По возрастным группам: 3-5 лет – 41 (55 %) пациент; 6-8 лет – 19 (25 %); 9-11 лет – 4 (3,4 %); 12-14 лет – 3 (3,3 %); 15-17 лет – 3 (3,3 %) пациента.

Гендерный состав исследования: девочек – 22 (32 %), мальчиков – 48 (68 %).

Клинический состав исследования распределен следующим образом: РАС – 11 (16 %) пациентов; СДВГ – 13 (19 %); смешанное специфическое расстройство развития – 4 (6 %); изолированные нарушения речевого развития



– 2 (2,5 %); умственная отсталость – 2 (2,5 %) пациента.

С учетом того, что психические и поведенческие расстройства у детей достаточно часто требуют уточнения диагноза при динамическом наблюдении, следует отметить, что 54 % обследованных детей имели пересекающиеся клинические феномены: речевые нарушения + СДВГ – 24 (34 %) пациента; речевые нарушения + СДВГ + РАС – 14 (20 %) пациентов. Это подтверждает сложившиеся в настоящее время тенденции в детской психиатрической практике не разделять диагнозы РАС и СДВГ, а рассматривать их вместе как расстройства развития нервной системы с пересекающимися клиническими феноменами.

Результаты. В результате проведенного исследования разработаны критерии и параметры оценки нарушений речевого развития у детей по кодам МКФ-ДП с учетом традиционных функциональных классов нарушений (ФК): ФК 0 – отсутствие нарушений; ФК 1 – легкие

нарушения; ФК 2 – умеренно выраженные нарушения; ФК 3 – выраженные нарушения; ФК 4 – резко выраженные нарушения.

Функциональные классы речевых нарушений по кодам МКФ-ДП определены с учетом возраста детей.

Заключение. По результатам исследования речевые нарушения у детей встречаются в 56,2% случаев. В большинстве случаев речевые нарушения сопровождаются другими нарушениями психических функций (b), активности и участия (d) в формате различных диагнозов. Достаточно часто на формирование ограниченных жизнедеятельности оказывают влияние нарушения коммуникативных функций речи. При этом имеющиеся нарушения умственных функций речи могут быть более легкими, нежели нарушения коммуникативных функций речи. Это подчеркивает актуальность мультидисциплинарных медицинских реабилитационных мероприятий у детей с психическими и поведенческими расстройствами.



ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕФЛЕКСА ГАЛАНТА У МЛАДЕНЦЕВ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, ГАУЗ КО «Новокузнецкий перинатальный центр», г. Новокузнецк, Россия

Введение. Рефлекс Галанта – важный физиологический рефлекс в системе спинальных двигательных автоматизмов у детей первых трех месяцев жизни. По мере роста младенца и развития центральной нервной системы (ЦНС) на основе этого рефлекса формируются более сложные двигательные координации, поструральная и локомоторная активность.

Традиционно рефлекс определяют штриховым раздражением кожи паравертебрально поочередно с двух сторон с уровня воротниковой зоны на спине до гребня подвздошной кости. Авторами была запатентована методика диагностики рефлекса Галанта путем точечного раздражения, что позволило клинически определить функциональное состояние сегментарного аппарата спинного мозга новорожденного и разработать способ восстановления / формирования рефлекса Галанта у младенцев с повреждением спинного мозга на уровне шейного отдела позвоночника (ШОП) Патент на изобретение № 2581272 от 23.03.2016.

Материал и методы. В исследование вошла группа из 224 новорожденных, девочки и мальчики распределились в соотношении 1:1,5. Всем младенцам в условиях специализированного психоневрологического отделения на базе ДКБ № 3 и ОПН ДКБ № 4 проводилась оценка неврологического статуса со сбором анамнеза, проведением нейросонографии (НСГ) и рентгенологического исследования ШОП с последующими курсами реабилитации. Основным направлением в восстановлении двигательного дефицита (отсутствие рефлекса Галанта) было принято точечное воздействие на кожу методом надавливания вдоль позвоночника по паравертебральным линиям последовательно и попеременно с двух сторон от С7 до L5

с завершающим штриховым движением сверху вниз и выходом на заднюю верхнюю ость подвздошной кости. Лечение проводили 3-5 раз в день в течение двух недель. Методике легко обучались мамы, которых привлекали к работе с детьми во второй половине дня. Оценку восстановления рефлекса проводили через 2-3 недели.

Результаты. Неблагополучие акушерского анамнеза проявлялось: угрозой выкидыша у 84 женщин, гестозом во второй половине беременности у 97, гестационным диабетом у 9 человек, ожирением страдали 53 будущие мамы. В течение родов у 79 женщин встретилась триада симптомов: длительный безводный период, слабость родовых сил, родостимуляция. Вакуум-экстракцию провели в 11 случаях. У 9 женщин наблюдали затяжные роды, у 32 – стремительные. В 19 случаях оказывалось акушерское пособие при родах в ягодичном и ножном предлежании плодов, в 42 случаях наблюдалась дистоция плечиков плода, из них 17 младенцев родились массой от 4 кг и выше. В 34 случаях родились маловесные дети с задержкой внутриутробного развития.

Родились в асфиксии 37 младенцев, низкую оценку по шкале Апгар (5-7 баллов) имели 72 пациента, оставшиеся 115 человек имели устойчивую оценку 8 баллов по шкале Апгар. Синдром возбуждения отмечен у 41 младенца, у 94 – синдром угнетения ЦНС. Матери в 172 случаях предъявляли жалобы на беспокойство младенцев, особенно во время кормления и купания; вынужденное положение головы с поворотом в одну сторону. У всех 224 младенцев имелись отклонения в неврологическом статусе, клинические признаки шейной родовой травмы. Вынужденное положение в кровати отмечалось у 198 человек. Из них у



161 с функциональными блоками (ФБ) C0-C1 наблюдали упорный поворот в одну сторону и формирование к месяцу уплощения черепа в затылочной области на стороне поворота головы, а у 37 – запрокидывание головы назад в положении на боку. У 112 младенцев отмечали снижение мышечного тонуса в верхних конечностях вплоть до отсутствия хватательного рефлекса, при повышении тонуса в нижних конечностях. Физиологические рефлексы были измененными у всех пациентов. При точечном надавливании рефлекс Галанта у них вызывался с уровня Th5 и ниже, при этом в ответ вовлекались лишь сегменты спинного мозга, отвечающие за работу разгибателей поясничного и тазового отделов.

Сухожильные рефлексы с верхних конечностей оказались снижены у 224 младенцев, вплоть до полного отсутствия у двоих. Рефлексы с нижних конечностей, напротив, были повышены. При рентгенологическом исследовании были обнаружены ФБ в позвоночно-двигательных сегментах у 198 (88,4 %) пациентов. На спондилограммах ФБ C0-C1 диагностировались в 161 (71,9 %) случае, в 37 (16,5 %) – ФБ C1-C2.

Всем младенцам в течение двух недель проводилось точечное воздействие по описанной выше методике с потенцированием рефлекса Галанта асимметричным шейно-тоническим рефлексом с поворотом головы младенца на сторону воздействия. Предполагалось, что

адекватные афферентные потоки будут поступать в каждый сегмент спинного мозга, распределяться по двигательным ядрам, вызовут рефлекторное сокращение мышц разгибателей спины на стороне раздражения. На практике мы получили подтверждение своим предположениям, так через две недели рефлекс Галанта был сформирован у 152 пациентов, что составило 68 % (от 224), у оставшихся 72 младенцев положительный результат был достигнут к концу третьей недели реабилитационных занятий.

Заключение. Таким образом, гармоничное развитие младенцев до года обеспечивается его двигательной активностью и присутствием в полном объеме физиологических рефлексов. Тяжелая патология сегментарного аппарата спинного мозга на шейном уровне нередко приводит к отсутствию рефлекса Галанта у младенцев в раннем постнатальном периоде, что нарушает развитие ЦНС и двигательное развитие ребенка. Верхние шейные сегменты и продолговатый мозг при этом могут оставаться интактными или страдать в меньшей степени, поэтому шейные тонические рефлексы, которые имеют более высокое морфологическое представительство, сохраняются и могут быть вызваны. В таком случае они представляют реабилитационный потенциал, который мы использовали для восстановления работы сегментарного аппарата спинного мозга, в частности рефлекса Галанта.



ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С РЕЗИДУАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА МЕТОДОМ ДИНАМИЧЕСКОЙ ПРОПРИОЦЕПТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ (ДИПРОКОР)

¹ Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России,

² МКУ Центр реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями, г. Новокузнецк, Россия

Введение. В последние десятилетия нарастает распространенность заболеваний центральной нервной системы (ЦНС) у детей, прежде всего детского церебрального паралича (ДЦП). Между тем восстановительное лечение – обязательный компонент реабилитации этих больных – является сложнейшим и далеко не всегда эффективным процессом. На нерешенность проблемы указывает появившееся в последние годы обилие схем и методов консервативного и оперативного лечения. Однако многие из них, несмотря на высокую технологичность и достаточную эффективность, не находят широкого практического применения, так как требуют немалых экономических затрат. В связи с этим остается актуальной разработка новых реабилитационных программ, оптимально сочетающих применение доступных, экономичных и эффективных методов реабилитации. На базе Центра реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями внедрен и с успехом применяется метод восстановительного лечения путем динамической проприоцептивной коррекции (ДИПРОКОР), с применением лечебных костюмов «АДЕЛИ» для больных с

поздней резидуальной стадией ДЦП.

Цель работы. Оценить результаты восстановительного лечения детей разных возрастных групп, страдающих ДЦП в резидуальной стадии, с применением метода ДИПРОКОР.

Материал и методы. В исследование вошло 998 детей с различной формой ДЦП в возрасте от 3 до 15 лет (Табл. 1), которым проводилось лечение методом ДИПРОКОР.

Основное воздействие лечебных костюмов «Адели» осуществлялось натяжением специальных регулируемых эластичных тяг. Приблизившийся к норме виртуальный «мышечный каркас», созданный с помощью силовой системы костюма, позволял придать более естественную позу туловищу и конечностям больного, сформировать его движения, максимально приближая к физиологическим. Благодаря этому воздействию направленно корректировался афферентный поток, поступающий от мышц, суставов и связок, что оказывало нормализующее действие на правильное положение ребенка (вертикальное – в положении стоя, в пространстве, устойчивая опора стопы). Это стимулировало структуры ЦНС, которые контролируют движения, речь и восприятие собс-

Таблица 1 – Распределение больных с учетом формы заболевания и возраста

Форма заболевания	Возраст									
	3-4 года		5-6 лет		7-10 лет		11-15 лет		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Спастическая диплегия	248	24,9	182	18,2	82	8,2	18	1,8	530	53,1
Гемипаретическая	106	10,6	104	10,5	86	8,6	42	4,2	338	33,9
Гиперкинетическая	32	3,2	24	2,4	16	1,6	12	1,2	84	8,4
Атонически-астатическая	18	1,8	12	1,2	6	0,6	10	1	46	4,6
Всего	404	40,5	322	32,3	190	19,0	82	8,2	998	100,0

Таблица 2 – Эффективность лечения методом ДИПРОКОР

Формы	Всего Абс. (%)	Улучшение Абс. (%)	Без перемен Абс. (%)
Спастическая диплегия	696 (69,8 %)	588 (59,0 %)	108 (10,8 %)
Гемипаретическая	270 (27,0 %)	230 (23,0 %)	40 (4,0 %)
Гиперкинетическая	28 (2,8 %)	24 (2,4 %)	4 (0,4 %)
Атонически-астатическая	4 (0,4 %)	3 (0,3 %)	1 (0,1 %)
Всего	998 (100,0 %)	845 (84,7 %)	153 (15,3 %)

твенного тела в пространстве.

Результаты и их обсуждение. Среди 998 детей у 35 % была выявлена сколиотическая и кифотическая деформация позвоночника, у 29 % – пронационная контрактура в установке рук, у 34 % – сгибательно-приводящая контрактура тазобедренного сустава, у 27 % – сгибательная контрактура коленного сустава и стопы. После лечения методом ДИПРОКОР улучшение отмечалось у 84,7 % детей (Табл. 2).

У всех пациентов, независимо от уровня тяжести, после двух сеансов лечения стали значительно легче осуществляться движения туловища и рук, облегчились шаговые движения. Увеличение возможности движения рук, самостоятельной игры и игры с другими детьми повысило у них тонус эмоционально-волевой сферы. У 65 % детей увеличился объем движений и сила мышц, осуществляющих движения в тазобедренных, коленных и голеностопных суставах, что повлияло на выпрямительные реакции тела. Это связано со снижением патологических тонических рефлексов. При применении традиционных методов лечения у больных эти изменения неврологического статуса были менее выражены. При применении метода ДИПРОКОР у 70 % детей в течение 1-2 курса появлялась активная тенденция к устранению тугоподвижности или контрактур в голеностопных суставах.

При применении традиционных методов лечения положительный результат достигали только к 3-6 курсу лечения. Сидеть самостоятельно по 1-2 минуты стали 39 % больных. Устойчивое владение позой сидя наступало к 3 курсу. Сидели с поддержкой 50 %, не сидели вообще 11 % детей. Среди больных, получающих лечение традиционными методами, самостоятельно сидеть стали лишь 9 % детей, в 91 % случаев состояние оставалось прежним. Существенная разница отмечалась и в овладении позой стоя. При применении метода ДИПРОКОР самостоятельно стали стоять 41 % больных, с поддержкой – 43 %, не стояли к концу 3-6 курса 16 % пациентов. После ряда курсов лечения традиционными методами не стояли 28 % пациентов, стояли с поддержкой – 50 %, стояли самостоятельно только 22 %.

Заключение. В ходе исследования установлено, что у детей, лечившихся методом ДИПРОКОР, наблюдались лучшие результаты, чем у детей, которые лечились традиционными методами. В возрастном аспекте реабилитация происходила быстрее и лучше у детей более раннего возраста, что свидетельствует о более высоких компенсаторно-приспособительных реакциях организма. Метод ДИПРОКОР экономичен в сравнении с другими методами, так как требует меньших финансовых затрат с получением лучших результатов.

КЛИНИКО-СТАБИЛОМЕТРИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ РАВНОВЕСИЯ У БОЛЬНЫХ С ВЕРТЕБРОГЕННЫМ СИНДРОМОМ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ И ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей – филиала ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России,
г. Новокузнецк, Россия*

Введение. Для оптимального функционирования двигательной системы человека одной из наиболее важных характеристик является координация движений, в том числе способность человека сохранять устойчивое положение тела в вертикальной позе, при ходьбе и выполнении различных двигательных актов. В связи с многоуровневой регуляцией координации движений нарушения равновесия наблюдаются при большинстве заболеваний нервной системы, среди которых вертеброгенный синдром позвоночной артерии (ВСПА) и цереброваскулярная болезнь (ЦВБ). Оба заболевания имеют общий патогенез. Одним из основных клинических проявлений ВСПА и ЦВБ является нарушение функции равновесия и координации движений.

Цель. Изучение клинико-стабилометрических характеристик нарушений равновесия у больных с вертеброгенным синдромом позвоночной артерии и цереброваскулярной болезнью.

Материал и методы. Было обследовано 38 больных с цереброваскулярной болезнью в виде начальных признаков недостаточности кровоснабжения мозга и дисциркуляторной энцефалопатии и 38 больных с вертеброгенным синдромом позвоночной артерии I-й стадии. Пациентов с ЦВБ было: мужчин – 17, женщин – 21. Среди пациентов с ВСПА женщин было в 3,7 раза больше, чем мужчин (соответственно 30 и 8). Средний возраст больных с ВСПА – $40,3 \pm 2,15$ лет, больных с ЦВБ – $59,6 \pm 1,47$ лет, $p < 0,01$.

Использованы следующие методы: клинический неврологический, исследование вестибулярных функций, стабилометрический и

статистический. Стандартное стабилометрическое исследование включало в себя исследование статического компонента функции равновесия на платформе в положении с открытыми и закрытыми глазами, а также проведение пробы «Мишень», выявляющей степень устойчивости в режиме биологической обратной связи, где выявлялся динамический компонент функции равновесия.

Результаты и их обсуждение. В клинике сравниваемых заболеваний имели место вестибулярные нарушения. Жалобы на головокружение предъявляли все 38 больных с ЦВБ и 36 с ВСПА. У больных с ВСПА чаще других (у 72,2 %) наблюдалось тактильное головокружение, а у больных с ЦВБ одинаково часто наблюдалось проприоцептивное (52,6 %) и тактильное (42,1 %) головокружение. Зрительное головокружение отмечалось редко: у 13,9 % больных с ВСПА и у 5,3 % пациентов с ЦВБ. Обычным было сочетание разных типов головокружения. Жалобы на шум в ухе и/или голове предъявляли 36,8 % больных с ВСПА и 47,4 % с ЦВБ. У 28,9 % пациентов с ЦВБ наблюдалось кроме того снижение слуха, одно- или двустороннее. У больных с ВСПА снижения слуха не наблюдалось.

Статическая атаксия была выявлена у 30-ти больных с ВСПА и у 32-х с ЦВБ. У всех больных отмечено нарушение способности сохранения положения тела в позе стоя на одной ноге. В усложненной позе Ромберга нарушение способности сохранения положения тела отмечено соответственно в 73,3 и 78,1 % наблюдений. У трети пациентов имело место нарушение способности сохранения положения рук в пробах Фишера, Дойникова, Шиль-

дера (соответственно у 33,3 % и 37,5 % больных). Нарушение способности сохранения положения тела в позе сидя и ног в положении лежа отмечено соответственно у 16,7 % и 10,0 % больных с ВСПА и у 21,9 % и 15,6 % с ЦВБ. Нарушение равновесия подтверждалось и в пробе Боханнон, средние показатели которой у больных с ВСПА при открытых и закрытых глазах были равны соответственно $4,6 \pm 0,04$ и $4,4 \pm 0,03$. У больных ЦВБ при открытых глазах – $3,9 \pm 0,03$, при закрытых – $3,2 \pm 0,04$. Разница в сравниваемых группах статистически значима при $p < 0,01$.

Динамическая атаксия была выявлена у 16 больных с ВСПА и у 24-х с ЦВБ. У большинства пациентов (87,5 % с ВСПА и 83,3 % с ЦВБ) отмечено сочетание нескольких признаков. Чаще всего выявлялось нарушение точности попадания в цель (соответственно у 93,8 % и 91,7 % больных с динамической атаксией) и нарушение акта ходьбы (75,0 % и 79,2 %). У 62,5 % больных с ВСПА и 66,7 % с ЦВБ отмечалась прерывистость целенаправленных движений, а у половины больных в обеих группах выявлена дисметрия. Зависимость выполнения пробы от переключения внимания выявлена у 43,8 % больных с ВСПА и 41,7 % с ЦВБ. Непостоянный нистагм 1-й степени, зависящий от положения головы, наблюдался лишь у 6-ти больных с ВСПА (15,8 %). У больных с ЦВБ нистагм выявлен у 13 человек (34,2 %); у восьми он был 1-й степени, у пяти – 2-й. Это был горизонтальный мелкоразмашистый или ротаторный нистагм, а у 3-х пациентов с ЦВБ наблюдался крупноразмашистый вертикальный нистагм.

Вестибуловегетативные нарушения у больных с ВСПА и ЦВБ встречались с одинаковой частотой: соответственно у 76,3 % и 78,9 % больных, $p > 0,05$. Выраженность вестибуловегетативных нарушений не превышала 1-й степени у 72,4 % больных с ВСПА и у 66,7 % – с ЦВБ. 2-я степень констатирована соответственно у 17,2 % и 26,7 %, а 3-я – у 10,3 % и 6,7 %.

При выполнении пробы Ромберга на стабиллоплатформе с исключением зрительного контроля у пациентов с ВСПА достоверно увеличились длина и скорость перемещения центра давления (ЦД), остальные показатели не достигли достоверно значимых изменений. Коэффициент Ромберга не выходил за пределы нормативных показателей ($217,5 \pm 54,8$),

что свидетельствует о сохранении стабильности системы равновесия при выключении зрительного контроля. Отмечалась тенденция отклонения ЦД относительно сагиттальной оси, равномерно кпереди и кзади («раскачивание» вперед-назад). При проведении пробы «Мишень» статистически значимо уменьшилась длина перемещения ЦД. При выполнении задания возросла скорость перемещения ЦД, что свидетельствует о напряжении системы равновесия и включении компенсаторных эфферентных центров управления двигательной деятельностью, хотя изменения скорости не достигли статистически значимых величин. Все основные стабилометрические показатели у пациентов с ЦВБ были увеличены в сравнении с нормативными. Наиболее значительно отличались от нормативных площадь перемещения ЦД (в 3 раза), в 2 раза больше скорость перемещения ЦД и среднеквадратичные отклонения по осям X и Y. При выключении зрительного контроля у пациентов с ЦВБ достоверно увеличились показатели длины, площади и скорости перемещения ЦД, причем площадь возросла в 2,5 раза; в 1,5 раза увеличилась скорость перемещения. Это свидетельствует о диффузной дезинтеграции процессов контроля равновесия в условиях выключения зрения у этой группы пациентов. Коэффициент Ромберга у пациентов с ЦВБ снижен ($235,3 \pm 40,2$), что свидетельствует о значимой роли зрительного анализатора при удержании равновесия у пациентов обследуемой группы. Проба «Мишень» у пациентов с ЦВБ выявила неадекватное включение эфферентных механизмов управления движениями по удержанию вертикальной позы, выполнение задания было затруднено, и при этом увеличивалось хаотичное отклонение ЦД практически во всех направлениях.

Заключение. Анализ выявленных объективных проявлений при ВСПА и ЦВБ свидетельствует о диффузности процесса с вовлечением преимущественно образований, васкуляризируемых из вертебрально-базиллярной системы. В клинике ВСПА и ЦВБ у обследованных пациентов имело место сочетание вестибулярных нарушений преимущественно центрального генеза с вовлечением вестибуломожечковых, вестибулоокуломоторных связей, что существенно влияло на степень нарушения функции равновесия. При сравнительном анализе стабилометричес-



ких показателей у групп пациентов с ВСПА и ЦВБ следует отметить, что у первой группы пациентов показатели смещения ЦД относительно осей X и Y имеют большее значение, чем изменение скорости перемещения, длины и площади стабилотраектории. При анализе стабилотраекторических показателей у пациентов с ЦВБ исходные стабилотраекторические данные значительно отличаются от нормативных, и все они достоверно увеличены. При выполнении нагрузочных проб возрастает отклонение относительно фронтальной и сагиттальной осей диффузно, без значимого различия, при

этом уменьшается устойчивость пациентов. Без зрительного контроля возрастает отклонение ЦД по сагиттальной оси кпереди. При включении эфферентных механизмов управления системы поддержания равновесия (проба «Мишень») стабилотраекторические показатели имеют тенденцию к уменьшению и у пациентов с ВСПА, и у пациентов с ЦВБ. Полученные данные делают обоснованным использование стабилотраекторического метода как для диагностики, так и для коррекции нарушений равновесия у больных с ВСПА и ЦВБ в реабилитационных программах с использованием



ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА РОССИИ В МЕЖДУНАРОДНОМ ПРОЕКТЕ INTERNATIONAL SPINAL CORD INJURY (INSCI) COMMUNITY SURVEY: ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ СРЕДЫ НА ЖИЗНЬ ЛЮДЕЙ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ СПИННОГО МОЗГА

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России,
г. Новокузнецк, Россия*

Введение. Проект InSCI – Международное исследование условий социальной среды для людей с повреждениями спинного мозга (ПСМ) – это первый шаг на пути к сбору полноценной и сопоставимой информации из разных стран о влиянии социальной среды на жизнь людей с ПСМ.

Основной целью исследования InSCI является выявление факторов, которые имеют отношение к функционированию, здоровью и благополучию людей с ПСМ в разных странах.

Материал и методы. Инструментом исследования является опросник InSCI. Кросс-культурная адаптация опросника на русский язык проводилась мультидисциплинарной комиссией в соответствии с 3-шаговым подходом:

1) Перевод двумя независимыми переводчиками (П1 и П2) с различными профессиональными фоновыми знаниями (П1 – лингвист, переводчик; П2 – медицинский переводчик).

2) Синтез переводов П1 и П2, формирование общей версии – П12.

3) Ознакомление, критический анализ и редактирование версии П12 экспертным комитетом для формирования финальной версии.

В состав комитета входили: невролог, нейрохирург, уролог, реабилитолог, терапевт, методисты ЛФК, научные сотрудники отдела медико-социальной и профессиональной реабилитации, переводчики П1 и П2, а также четыре пациента с ПСМ. Экспертная комиссия оценила операционную эквивалентность и утвердила финальную версию опросника.

Опросник состоит из 125 вопросов и включает 9 разделов: 1) личная информация (демографические сведения); 2) энергичность и настроение; 3) проблемы со здоровьем; 4)

активность и участие; 5) независимость в повседневной жизнедеятельности; 6) работа; 7) факторы окружающей среды; 8) личностные факторы; 9) качество жизни и общее состояние здоровья.

В феврале 2019 года стартовал процесс набора участников из числа поступивших на плановую реабилитацию в отделение нейрохирургии ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России. Критерии включения: люди в возрасте 18 лет и старше с повреждением спинного мозга вследствие травмы и/или заболевания, которые живут в социуме (то есть, дома, а не в специализированных учреждениях). Критерии исключения: когнитивные нарушения; состояние, при котором человеку сложно сосредоточиться на вопросах; нежелание участвовать. Все участники подписали информированное согласие на участие в исследовании. Собранные сведения декодируются и вносятся в базу данных в анонимном формате в соответствии с кодировочной книгой инициаторов проекта InSCI. Работа в рамках международного исследования проводится исключительно с обезличенными данными.

Результаты. К августу 2019 года в опросе приняли участие 248 человек: 153 (62 %) с параплегией, 93 (37 %) с тетраплегией, 2 – не установлено; большинство участников мужского пола – 178 (71 %) человек; средний возраст всех участников составил 39 ± 12 лет (среднее арифметическое $\pm$ среднее квадратическое отклонение). Основной причиной ПСМ стала травма ($n = 219$; 88 %). Основные типы травм: ДТП – 83 (33 %) случая, падение с высоты – 69 (28 %) случаев, досуговая деятельность – 40 (16 %) случаев, производственная травма – 12 (5 %) случаев. Заболевания стало причи-



ной ПСМ лишь в 29 (12 %) случаях.

В настоящее время проводится анализ собранных данных по разделу «факторы окружающей среды» с целью выявления особенностей и степени их влияния на жизнь людей с ПСМ.

Выводы. Систематический сбор данных и оценка того, что такое жизнь с ПСМ, а также оценка работы соответствующих служб здравоохранения и систем реабилитации позволят

получить необходимую и крайне важную информацию относительно того, что общество может сделать для улучшения положения людей с ПСМ. Планируется расширение проекта путём привлечения участников через сеть интернет. В настоящее время опросник доступен для скачивания в формате PDF на веб-сайте ФГБУ ННПЦ МСЭиРИ Минтруда России, также планируется разработка онлайн-версии опросника.



ОСОБЕННОСТИ КРОСС-КУЛЬТУРНОЙ АДАПТАЦИИ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ ИНСТРУМЕНТОВ В ОБЛАСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы
и реабилитации инвалидов» Минтруда России,
г. Новокузнецк, Россия*

Необходимость в системном подходе и доказательной практике в реабилитации требует применения надлежащих исследовательских инструментов (ИИ) – шкал, тестов и опросников (администрируемых и/или самоотчётных). В зависимости от своей специфики ИИ дают возможность проведения оценки нарушений функционирования, доступности окружающей среды, уровня активности и участия, влияния личностных факторов, выявления детерминирующих, прогностических факторов, что является неотъемлемой частью в зарубежной реабилитационной практике и становится всё более актуальным в отечественной.

Разработка нового ИИ является многоступенчатым процессом, требует годы исследований мультидисциплинарной экспертной группы. Перед разработчиками стоит ряд комплексных задач: провести обзор литературы и определить наиболее скомпрометированные сферы жизнедеятельности целевой популяции; составить теоретические конструкты будущего ИИ на основе Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ); сформулировать вопросы/задания; апробировать предварительную версию ИИ при участии целевой популяции; провести анализ сведений, собранных в пилотном режиме; устранить недочёты ИИ, выявленные при апробации, например, эффект теоретического пола и/или потолка, внутренняя несогласованность вопросов и т.д. Приведённый список основных задач не является исчерпывающим, в связи с чем исследователи рекомендуют проводить кросс-культурную адаптацию уже имеющегося надёжного и валидного инструмента вместо разработки нового.

Однако процесс кросс-культурной адапта-

ции имеет свои подводные камни. В соответствии с международными стандартами, данные, полученные с помощью адаптированной версии ИИ, должны быть сопоставимы с данными, полученными с помощью оригинальной версии, то есть, в ходе кросс-культурной адаптации необходимо достичь семантической, концептуальной и идиоматической эквивалентности. Также необходимо определить операционную эквивалентность: возможно ли в условиях страны переводящего языка (ПЯ) применение схожего формата опросника, измерительных методов, способа применения, который применяется в условиях страны исходного языка (ИЯ).

Неотъемлемой частью кросс-культурной адаптации является ступень апробации ИИ на целевой популяции. Пилотный сбор данных рекомендуется запускать одновременно с другими актуальными для целевой популяции инструментами. Собранные сведения с помощью дополнительных инструментов помогут оценить самый важный и комплексный тип валидности – конструктивную валидность (construct validity): если анализ данных покажет статистически значимую корреляцию между проверенными временем (надёжными и валидными) инструментами с новым (адаптированным) ИИ, то можно обоснованно предполагать, что опросник измеряет те теоретические конструкты, которые подразумевались при его составлении.

Что касается других психометрических свойств, то оценку надёжности по внутренней согласованности (internal consistency reliability) можно произвести с помощью коэффициента альфа Кронбаха. Ретестовая надёжность (test-retest reliability) отражает стабильность результатов. Для определения внешней валидности (face validity) необходимо провести опрос сре-



ди экспертов и представителей целевой аудитории о том, охватывает ли инструмент, по их мнению, все важные сферы жизнедеятельности, функционирования, насколько актуальны те или иные вопросы, и так далее. Достижение эквивалентности на всех перечисленных выше уровнях обеспечит содержательную валидность (content validity) при условии её наличия в оригинальном инструменте.

Таким образом, кросс-культурная адаптация не ограничивается простым переводом инструмента с одного языка на другой, но является сложным процессом, требующим системного подхода. Конечный продукт кросс-культурной адаптации должен обладать всеми критически важными психометрическими свойствами.



КАРГИН А.Р.

ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С МОТОРНОЙ АФАЗИЕЙ ТЯЖЁЛОЙ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ В РЕЗИДУАЛЬНОМ РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы
и реабилитации инвалидов» Минтруда России,
г. Новокузнецк, Россия*

Введение. Своевременно оказанная помощь после инсульта гарантирует скорейшее и максимально полное восстановление без тяжёлых последствий. Но в силу тех или иных обстоятельств, из-за неоказания помощи в раннем периоде человек остаётся с грубыми неврологическими нарушениями. При этом практически отсутствует надежда на самостоятельное восстановление речи. У некоторых появляется богато-интонированный «эмбол», который заменяет экспрессивную речь. Конечно, такой тип общения можно «наловчиться» понимать в рамках ситуативно-бытового диалога, но, как показывает практика, не всегда. В большинстве случаев все коммуникативные возможности безречевых пациентов сводятся к беспорядочным размахиваниям руками и нечленораздельному бормотанию.

Не каждый старается изъясниться посредством жестов, условных знаков или рисунков. Это делает человека коммуникационно ограниченным. Чтобы вернуть вербальные средства общения, необходима логопедическая реабилитация, по окончании которой пациент выводится на уровень минимального речевого общения.

Цель логопедической реабилитации в резидуальном периоде – сформировать и развить минимальный активный словарь для вербальной коммуникации пациентов с грубой моторной афазией.

Материал и методы. Работа проведена в нейрохирургическом отделении ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России в 2018-2019 гг. В задачи логопеда входило определить минимальный состав словаря и научить пациента



им пользоваться. В дальнейшем словарь мог быть расширен в связи с индивидуальными потребностями. По большей части словарь состоял из глаголов и служебных слов (да, нет, буду, не буду, хочу не хочу, вот, тут, там, давай, болит, есть, пить, спать). Овладение словом предполагало 4 этапа:

I этап. Постановка артикулем гласных звуков, которые присутствуют в слове. При постановке использовался зрительно-слуховой имитационный приём. Далее последовательность артикулем закреплялась во избежание возможных литеральных парафазий (замены звука). Выработка артикуляторных переключений проводилась с опорой на звуко-ритмико-мелодическую сторону, что помогало сохранить абрис (контур) слова. Во время проговаривания слова целиком, акцент ставился на гласные звуки, для предотвращения патологической инертности артикуляторных актов. Отработка материала проходила в медленном темпе, с протяжным, напевным произнесением.

II этап. Сопровождение слова жестом. В головном мозге центры, отвечающие за речь и движение пальцев рук, расположены достаточно близко. С развитием мелкой моторики попутно активизируются соседние зоны мозга, отвечающие за речь. Таким образом под абрис слова подстраивалась жестикуляция с определённым количеством движений или с определённой позицией. Так, например, слово «да» сопровождалось поднятием большого пальца, а слово «нет» сопровождалосьмахом ладони влево-вправо. На слово «хочу» сжатие ладони в кулак проходило 2 раза, по одному сжатию на каждую гласную. Слово «спать» сопровождалось зевком и прикрытием рукой открытого рта. Слово «болит» по своему контуру похоже на возглас «ой» и сопровождалось потиранием условно-больного участка. Многократное повторение позволяло сформиро-

вать двигательный навык, в котором слово было неотделимо от жеста.

III этап. Восстановление письменной речи, главной задачей которой являлось восстановление ассоциативной связи «артикулема-фонема-графема». Последовательность заданий:

1) Списывание гласных букв в том порядке, в котором они идут в слове.

2) Прочтение этих букв непосредственно после написания.

3) Списывание слова целиком.

4) Подстановка пропущенных гласных в отработываемый материал.

IV этап. Отработка смысловой стороны слова посредством моделирования ситуаций, когда данное слово могло быть употреблено.

Результаты. После курса восстановительного обучения, пациенты могли отвечать на вопрос в утвердительной или отрицательной форме, предъявить жалобу на боли в разных частях тела. Если вербальный тип общения был затруднён, то невербально (жестом) можно было объяснить, что способствовало преодолению коммуникационной недостаточности. Параллельно улучшились графо-моторные навыки, более стабильной стала связь «артикулема-фонема-графема». Более того, разработка и внедрение минимального активного словаря помогли изменить психологическую позицию пациента: повысить самооценку, уверенность в собственных силах и желание продолжать занятия в домашних условиях.

Заключение. Для тяжёлых случаев моторной афазии характерно отсутствие экспрессивной речи. Успешное овладение даже одним словом позволяет человеку выйти на уровень малой речевой активности. Данный вид логопедической реабилитации позволяет человеку изменить отношение к самому себе, к своим возможностям и улучшить качество жизни.



ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННОГО ВЕЛОТРЕНАЖЕРА В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

*ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Минтруда России,
г. Москва, Россия*

В настоящее время современные разработки в медицине привели к значительному расширению спектра инновационных технологий, применяемых в реабилитации детей с ограниченными возможностями при различных заболеваниях. В детском травматолого-ортопедическом отделении ФГБУ ФБМСЭ Минтруда России проводится хирургическая коррекция и реабилитационные курсы лечения детям до 18-летнего возраста с заболеваниями и повреждениями опорно-двигательного аппарата. У большей части пациентов, направляемых на реабилитационное лечение, двигательные расстройства связаны с детским церебральным параличом, черепно-мозговой травмой, поражением спинного мозга, травмой верхних или нижних конечностей, заболеваниями нервно-мышечной системы. Реабилитационный курс лечения мы подбираем индивидуально для каждого ребенка с учетом причин двигательных нарушений и возможностей пациента.

Реабилитационные мероприятия проводятся комплексно и включают роботизированную и нероботизированную механотерапию, физиотерапевтическое лечение, ручной и аппаратный массаж, групповую и индивидуальную лечебную гимнастику, в том числе школу ходьбы в брусках, мануальную терапию, рефлексотерапию, кинезиотейпирование, психологическое консультирование и коррекцию в семьях с детьми с ограниченными возможностями – занятия в сенсорной комнате и в интерактивной системе виртуальной реальности «Нирвана».

Целью реабилитационных мероприятий является восстановление или формирование основных двигательных навыков, применяя современную роботизированную механотерапию.

Эффективным средством реабилитации яв-

ляется роботизированный тренажер с биологической обратной связью (БОС) «Thera trainer Tigo», подготавливающий мышечную систему ребенка к восстановлению или формированию корректного паттерна ходьбы. Мы применяли тренажер у 326 детей с 4-летнего возраста с двигательными расстройствами при ДЦП, черепно-мозговой травме, поражении спинного мозга, травмах верхних или нижних конечностей, заболеваниях нервно-мышечной системы. Роботизированный тренажер – усовершенствованный велотренажер, позволяющий выполнять пассивные, пассивно-активные и активные движения в нижних или верхних конечностях с использованием механизма БОС. Тренажер автоматически распознает наступившую спастическую или судорожную реакцию. Педали автоматически останавливаются и после паузы возобновляют движение в обратном направлении. Мягкое вытяжение мышц за счет обратного пассивного движения продолжается до полного устранения спастической реакции. Возможность постепенно усложнять задачу, переходя от пассивного режима тренировки к пассивно-активному, далее к активному, позволяет избежать синдрома перетренированности. Также проведение тренировок в пассивном режиме помогает создать положительный психоэмоциональный настрой у маленького пациента на достижение результата, создавая иллюзию возможности выполнения движения, недоступного ребенку ранее. Во время тренировки пациент сидит на стуле. Параметры тренировок мы подбираем индивидуально каждому пациенту: режим тренировки (пассивный, пассивно-активный, активный), скорость вращения педалей, продолжительность занятия, направление вращения педалей, протяженность дистанции. На мониторе отображается цифровая (в %) оценка активности левой и правой ноги при активном режиме тренировки,



расход калорий. Курс лечения состоит из 10-15 ежедневных занятий продолжительностью от 15 до 40 минут. Занятия на тренажере начинаем в пассивном режиме, постепенно увеличивая нагрузку путем повышения скорости движения, подключения активного режима, увеличения степени сопротивления. Проведение тренировок по программе БОС позволяет при преимущественном поражении задействовать в большей степени более пораженную конечность в процессе занятия. За курс занятий на тренажере в рамках комплекса реабилитационных мероприятий удастся добиться увеличения времени произвольной тренировки с 28 % до 62 %, также отмечается увеличе-

ние среднего угла движения в тазобедренных и коленных суставах. В процессе проведения тренировок в режиме БОС у пациентов с гемипарезами либо тетрапарезами с преимущественным поражением одной из половин тела удастся добиться уменьшения степени асимметрии в среднем с 34,4 % до 22,6 %.

Таким образом, применение в структуре комплексной реабилитации современных велотренажеров, программное обеспечение которых оснащено системами БОС, позволяет повысить уровень развития основных моторных навыков.





КЛЕНОВА Н.А., РУСАКЕВИЧ А.П.

РОБОТИЗИРОВАННОЕ ОБУЧЕНИЕ ХОДЬБЕ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ВСЛЕДСТВИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

*ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Минтруда России,
г. Москва, Россия*

В настоящее время в мировой практике современные разработки в медицине привели к значительному расширению спектра инновационных технологий, применяемых в реабилитации детей с неврологическим дефицитом при различных заболеваниях. В детском ортопедическом отделении ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России проводится хирургическая коррекция и реабилитационные курсы лечения детям до 18-летнего возраста с заболеваниями и повреждениями опорно-двигательного аппарата. У большей части пациентов, направляемых на реабилитационное лечение, двигательные расстройства связаны с детским церебральным параличом, черепно-мозговой травмой, поражением спинного мозга, травмой верхних или нижних конечностей, заболеваниями нервно-мышечной системы. Реабилитационный курс лечения подбирается индивидуально для каждого ребенка с учетом тяжести двигательных расстройств и реабилитационного потенциала.

Реабилитационные мероприятия проводятся комплексно и включают роботизированную и нероботизированную механотерапию, физиотерапевтическое лечение, ручной и аппаратный массаж, групповую и индивидуальную лечебную гимнастику, в том числе школу ходьбы в брусках, мануальную терапию, рефлексотерапию, кинезиотейпирование, психологическое консультирование и коррекцию в семьях с детьми с ограниченными возможностями, занятия в сенсорной комнате и в интерактивной системе виртуальной реальности «Нирвана».

Особое место в реабилитационных мероприятиях отводится роботизированной механотерапии. Цель реабилитации детей с ограниченными возможностями: восстановление или

формирование основного двигательного навыка – ходьбы. В своей ежедневной медицинской практике мы используем современный роботизированный тренажер с одновременной функциональной электростимуляцией мышц нижних конечностей в режиме ходьбы RT600. Система представляет собой моторизованную терапевтическую систему, применяемую для пассивной терапии. В основе метода заложено формирование импульсов возбуждения для мышц, участвующих в конкретном двигательном акте в соответствии с моментами их естественного сокращения и расслабления. Роботизированный комплекс выступает в роли робота, и коэффициент его участия в ходьбе составляет 100 %. Тренажер позволяет имитировать самостоятельную ходьбу для пациентов с любой тяжестью двигательных нарушений, одновременно разгружая вес (с контролируемой степенью разгрузки – от минимальной до 100 %). Занятия на тренажере представляют собой механическую разработку суставов нижних конечностей в вертикальном положении с заданной амплитудой движений в голеностопных суставах, скоростью ходьбы. Благодаря программному обеспечению мы подбираем индивидуальные параметры механотерапии. Результаты тренировки и выбранные параметры ходьбы сохраняются в памяти компьютера. Пролечено 37 детей от 4-летнего возраста с детским церебральным параличом, спастической диплегией (33 ребенка) и последствиями оперированной спинномозговой грыжи поясничного отдела позвоночника – нижним парализмом или параплегией (4 ребенка). Дети вертикализированы: стоят с опорой, но не ходят или плохо ходят. Курс реабилитации состоит из 10-20 ежедневных сеансов. Время занятий, начиная с 5-20 мин., ежедневно увеличивается



на 5-10 мин., достигая 40-45 мин. Ежедневно усложняется задача: увеличивается скорость ходьбы, уменьшается весовая разгрузка. Скорость движения в каждом случае подбирается индивидуально. Во всех случаях производится уменьшение нагрузки на площадь опоры на 50-30 %. Восстановительное лечение детей следует продолжать непрерывно до достижения максимально возможных результатов, поэтому роботизированную механотерапию мы проводим повторными курсами. Наиболее эффективной схемой реабилитации являются продолженные курсы робототерапии: после основного курса занятий проводим поддерживающие занятия в течение длительного времени. Такая схема позволяет удерживать и совершенствовать достигнутые результаты в освоении навыков ходьбы и приводит к оптимальным результатам.

Результатом тренировок на роботизированном комплексе с функциональной электрости-

муляцией мышц в движении становится улучшение функционального состояния мышц: увеличивается сила мышц нижних конечностей на 1-2 балла, увеличивается объем мышечной массы нижних конечностей (в среднем + 1,5 см), улучшается объем движений в суставах, корректируются неправильно выполняемые движения и постепенно вырабатывается приближающийся к норме двигательный стереотип.

Включение в комплексную реабилитацию терапевтического курса тренировок на роботизированном комплексе несомненно повышает ее эффективность, улучшая психоэмоциональный настрой детей и родителей, влияя на качество жизни ребенка и семьи. Задаваемый аппаратом правильный паттерн ходьбы способствует его закреплению у детей с двигательными расстройствами.



ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАТИКА НАРУШЕНИЙ РЕЧИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПАТОЛОГИЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

¹Новокузнецкий институт (филиал) федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кемеровский государственный университет»¹,

²ГБУЗ КО «Новокузнецкая клиническая психиатрическая больница»,
г. Новокузнецк, Россия

Актуальность. В последнее время неизменно растет количество родителей, которые обращаются к специалистам с проблемой нарушения речевого развития детей. Во многих случаях речевое недоразвитие является не первичным дефектом, а вторичным по отношению к нарушениям интеллектуального развития, проблемам в моторной и эмоциональной сфере, но наиболее выраженным и заметным.

Обычно проблема речевого развития ребенка начинает беспокоить родителей и специалистов ближе к трем годам. Начало работы по исправлению имеющихся и предупреждению дальнейших дефектов речевого развития приходится на трех-пятилетний возраст, а иногда и позднее, что затрудняет коррекционную работу. В дошкольном возрасте можно говорить о стойком патологическом стереотипе речевых нарушений и упущенном сензитивном периоде речевого развития, который приходится на ранний возраст.

В настоящее время в практику все больше входит концепция ранней коррекционной помощи, которая включает не только и не столько коррекцию, сколько предупреждение нарушений развития.

Цель работы: изучение возможности использования физических упражнений для стимуляции базиса речи у детей раннего возраста с органическим поражением головного мозга.

Материал и методы. Наблюдали 6 детей в возрасте от недели до 3 лет с последствиями перенесенной гипоксически-ишемической энцефалопатии, минимальной мозговой дисфункцией. Все дети были разделены на 2 группы. С детьми первой группы (3 человека) занима-

лись обычной гимнастикой для соответствующего возраста. С детьми второй группы (3 человека) в занятия вводили «Гимнастику для мозга» – «Brain gym» [1] и упражнения «Фонетической ритмики», разработанной для формирования устной речи у детей с нарушениями слуха, в соответствии с онтогенетическим развитием звукопроизношения [2].

Упражнения «Brain gym» модифицировали для пассивного выполнения в положении лежа с детьми до 6 месяцев, для активно-пассивного выполнения в положении сидя с детьми в возрасте от полугода до года и в стандартной технике выполнения с детьми старше года.

Занятия начинали с момента обращения, в идеале – со второй недели жизни и после согласования физических нагрузок с педиатром и неврологом. Упражнения «Brain gym» проводили 3 раза в неделю во время утренних процедур, добавляя потешки или стихотворения, вызывающие у ребенка эмоциональный отклик. Упражнения «Фонетической ритмики» проводили ежедневно, с обязательным проговариванием звуков, на формирование которых они направлены.

Результаты. Через три месяца от начала занятий дети второй группы при движениях «Фонетической ритмики» активно проговаривали соответствующие звуки, что указывало на формирование соответствующих функциональных систем и опосредованно работало на формирование в дальнейшем артикуляционной позы и правильного речевого дыхания.

Сравнение маркерных показателей речевого развития показало, что у детей, второй группы гуление, лепет, первые слова по времени появления почти не отличались от возрастных



нормативов, а при развитии речи нарушений звукопроизношения было значимо меньше, чем у представителей первой группы.

Обсуждение. Онтогенетическое развитие речи начинается с момента рождения ребенка и проходит два основных этапа: доречевой и речевой. Доречевой этап не менее важен, чем речевой, поскольку в этот период формируется понимание обращенной речи, основные артикуляционные позиции, а также потребность в общении, что стимулирует развитие экспрессивной речи.

Один из основных принципов, определяющих работу на ранних этапах развития ребенка, – комплексность, подразумевает совместную стимуляцию развития всех функций. Другой принцип – развитие координированной системы межанализаторных связей, что достигается как можно большим количеством анализаторных систем, включенных одновременно. При этом высокая пластичность мозговых структур и минимальная латеризация на ранних этапах развития позволяют добиться при правильно организованной работе полной или частичной нормализации функций.

Работа по развитию речи на ранних этапах онтогенеза традиционно строится на непосредственном речевом общении с ребенком, формировании у него понимания сначала эмоциональной, а потом и смысловой стороны речи. При данном подходе активно задействованы зрительный и слуховой анализаторы;

при непосредственном физическом контакте подключается тактильный, а при выполнении действий под потешки или стихи – кинестетический.

Замена некоторых традиционных упражнений в гимнастике для новорожденных упражнениями, направленными непосредственно на развитие мозга и упражнениями с целенаправленным проговариванием определенных звуков, помогла ускорить речевое развитие и избежать выраженных нарушений речи у детей раннего возраста с минимальной мозговой дисфункцией.

Заключение. Результаты исследования доказывают значимость раннего начала коррекционного воздействия с использованием специальных физических упражнений и требуют дальнейшего изучения этого вопроса, в том числе и при работе с людьми, страдающими нарушениями речи вследствие поражения головного мозга в зрелом возрасте.

Список литературы.

1. Способ стимуляции центральной нервной системы ребенка с задержкой психического развития / Коновалова Н.Г., Колтунова А.А., Черемных С.А. – Патент на изобретение № 2405523 от 10.12.2010 по заявке №036721 от 09.07.2009. публ. Бюлл. № 34.

2. Власова Т.М. Фонетическая ритмика: Пособие для учителя / Т.М. Власова, А.Н. Пфафенродт. – М.: ВЛАДОС, 1996. – 240 с.



СОЦИАЛЬНО-БЫТОВАЯ АДАПТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТЕТРАПАРЕЗОМ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России,
г. Новокузнецк, Россия*

Социально-бытовая адаптация направлена на обеспечение относительной независимости пациента в быту, обучения выполнению посильных домашних обязанностей. Сроки пребывания в центре реабилитации сегодня составляют 21 день. Перед мультидисциплинарной бригадой стоит задача: сформировать у пациента прикладные навыки в эти сроки.

Цель работы: обосновать оптимальный путь социально-бытовой адаптации пациентов с тетрапарезом в условиях короткого курса реабилитации.

Задачи социально-бытовой адаптации на каждом этапе реабилитационного процесса определяются готовностью и возможностями пациента, которые зависят от ряда факторов.

В первую очередь отметим наличие мотивации к освоению бытовых навыков. Многолетний опыт показывает, что пока у пациента не сформировано желание обрести самостоятельность, эффективность занятий остается крайне низкой. Поэтому диагностика и, в случае необходимости, формирование соответствующей мотивации предшествуют этапу социально-бытовой адаптации. В то же время положительная динамика в освоении отдельных движений и бытовых функций служит мощным мотиватором к работе.

Пациенты с шейным уровнем повреждения позвоночника и спинного мозга имеют низкий функциональный резерв организма, что ограничивает толерантность к физической нагрузке, диктует малую продолжительность, невысокую интенсивность занятий. Поэтому важно равномерно распределить занятия на протяжении дня, оставляя перерывы для отдыха.

Как правило, интеллект у этой группы пациентов не страдает, они могут понять смысл задания, искать и находить способы его выпол-

нения с учетом имеющихся нейромоторных и нейросенсорных возможностей.

Повреждение спинного мозга на шейном уровне имеет следующие особенности: двустороннее поражение верхних и нижних конечностей, сочетание сенсорных и моторных нарушений, регуляция работы внутренних органов со стороны вегетативной нервной системы нарушена. Основным фактором, ограничивающим независимость пациента в быту, служит ограничение/отсутствие активных произвольных движений, а основная задача социально-бытовой адаптации – формирование независимости пациента, адаптации к условиям быта с опорой на сохранившиеся моторные и сенсорные возможности.

Работа по социально-бытовой адаптации направлена на актуализацию имеющегося реабилитационного потенциала и на обучение пользованию техническими средствами, что в комплексе приводит к наиболее полной актуализации имеющегося реабилитационного потенциала.

Для достижения этой цели необходимо знать возможности пациента и то, к каким конкретно условиям быта он должен быть адаптирован. Поэтому информация об условиях проживания, составе семьи, возможности и готовности родственников оказывать помощь, наличии членов семьи, которым пациент может оказывать посильную помощь, очень важны для определения отдельных приоритетов социально-бытовой адаптации.

Из характеристики контингента следует, что пациент должен сформировать бытовые навыки в условиях выраженного сенсорного и моторного дефицита и крайне ограниченного функционального резерва организма. Поэтому, чтобы приобретенные навыки не утратились после выписки из реабилитационного



центра, а продолжали использоваться, развиваться и совершенствоваться, пациенту важно научиться выполнять именно те действия, которые увеличат его независимость, улучшат социально-бытовую адаптацию с учетом конкретных жилищно-бытовых условий, состава семьи.

Планируя процесс социально-бытовой адаптации, прежде всего проводим диагностику: мотивации, сенсорных и моторных возможностей пациента, факторов, лимитирующих реабилитационный процесс, и ставим достижимые цели, которые увеличат бытовую адаптированность пациента. Все реабилитационные воздействия – различные виды лечебной физкультуры, физиотерапевтические процедуры, занятия по социально-бытовой адаптации – направляем на достижение этих целей. Главным показателем успешности пребывания пациента в реабилитационном центре служит формирование новых / совершенствование имеющихся бытовых навыков. Задачи лечебной физкультуры и физиолечения вторичны по отношению к задачам социально-бытовой адаптации. Они определяются тем, чего пациенту недостает для формирования / совершенствования бытовых навыков.

Основным препятствием для восстановления бытовых навыков у пациентов с патологией спинного мозга на шейном уровне служит несформированность движений. В условиях выраженного сенсорного и моторного дефи-

цита движения проще формировать не изолированно, а в составе функциональных систем, поскольку функциональная система использует для достижения результата все имеющиеся в организме резервы независимо от того, насколько они осознаются и сознательно управляются индивидом.

Бытовые навыки формируются на основе имеющихся движений, чувствительности и включенности парализованных конечностей в схему тела. Поэтому, поставив задачу формирования бытовых навыков на занятиях по социально-бытовой адаптации, необходимо с некоторым опережением начинать формирование активных движений, неспецифической чувствительности, работать над интеграцией верхних конечностей в схему тела.

Глубина неврологической патологии контингента определяет необходимость использования технических средств в процессе формирования бытовых навыков.

Заключение. У пациента, поступившего в специализированное лечебно-профилактическое учреждение для социально-бытовой адаптации, задачи формирования / совершенствования бытовых навыков являются ведущими. Они ставятся исходя из реальных возможностей и потребностей пациента. Другие виды лечения являются вспомогательными и направлены на устранение факторов, ограничивающих формирование бытовых навыков.



ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА В СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНО-БЫТОВОЙ АДАПТАЦИИ

¹Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей – филиал
ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального
образования» Минздрава России,

²ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы
и реабилитации инвалидов» Минтруда России,
г. Новокузнецк, Россия

Социально-бытовая адаптация ставит целью формирование у пациентов навыков ухода за собой, выполнения повседневных домашних обязанностей. Сложности формирования бытовых навыков лицами с поражением спинного мозга на шейном уровне связаны со снижением или отсутствием чувствительности и активных произвольных движений в суставах верхних конечностей. Поэтому лечебная физкультура (ЛФК) является неотъемлемой частью системы социально-бытовой адаптации пациентов.

Цель работы: выбор задач, средств и методов лечебной физкультуры в зависимости от целей социально-бытовой адаптации пациентов с патологией спинного мозга на шейном уровне.

Материал и методы. Обследовано 82 инвалида I группы в позднем периоде травматической болезни спинного мозга с шейным уровнем повреждения, поступивших на курс социально-бытовой адаптации в ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России в 2018-2019 гг. При поступлении и перед выпиской пациентам проводили клиническое неврологическое обследование с определением двигательного, мануального и локомоторного баллов, экспертную оценку неспецифической чувствительности, уровня сформированности двигательных функций и социально-бытовых навыков, наблюдение за пациентами в процессе занятий ЛФК.

Пациентов, проходивших лечение в 2018 г. (52 человека, возраст от 19 до 40 лет), объединили в первую группу. При назначении занятий ЛФК этим больным исходили из имеющихся возможностей, пожеланий и состояния здоровья. Пациентов, поступивших в 2019 г.

(30 человек, возраст от 19 до 40 лет), объединили во вторую группу. При назначении занятий ЛФК этим больным исходили из необходимости восстанавливать неспецифическую чувствительность и движения, важные для формирования бытовых навыков. Таким образом, две группы различались только по цели назначения ЛФК, которая определяла средства и методы занятий.

Результаты. При первичном обследовании все пациенты предъявляли жалобы на невозможность самообслуживания, выполнения простых бытовых действий. Чувствительность в кистях отсутствовала, активные произвольные движения в суставах кистей, пальцев отсутствовали, сила мышц плечевого пояса составляла 1-2 балла, сгибателей и разгибателей локтевых суставов – 0-1 балл, активных движений в суставах кистей и пальцев не было.

Плоскостной захват был сформирован у 7 пациентов первой и 5 пациентов второй группы. Пациенты себя не обслуживали, не выполняли никаких бытовых операций.

Комплекс ЛФК у пациентов первой группы был направлен на формирование вертикальной позы, освоение шагового стереотипа, укрепление мышечного корсета, формирование опорной и локомоторной функций верхних конечностей, развитие движений кисти. На занятиях по социально-бытовой адаптации они осваивали навыки ухода за собой и выполнение бытовых функций.

У пациентов второй группы ЛФК была направлена на формирование движений, обеспечивающих выполнение тех бытовых операций, которым их обучали на занятиях по социально-бытовой адаптации. Упражнения развивали опорную и локомоторную функцию кисти



для увеличения силы мышц плечевого пояса и верхних конечностей. Больные работали с крупными предметами (мячи, надувные шары, кегли) – с целью освоения функций захвата и двуручного манипулирования, с предметами поменьше (малые мячи, шары, куски поролона, которые легко удержать в одной руке) – с целью формирования шарового и цилиндрического захвата. Работали с предметами на кистевом столике и учебно-тренировочном стенде для формирования мануальных навыков «Кухня и прихожая».

Необходимо отметить, что пациенты второй группы занимались ЛФК с большим интересом, проявляли больше настойчивости в достижении поставленных целей, чем пациенты первой группы.

Перед выпиской из реабилитационного центра у пациентов первой группы наблюдали увеличение двигательного, локомоторного и мануального баллов в среднем на 1 – 1 – 0,5 соответственно. У пациентов второй группы произошел прирост двигательного, локомоторного и мануального баллов в среднем на 1 – 0,5 – 1 соответственно, то есть по этим показателям различий между группами не появилось. Однако пациенты первой группы не овладели социально-бытовыми навыками, в то время как все пациенты второй группы овладели одним или несколькими бытовыми навыками.

Обсуждение. Достижение пациентами второй группы значимых результатов в короткие сроки госпитализации скорее всего связано с тем, что вся их двигательная активность была равномерно распределена в течение дня и на-

правлена на выполнение поставленных целей. Пациенты осваивали на занятиях ЛФК именно те движения и работали над восстановлением неспецифической чувствительности увеличением силы мышц, которые необходимы им для выполнения бытовых операций. Достигнутые на занятиях ЛФК результаты, даже самые небольшие, пациенты тут же использовали на занятиях по социально-бытовой адаптации и сразу включали освоенные функции в выполнение бытовых операций. Это делало весь процесс социально-бытовой адаптации более целенаправленным.

Заключение. В современных условиях работы реабилитационных центров, когда время пребывания пациента крайне ограничено, оно должно быть использовано с максимальной пользой. Пациент должен чему-то научиться, приехать домой с новыми бытовыми навыками. Для этого должны быть поставлены достижимые цели, и все методы восстановительного лечения, включая ЛФК, направлены на достижение этих целей.

Занятия лечебной физкультурой готовят пациента к успешному формированию бытовых навыков. Поэтому, подбирая упражнения, специалисты исходят из того, какие постуральные, мануальные или локомоторные функции должны быть сформированы в первую очередь, чтобы облегчить социально-бытовую адаптацию пациента и достигнуть целей восстановительного лечения.



КУРДЫБАЙЛО С.Ф., ПОНОМАРЕНКО Г.Н., СУСЛЯЕВ В.Г., ЕВСЕЕВ С.П.¹,
ЩЕРБИНА К.К., ВЛАДИМИРОВА О.Н., ЧЕКУШИНА Г.В.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РАЗВИТИЯ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

*ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов
им. Г.А. Альбрехта» Минтруда России,*

*¹Национальный государственный Университет физической культуры,
спорта и здоровья имени П.Ф. Лесгафта¹,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Авторами разработаны методические учебные пособия, монографии, посвященные техническим средствам реабилитации для адаптивной физической культуры (АФК) и спорта, которые представляют серию работ для широкого круга специалистов в сфере реабилитации и адаптивного спорта.

Ключевые слова: технические средства реабилитации для адаптивной физической культуры и спорта, маломобильная группа населения, учебно-методические пособия (монографии).

Государственная социальная политика поддерживает актуальную программу медицинской, социальной, профессиональной реабилитации маломобильных групп населения, совершенствования технических средств реабилитации, методик обучения их пользованию, нормативно-правового регулирования в обеспечении техническими средствами реабилитации и мониторинга оказания реабилитационных услуг. Особое значение уделяется созданию новых технических средств реабилитации для занятий адаптивным спортом и физической культурой. Совершенствование программ подготовки кадров, обучающих программ повышения квалификации врачей, специалистов адаптивной физической культуры, инструкторов имеет особое значение.

Издано учебно-методическое пособие «Адаптивная физическая культура и спорт в реабилитации и абилитации», которое содержит теоретические основы АФК и ее компоненты, основные виды адаптивного спорта. Отдельные главы посвящены содержанию и организации адаптивного физического воспитания для лиц с поражениями структур и функции организма, роли АФК и спорта в ин-

дивидуальной программе реабилитации или абилитации. Кроме того кратко представлены технические средства реабилитации для занятий АФК и спортом с отдельной главой организации доступной среды для инвалидов в организациях и учреждениях физической культуры и спорта. Данное учебно-методическое пособие иллюстрировано таблицами и схемами с классификацией категорий инвалидности, общими рекомендациями по устранению барьеров окружающей среды для инвалидов с разными формами инвалидности. Схематически представлена система показателей доступности для инвалидов объектов и услуг в сфере физической культуры и спорта.

Сотрудниками Центра подготовлены и изданы учебно-методические пособия (монографии), посвященные реабилитационной технике для занятий адаптивным спортом, обеспечивающим восстановление способности к самостоятельному передвижению, рекреации, повышению качества жизни маломобильных групп населения (монография «Технические средства реабилитации для восстановления двигательной активности»). В данной монографии содержится описание современных кресел-колясок с функцией вертикализации, с электроприводом и др. для различных видов активности, а также экзоскелеты с инновационными техническими конструкторскими решениями.

Следующее учебно-методическое пособие (монография) посвящено «Техническим средствам реабилитации для занятий адаптивной физической культурой и спортом». В нем представлены технические средства реабилитации для занятий адаптивной физической культурой, зимними и летними видами спорта

при поражении нижних конечностей; в частности кресла-коляски для участия в спортивных играх, участия в гонках, описаны конструкции ручных велосипедов и т.д.

Серию продолжает учебно-методическое пособие (монография) «Технические средства реабилитации: реабилитационное тренажерное оборудование», которое посвящено реабилитационной технике, современному тренажерному оборудованию для адаптивной физической культуры, повышению качества жизни маломобильных групп населения. В данной работе представлены аква тренажеры, роботизированное (программируемое) реабилитационное тренажерное оборудование и комплексы, тренажерные устройства, приспособления для пациентов с ампутационными дефектами конечностей и реабилитационное тренажерное оборудование для детей.

Все работы содержат классификации технических средств реабилитации, тренажерного оборудования, медицинских экзоскелетов, которые предложены авторами с учетом существующего ГОСТ Р ИСО 9999-2014. Национальный стандарт Российской Федерации «Вспомогательные средства для людей с ограничениями жизнедеятельности. Классификация и терминология» (2015). В работах учтены Международная классификация функционирования (МКФ) от 2001 г., Федеральный закон от 24.11.1995 № 181 «О социальной защите инвалидов Российской Федерации» (редакция от 2017 г.), Приказ Минтруда России от 28.12.2017 № 888н «Об утверждении перечня показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации» и другие нормативные документы.

Публикуется монография «Технические средства реабилитации для гидротерапии, водных видов адаптивного спорта, плавания и дайвинга». Данное научное издание содержит методики гидротерапии и гидрокинезотерапии, классификационные признаки для различных видов водного адаптивного спорта, адаптивной двигательной рекреации в водной среде, включая дайвинг для маломобильных групп, различное оборудование для открытых водоемов, бассейнов, обеспечивающее доступность занятий для взрослых и детей. Имеются нормативные требования к бассейнам и рекреационным зонам для пользователей кресла-колясками, содержатся варианты использования

технических средств обеспечения доступности (ТСОД) для занятий адаптивной физической культурой и спортом в водной среде.

Подготовка данных научно-методических изданий является мотивированным продолжением работы авторов Национального руководства «Реабилитация инвалидов» (под редакцией профессора Г.Н. Пономаренко, 2018), содержат материалы, не вошедшие в крупное издание. Вместе с тем монографии содержат разработанные и используемые в ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России различные эффективные методики адаптивной физической культуры, реабилитационное тренажерное оборудование, усовершенствованные приспособления, протезы и ортезы и др.

Вместе с анализом инструкций и приказов, утвержденных стандартов (например, ГОСТ Р 51260-2017 «Тренажеры реабилитационные»), современных требований к реабилитационной технике и реабилитационным мероприятиям для восстановления мобильности и повышения качества жизни инвалидов ставятся задачи обучения специалистов, а также мотивация, пропаганда ответственности за безопасность для пациентов при назначении и использовании реабилитационного оборудования, других технических средств реабилитации, для гидротерапии, водных видов адаптивной физической культуры и спорта, плавания, дайвинга.

В то же время активизация работы с инвалидами в области адаптивной физической культуры и спорта, несомненно, способствует гуманизации самого общества, изменению его отношения к этой группе населения, и тем самым имеет огромное социальное значение.

Создание серии учебно-методических пособий дает положительный мотивирующий импульс в совершенствовании методик занятий адаптивной физической культурой, в совершенствовании подготовки тренерских школ, инструкторов, новых конструкторских разработок, способствует высоким спортивным достижениям инвалидов-спортсменов, повышению качества жизни, обеспечивает эффективность реабилитации детей с нарушениями опорно-двигательной функции.

Научные издания серии «Технические средства реабилитации» являются новым образовательным продуктом для подготовки, повышения квалификации врачей по специальностям: 14.01.15 «Травматология и ортопедия»; 14.03.11 «Восстановительная медицина,

спортивная медицина, лечебная физкультура, курортология и физиотерапия», а также для студентов НГУ им. П.Ф. Лесгафта, Санкт-Петербургского Государственного электротехнического университета (ЛЭТИ), изучающих

реабилитационную технику на кафедре «Биотехнических систем», факультета среднего специального образования РАНХиГС по курсу подготовки техников-протезистов, специалистов в реабилитационной индустрии.



КУСКОВА С.П.

КОМПЛЕКСНЫЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ УСЛУГИ РЕЦИПИЕНТАМ ПЕЧЕНИ

*ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской
экспертизы и реабилитации»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Доля хирургических операций по пересадке печени в Республике Беларусь ежегодно увеличивается, техника трансплантологических вмешательств постоянно совершенствуется. В связи с этим возникает необходимость разрабатывать новые и совершенствовать традиционные подходы к медицинской реабилитации реципиентов печени.

Цель исследования – разработать комплексные реабилитационные услуги реципиентам печени.

Материал и методы. Объект исследования – реабилитационные услуги пациентам, перенесшим трансплантацию печени. Единица исследования – экспертные и медицинские документы 57 пациентов после ортотопической трансплантации печени, из них мужчин – 29 (50,9 %), женщин – 28 (49,1 %). Средний возраст оперированных $44,4 \pm 1,6$ лет.

Результаты. Согласно данным ретроспективного анализа медицинских (карта амбулаторного больного) и экспертных медицинских

(карта пациента медико-реабилитационной и экспертной комиссии) документов, результатов клинико-функционального обследования 57 пациентов выделены аспекты реабилитации: медицинский, физический, психологический, профессиональный. Медицинский, физический и психологический аспекты реабилитации используются при составлении программ медицинской реабилитации для реципиентов печени на всех этапах медицинской реабилитации (лечебно-реабилитационный, этап ранней реабилитации, амбулаторно-поликлинический).

Разработаны реабилитационные услуги в соответствии с аспектом и этапом медицинской реабилитации.

Медицинский аспект осуществляется на всех этапах реабилитации, он направлен на предупреждение и ранних, и поздних осложнений, неблагоприятных последствий после операции, восстановление физических функций и компенсаторных возможностей. Основ-



ные реабилитационные услуги: определение двигательного режима, проведение реабилитационно-экспертной диагностики нарушений функций органов и систем организма реципиентов печени, экспертиза ограничений жизнедеятельности.

Физический аспект направлен на восстановление физической работоспособности и способности реципиента справляться с физическими нагрузками в повседневной жизни и на производстве. Включает оценку реабилитационного потенциала, средства и методы лечебной физической культуры. Реабилитационные услуги – оценка переносимости физической нагрузки, определение средств и методов лечебной физической культуры, объема допустимых физических нагрузок в различные сроки после операции. Психологический аспект направлен на формирование ценностных ориентаций на восстановление личного и социального статуса пациента. Включает выявление и коррекцию психических нарушений, возникающих у реципиентов печени, оценку ценностных ориентаций, формирование положительной мотивации к выполнению реабилитационных мероприятий и врачебных рекомендаций, а также к установлению контакта не только с оперирующими врачами, но и другими специалистами. Реабилитационные услуги – психодиагностика и психотерапия мотиваций реципиента, разработка и реализация индивидуальных программ психотерапев-

тического воздействия.

Профессиональный аспект направлен на полное или частичное восстановление трудоспособности. Включает проведение экспертизы профессиональной пригодности, выдачу рекомендаций по трудоустройству в показанных условиях и объеме выполняемой работы, возможность переобучения в государственных органах занятости населения при отсутствии профессии. Реабилитационные услуги – оценка способности к трудовой деятельности по имеющимся нарушениям функций систем и органов реципиента, экспертиза профессиональной пригодности, подбор адекватной функциональным возможностям реципиента новой профессии, тренировка профессионально значимых функций пациента

Заключение. Таким образом, к комплексным реабилитационным услугам реципиентам печени относятся: экспертно-реабилитационная диагностика состояния органов и систем организма, позволяющая ранжировать выявленные нарушения по функциональным классам. Оценка реабилитационного потенциала после проведения всего объема клинико-функциональных, лабораторных и инструментальных исследований. Целенаправленные и дозированные структурно-оформленные физические упражнения, экспертиза профессиональной пригодности, заключение о способности к трудовой деятельности.



ПРОГРАММА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЛЯ РЕЦИПИЕНТОВ ПЕЧЕНИ

*ГУ «Республиканский научно-практический центр
медицинской экспертизы и реабилитации»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Трансплантация печени является эффективным и единственным методом лечения терминальной стадии диффузных и некоторых очаговых поражений печени. Самыми распространенными показаниями к пересадке печени у взрослых является цирроз печени, приводящий к некрозу клеток печени, холестатические заболевания, острая (фульминантная) печеночная недостаточность в результате вирусных гепатитов, отравления гепатотоксическим ядом и прочих причин, метаболические заболевания, в том числе врожденные, приводящие к циррозу печени. Список показаний к трансплантации печени все время расширяется, характерным становится старение популяции реципиентов, что связано с высоким уровнем медицинской помощи до операции по пересадке печени, позволяющим обеспечивать поддержание жизни пациентов, несмотря на многочисленные сопутствующие заболевания.

По мировым стандартам пациенты после трансплантации выживают в 90-98 % случаев в течение года, а 85 % из них нормально живут 25 лет (по данным ежегодника «Клиническая трансплантация», издаваемого в Лос-Анджелесе П. Тераками). Вместе с тем, при всей положительной динамике выживаемости реципиентов печени, остается большое число нерешенных задач. У части реципиентов показатели физической работоспособности и трудоспособности после перенесенной операции не повышаются. Как показывает опыт, после успешно проведенной операции по пересадке печени проводятся лечебные мероприятия по предупреждению ранних и поздних посттрансплантационных осложнений (инфекции, первичная недостаточность трансплантата, отторжение последнего). В то же время у значительной части пациентов хирургическое лечение является фактором дезадаптации, что приводит к тому, что, несмотря на мате-

риальные затраты на лечение, большинство реципиентов печени не в состоянии вернуться к полноценной жизни. Одной из главных причин этого является отсутствие единых, научно обоснованных подходов к аспектам медицинской реабилитации.

Цель исследования – разработать основные положения программы медицинской реабилитации (МР) пациентов после трансплантации печени.

Материал и методы. Объектом исследования явились 57 реципиентов печени, в их числе 29 (50,9 %) мужчин и 28 (49,1 %) женщин. Средний возраст $44,4 \pm 1,6$ лет. Городских жителей 53 (93,0 %), сельских 4 (7,0 %). Проведена экспертная оценка результатов раннего и позднего послеоперационного периода по данным медицинских карт пациентов МРЭК, выписок из истории болезни 57 реципиентов печени.

Основными заболеваниями, приведшими к необходимости трансплантации печени, явились: цирроз печени вирусной этиологии – 29 (49,1 %), цирроз печени смешанной этиологии – 10 (17,5 %), цирроз печени алиментарно-токсического генеза – 4 (7 %), первичный билиарный цирроз печени – 7 (12,4 %), гепатоцеллюлярный рак – 4 (7 %), первичный склерозирующий холангит – 1 (3,5 %), эритроцитоз с метаплазией селезенки – 2 (13,5 %). Длительность заболеваний, приведших к хирургическому лечению по пересадке печени, составила более 10 лет в 64,9 % случаев, от 3 до 10 лет – 35,1 %. Всем выполнялась ортотопическая трансплантация печени.

Результаты. Разработаны показания и противопоказания для проведения медицинской реабилитации реципиентов печени. Показанием для направления на медицинскую реабилитацию и ее проведения является состояние после ортотопической трансплантации печени и наличие реабилитационного потенциала ре-



ципиента печени. К противопоказаниям относятся острое, хроническое отторжение трансплантата, дисфункция трансплантата, тромбоз нижней поллой вены, разрыв трансплантата, стеноз желчевыводящих путей, окклюзия собственной печеночной артерии трансплантата, стриктура внутрпеченочных анастомозов желчных путей, раневые инфекции, обострение сопутствующей патологии, органные осложнения. Разработаны ключевые положения для формирования программы МР пациентов после операции по пересадке печени:

- реабилитационно-экспертная диагностика состояния пациента, соответствующая современному уровню развития диагностических технологий;

- оценка реабилитационного потенциала после проведения всего объема клинико-функциональных, лабораторных и инструментальных исследований;

- перечень реабилитационных мероприя-

тий по физической реабилитации, адекватных функциональным возможностям реципиента;

- коррекция мотивации к выполнению реабилитационных мероприятий и врачебных рекомендаций;

- разработка диетотерапии.

Заключение. Программа медицинской реабилитации реципиентов печени осуществляется на фоне иммуносупрессивной терапии на всех этапах: лечебно-реабилитационном, этапе ранней медицинской реабилитации, амбулаторно-поликлиническом. Она включает экспертно-реабилитационную диагностику функциональных возможностей пациентов, оценку реабилитационного потенциала, комплекс реабилитационных средств и методов, используемых в определенном порядке, коррекцию мотиваций к выполнению врачебных рекомендаций и программ медицинской реабилитации.



КИНЕЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ УСТАНОВКА «ЭКЗАРТА» В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ СПИННОГО МОЗГА НА ШЕЙНОМ УРОВНЕ

¹ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России,

²Новокузнецкий институт (филиал) федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кемеровский государственный университет», г. Новокузнецк, Россия

Большинство пациентов с патологией позвоночника и спинного мозга на шейном уровне имеют биомеханические и нейрофизиологические возможности для восстановления постуральных, локомоторных и некоторых мануальных функций. Однако лишь единицы реализуют эту возможность. Сочетание отсутствия произвольных движений с нарушением чувствительности во всех четырех конечностях и туловище делает задачу актуализации сохранных нейрофизиологических ресурсов весьма сложной.

Кинезиотерапевтическая установка «Экзарта» позволяет организовать занятия пациента в неустойчивом положении, агравитационных условиях, в замкнутой кинематической цепи. Мы предположили, что занятия на такой установке помогут пациентам актуализировать сохранный реабилитационный потенциал, расширить двигательные возможности и получить регресс неврологической симптоматики.

Цель исследования. Оценить эффективность занятий пациентов с патологией спинного мозга на шейном уровне на кинезиотерапевтической установке «Экзарта».

Материал и методы. Исследование проводилось на базе отделения медико-социальной реабилитации, физиотерапии и лечебной физкультуры ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России в 2012-2018 гг. Наблюдали 129 пациентов с травматической болезнью спинного мозга с повреждением на шейном уровне. Все они прошли курс из 10 занятий на кинезиотерапевтической установке «Экзарта» продолжительностью 30 минут каждое на фоне стандартного восстановительного лечения. Исследование

до и после курса лечения включало оценку неврологического статуса с определением двигательного, мануального и локомоторного баллов, нижнего сегмента с нормальной чувствительностью, наличия чувствительности в парализованных частях тела. Выраженность спастического синдрома оценивали по шкале Ашфорт, выраженность болевого синдрома – по визуальной аналоговой шкале.

Для проведения занятия пациента размещали на кинезиотерапевтической установке сначала в положении лежа на спине, затем – сидя и предлагали выполнять физические упражнения [1].

Результаты. При первичном обследовании все пациенты предъявляли жалобы на пониженное артериальное давление, наличие спастического синдрома, отсутствие или резкое снижение чувствительности, отсутствие произвольных движений; 36 (28 %) человек беспокоила боль в конечностях и/или туловище. Интенсивность болевого синдрома колебалась от 1 до 7 делений по аналоговой шкале.

У всех отмечена гипотония: систолическое артериальное давление в пределах 80-85 мм Hg, диастолическое – в пределах 65-70 мм Hg.

Глубокая чувствительность отсутствовала у 42 (33 %) пациентов. У всех обследованных в той или иной мере был выражен спастический синдром.

После курса лечения у пациентов отмечено повышение артериального давления: систолического – до 90-95 мм Hg, диастолического – до 70-75 мм Hg.

Болевой синдром уменьшился у всех обследованных, 9 (7 %) человек отметили его



полное исчезновение. Большинство пациентов показали уменьшение боли на 2 деления аналоговой шкалы. Наиболее выраженное уменьшение боли на 4, 5 и даже 7 делений отмечали пациенты, у которых исходно болевой синдром был наиболее выражен и составлял от 7 до 5 делений.

Все обследованные, судя по их отчетам, стали лучше чувствовать свое тело ниже уровня поражения, ощущать свои мышцы, научились ими управлять, стали лучше удерживать и легче изменять позу сидя, однако объективные показатели расширения двигательных возможностей зависели от исходного неврологического дефицита.

Двигательный балл увеличился у всех пациентов с неврологическим дефицитом типа D (по шкале ASIA), у половины обследованных с дефицитом типа C, у 20 % лиц с дефицитом типа B, у четверти людей с неврологическим дефицитом типа A. Локомоторный балл вырос в группе пациентов с неврологическим дефицитом типа B и C, а мануальный – у пациентов с неврологическим дефицитом типа A, B, C.

Заключение. Занятия пациентов с травмой позвоночника и спинного мозга на шейном уровне на тренажере «Экзарта» оказывают общеукрепляющее влияние на организм, что проявляется в стабилизации артериального давления на более высоких цифрах, уменьшении болевого и спастического синдромов. Об улучшении владения собственным телом свидетельствуют как результаты опроса пациентов, так и объективные данные в виде прироста локомоторного, мануального и двигательного баллов. Таким образом, занятия на тренажере «Экзарта» могут быть рекомендованы в комплексе восстановительного лечения этой категории пациентов.

Список литературы.

1. Коновалова Н.Г., Филатов Е.В., Ляховецкая В.В., Фроленко Ю.С. Опыт применения кинезиотерапевтической установки «Экзарта» в реабилитации пациентов с патологией спинного мозга на шейном уровне. // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2017. – № 16 (2). – С. 102-106.



ФОРМИРОВАНИЕ ПОСТУРАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТРЕНАЖЕРА «БАЛАНС-МАСТЕР»

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России,
г. Новокузнецк, Россия*

Патология центральной нервной системы (ЦНС) уверенно выходит на первые позиции среди инвалидизирующих заболеваний. Наиболее частыми причинами формирования тяжелой патологии ЦНС, приводящими к параличам и грубым парезам, служат инсульты, травмы головного и спинного мозга [1, 2].

Формирование постуральной регуляции у пациентов с тяжелой патологией ЦНС представляет довольно сложную задачу вследствие отсутствия чувствительности, возможности произвольного сокращения постуральной мускулатуры, наличия непроизвольной активности мышц туловища и нижних конечностей. Однако эта задача важна, поскольку возможность удерживать позу сидя открывает перспективу свободного передвижения в кресле-коляске, а без восстановления вертикальной позы – невозможно освоение ходьбы [3].

Цель исследования. Сравнить влияние занятий на тренажере «Баланс-Мастер» на формирование постуральной регуляции у пациентов с травматической болезнью спинного мозга (ТБСМ), травматической болезнью головного мозга (ТБГМ) и последствиями острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК).

Материал и методы. Исследование проведено в отделении медико-социальной реабилитации, физиотерапии и лечебной физкультуры ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России в 2014-2018 гг. Наблюдали 300 взрослых пациентов обоего пола, поступивших для восстановительного лечения. Все обследованные разделены на три группы. В первую вошли лица в отдаленном периоде ТБГМ, во вторую – в позднем восстановительном периоде ОНМК, третью группу составили пациенты в промежуточном и позднем восстановительном

периоде ТБСМ.

Пациенты получали курс из 10 занятий на тренажере «Баланс-Мастер» продолжительностью 30 минут каждое на фоне стандартного восстановительного лечения. Занятия на тренажере предусматривали выполнение упражнений в исходном положении стоя с произвольным растяжением тела вдоль вертикальной оси. Нижние конечности и таз были фиксированы. Пациентам разрешали придерживать руками только для предотвращения падения. Упражнения включали перемещение центра давления вперед, назад, вправо, влево, по диагонали с использованием биоадаптивной обратной связи через монитор компьютера и проходили в виде виртуальной игры: сбор яблок в корзину, отбивание мяча при игре в теннис или движение по заданным линиям от более простых к сложным – прямые, диагональные, по квадрату, кругу. Некоторые пациенты выполняли довольно сложные движения – повторяли очертания восьмерки.

Результаты. После курса лечения все обследованные сообщили о том, что они сидят и стоят гораздо уверенней, чем до курса лечения, легче выполняют из этих положений доступные им мануальные и локомоторные функции.

Субъективные данные нашли объективное подтверждение. Среди пациентов с последствиями ОНМК у 6 (5 %) человек увеличился двигательный балл, у 17 (14 %) – локомоторный. У всех представителей этой группы уменьшился уровень спастичности в мышцах спины и парализованной нижней конечности, что отразилось на повышении устойчивости; в 1,5-2 раза увеличилось расстояние, которое пациенты могли пройти без отдыха.

Среди пациентов с ТБГМ у 15 (26 %) человек увеличился двигательный балл, у 9 (16 %) – локомоторный.



он вырос на 2 и более. Увеличение локомоторного балла наблюдали у 13 (22 %) пациентов, причем у 9 (16 %) прирост составил 1, у 3 (5 %) – 2, у 2 (3 %) – 3 балла. Прирост мануального балла отмечен у 2 (3 %). Увеличение у одного человека составило 3, у другого – 1 балл. Спастика уменьшилась у 32 (55 %) человек, что отразилось на повышении устойчивости и свободе движений.

Среди пациентов с ТБСМ у 15 (13 %) человек увеличился двигательный балл, причем у 9 (8 %) этот показатель возрос на 2 и более. Мануальный балл увеличился лишь у одного пациента (1 %) с неврологическим дефицитом типа А, но увеличение составило 4 балла. Прирост локомоторного балла наблюдали у 8 (7 %) пациентов независимо от типа неврологического дефицита, причем 3 (3 %) повысили его на 2. Таких результатов добились пациенты с неврологическим дефицитом типа А, В и D. У 8 (7 %) человек снизился уровень спастичности в мышцах бедер на 1 балл по шкале Ашфорт, что сыграло свою роль в повышении устойчивости и обеспечении свободы движений.

Заключение. Занятия на тренажере «Баланс-Мастер» положительно повлияли на формирование постуральной регуляции у всех групп пациентов. Пациенты освоили сидение в кресле-коляске без дополнительной опоры спиной и руками о спинку и подлокотники

кресла, это дало им возможность использовать руки для выполнения мануальных функций и маневров при передвижении. Все обследованные стали более уверенно удерживать вертикальную позу, у части из них увеличились двигательный и локомоторный баллы, уменьшилась выраженность спастического синдрома.

Наиболее отчетливую положительную динамику показали пациенты с ТБГМ. Обследованные с ТБСМ добились меньших успехов, у пациентов с ОНМК результаты еще менее значимые.

Список литературы.

1. Жаворонкова Л.А. Интегрирующая роль восстановления произвольного позного контроля при реабилитации больных с черепно-мозговой травмой / Л.А. Жаворонкова, А.В. Жарикова, О.А. Максакова // Журнал высшей нервной деятельности, 2011. – Т. 61, № 1. – С. 24-34.
2. Ревегук Е.А. Распространенность ОНМК среди лиц молодого возраста / Е.А. Ревегук, С.М. Карпов // Успехи современного естествознания, 2012. – № 5. – С. 61-62.
3. Коновалова Н.Г. Восстановление вертикальной позы инвалидов с нижней параплегией. – Новокузнецк: Полиграфист, 2006. – 199 с.





ЛЯХОВЕЦКАЯ В.В., КОНОВАЛОВА Н.Г., ДРОБЫШЕВА Е.Г.

ДИАГНОСТИКА СФОРМИРОВАННОСТИ БЫТОВЫХ НАВЫКОВ ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА НА ШЕЙНОМ УРОВНЕ

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России,
г. Новокузнецк, Россия*

Пациенты с патологией позвоночника и спинного мозга на шейном уровне, тетраплегией, грубым тетрапарезом имеют ограниченный спектр активных произвольных движений, что делает их совершенно беспомощными и выдвигает задачу формирования простейших бытовых навыков в число первоочередных. Умение использовать минимальные движения для самообслуживания, выполнения домашней работы вносит элемент разнообразия и независимости в жизнь пациента, частично освобождает ухаживающих. Учитывая выраженный моторный и сенсорный дефицит, ожидать полного восстановления мануальных функций, характерных для здорового человека, не приходится. В этих условиях трудно переоценить умение замечать и использовать в быту минимальные двигательные возможности и сформированные на их основе прикладные навыки.

Цель. Обосновать диагностический комплекс для оценки сформированности бытовых навыков у пациентов с патологией позвоночника и спинного мозга на шейном уровне.

Результаты. Входная диагностика необходима для оценки имеющегося реабилитационного потенциала, который включает двигательные возможности, бытовые навыки и мотивацию пациента к расширению своих возможностей, обретению самостоятельности.

Для планирования работы по восстановлению или формированию новых двигательных стереотипов, овладения бытовыми и трудовыми навыками, необходимо знать, какие сенсорные и моторные возможности у пациента остались и могут служить фундаментом для социально-бытовой адаптации. Поэтому при построении программ реабилитации важна не столько диагностика утраты, сколько диагностика сохранности – инвентаризация имеюще-

гося реабилитационного потенциала применительно к тем функциям, которые планируется восстанавливать.

Бытовые умения базируются на двигательных возможностях пациентов, но далеко не всегда определяются ими. С одной стороны, наличие активных движений в суставах конечностей, возможность поддерживать положение сидя открывает большие возможности для освоения бытовых навыков. С другой – некоторые пациенты способны сами себя обслуживать при наличии минимальных активных движений и выраженном сенсорном дефиците; другие же, имея гораздо большие сенсорные и моторные возможности, остаются совершенно беспомощными. Поэтому важно отдельно обследовать сформированность двигательных функций, сенсорики и бытовых навыков.

Диагностика двигательных функций включает VLT тест для оценки функций верхних конечностей у больных с тетраплегией. Знание объема пассивных и активных движений, соотношенного с минимумом, необходимым для формирования бытовых навыков, позволяет сформулировать первоочередные задачи занятий ЛФК и физиотерапии для устранения лимитирующих факторов.

При определении сформированности бытовых навыков использовали подход, предложенный Л.Д. Потехиным [1], с разделением частей тела на специфические – специально приспособленные для выполнения функции, неспецифические – создающие условия для работы специфических, и резервные – в норме не участвующие в выполнении функции. В общих чертах для реализации бытовых навыков специфическим компонентом являются руки, неспецифическим – туловище и плечевой пояс, резервным у нашего контингента может быть только голова. Применительно к от-



дельным мануальным функциям, требующим пальцевого схвата, таким как манипуляции столовыми приборами, уход за полостью рта, специфическим компонентом являются пальцы, неспецифическим – кисти.

Сформированность бытовых навыков оценивали в баллах – от 0 до 4. Пользовались следующими критериями:

- 0 – навык не сформирован;
- 1 – пользуется специальным оборудованием, основной вклад в выполнение функции вносит резервный компонент, неспецифический участвует, специфический не принимает участия в выполнении функции;
- 2 – пользуется специальным оборудованием, основной вклад вносит неспецифический компонент с участием резервного и минимальным участием специфического;
- 3 – пользуется специальным оборудованием, основной вклад вносят неспецифический и специфический компоненты, участие резервного минимальное;
- 4 – не пользуется специальным оборудованием, основной вклад вносит специфический компонент при участии неспецифического.

Из практических соображений мы разделили диагностику сформированности бытовых навыков каждой направленности (зоны) на

навыки удержания и манипулирования. Такой подход позволяет определиться с очередностью формирования бытовых навыков.

По результатам входной диагностики получаем полную характеристику сенсорных, моторных возможностей пациента, список факторов, лимитирующих формирование тех или иных бытовых навыков. Исходя из полученных данных, ставим цель – формирование бытовых навыков, определяем задачи, для достижения которых будут использованы средства физической культуры, физиотерапевтического лечения и занятия по социально-бытовой адаптации.

Повторная диагностика проводится перед выпиской, позволяет качественно и количественно оценить достигнутый результат в плане формирования движений, чувствительности и бытовых навыков пациента.

Список литературы.

1. Потехин Л.Д. Кинезитерапия больных со спинальной параплегией: учебное пособие для врачей, методистов и инструкторов лечебной физкультуры, врачей-физиотерапевтов. Отв. редактор К.Б. Петров. – Новокузнецк, 2001. – 55 с.



СОЦИАЛЬНО-БЫТОВАЯ АДАПТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ СПИННОГО МОЗГА НА ШЕЙНОМ УРОВНЕ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА РЕАБИЛИТАЦИИ

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной
экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России,
г. Новокузнецк, Россия*

Социально-бытовая адаптация ставит задачу адаптировать пациента к жизни дома, обеспечить его относительную независимость в быту. Она служит конечной целью процесса реабилитации пациентов с поражением спинного мозга на шейном уровне, грубым тетрапарезом, тетраплегией.

В то же время, патология позвоночника и спинного мозга не ограничивается лишь нарушением бытовой адаптации. Пациенты имеют соматические проблемы, грубые нарушения моторики и сенсорики. Нарушенная регуляция работы многих органов и систем организма, крайне ограниченные двигательные возможности, узкий круг общения, отсутствие быстрой положительной динамики в соматическом и двигательном статусе, наличие стойких болевого и спастического синдромов не вселяют оптимизма. Поэтому при осмотре пациента перед каждым специалистом стоит вопрос: на какую патологию будет направлено лечение в данный период.

Цель работы. Анализ эффективности социально-бытовой адаптации пациентов с патологией позвоночника и спинного мозга на шейном уровне в зависимости от направленности восстановительного лечения.

Материал и методы. Обследовано 183 инвалида 1 группы в позднем и промежуточном периодах травматической болезни спинного мозга с шейным уровнем повреждения, поступивших на курс социально-бытовой адаптации в ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России в 2016-2019 гг.

При поступлении и перед выпиской пациентам проводили экспертную оценку сформированности следующих социально-бытовых навыков в баллах: прием пищи, приготовление пищи, пользование бытовыми приборами, личная гигиена, одевание верхней и нижней

частей тела, обувание, уборка помещения. Невозможность выполнить функцию оценивали, как 4 балла, выполнение с посторонней помощью – 3, с использованием технических средств – 2, самостоятельно – 1. То есть, чем ниже балл, тем легче пациент справляется с заданиями.

При обработке результатов учитывали суммарный балл для каждого пациента при поступлении и перед выпиской, подсчитывали средний балл для группы. По уменьшению среднего балла группы судили об успешности социально-бытовой адаптации.

Пациентов, проходивших лечение в 2016-2018 гг. (153 человека, возраст от 19 до 52 лет), объединили в первую группу. Назначение ЛФК и физиолечения этим пациентам специалисты делали независимо друг от друга. Больных, поступивших в 2019 г. (30 человек, возраст – 21-52 года), объединили во вторую группу. Им назначали лечебную физкультуру и физиолечение, исходя из задач социально-бытовой адаптации, стоящих перед пациентом в это поступление. Таким образом, две группы имели единственное различие по подходам к назначению восстановительного лечения, что определяло точки его приложения и методы.

Физиолечение пациентов первой группы было нацелено на улучшение функции внутренних органов. Лечебная гимнастика направлена на формирование поструральной активности, освоение локомоций, укрепление мышечного корсета и развитие движений кисти. На занятиях по социально-бытовой адаптации пациенты осваивали навыки ухода за собой и выполнение бытовых функций с использованием остаточных моторных и сенсорных возможностей, вспомогательных средств.

Пациенты второй группы получали физиолечение, направленное на устранение

Таблица – Динамика формирования социально-бытовых навыков пациентами первой и второй групп (суммарный балл)

Навык	Пациенты первой группы		Пациенты второй группы	
	До курса	После курса	До курса	После курса
Прием пищи	54	41	55	38
Приготовление пищи	98	65	98	52
Пользование бытовыми приборами	95	73	90	57
Личная гигиена	69	61	74	52
Уборка помещения	85	76	98	75
Одевание	72	60	83	64

факторов, лимитирующих процесс социально-бытовой адаптации, стимуляцию реабилитационного потенциала. На занятиях лечебной физкультуры пациенты формировали движения, необходимые для выполнения тех бытовых операций, которым их обучали на занятиях по социально-бытовой адаптации.

Занятия по социально-бытовой адаптации в обеих группах включали обучение самостоятельному приему пищи: пользованию столовыми приборами, захвату и перемещению продуктов (имитирующих предметов) от поверхности стола в рот. Пациенты осваивали отдельные операции по приготовлению пищи: чистка, нарезка овощей и фруктов с использованием вспомогательных средств, учились пользоваться бытовыми приборами. Если возможности пациента позволяли – им помогали формировать навыки личной гигиены, осваивать одевание верхней и нижней частей тела, обувание и уборку жилого помещения.

Результаты. При первичном обследовании у пациентов не были сформированы навыки самообслуживания. Моторные и сенсорные возможности были крайне ограничены: чувствительность, активные произвольные движения в суставах кистей, пальцев отсутствовали. Сила мышц плечевого пояса составляла 1-2 балла, сгибателей и разгибателей локтевых суставов – 0-1 балл, мышц предплечья и кисти – 0 баллов. Плоскостной захват за счет использования масс-инерционных сил и ак-

тивных движений в проксимальных суставах конечностей был сформирован у 98 (64 %) пациентов первой и 27 (90 %) пациентов второй группы. Динамика формирования социально-бытовых навыков пациентов обеих групп за время пребывания в реабилитационном центре приведена в таблице.

Обсуждение. На наш взгляд успешное формирование у пациентов второй группы социально-бытовых навыков связано с тем, что весь комплекс процедур восстановительного лечения был направлен на достижение целей социально-бытовой адаптации. Факторы, препятствующие формированию нужных движений, своевременно устранялись. Движения, необходимые для формирования того или иного бытового навыка, отрабатывались несколько раз в течение дня на различных занятиях ЛФК и закреплялись на занятиях по социально-бытовой адаптации. Пациентов и ухаживающих настойчиво просили использовать эти возможности сразу, во время пребывания в реабилитационном центре. Таким образом, формирование навыков шло в течение всего дня на занятиях (трех-четырёх) и в свободное время.

Заключение. В современных условиях работы, когда пребывание пациента в реабилитационном центре ограничено тремя неделями, оправдана постановка четких задач социально-бытовой адаптации и направленность всех видов лечения на их решение.



ОПЫТ АМБУЛАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ ФУНКЦИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

*ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет»
Минздрава России,
ФБУН «Новосибирский НИИ гигиены» Роспотребнадзора,
ГБУЗ НО «Государственный Новосибирский областной клинический госпиталь
ветеранов войн», г. Новосибирск, Россия*

Введение. Травмы и заболевания опорно-двигательного аппарата стоят на третьем месте среди причин инвалидизации населения Российской Федерации после сосудистых и онкологических заболеваний. Лечение и реабилитация больных травматологического профиля с применением высоких медицинских технологий является одной из основных расходных статей в бюджетах субъектов РФ. Наиболее сложным и нерешённым остается вопрос реабилитации пациентов с травмой позвоночника. Данную категорию составляют преимущественно лица трудоспособного возраста до 48 лет. Своевременно организованная комплексная реабилитация способствует возвращению к труду и привычному образу жизни более 25 % пациентов и существенно улучшает качество жизни больных, получивших группу инвалидности.

Цель исследования. Оценка эффективности реабилитационных мероприятий у пациентов, перенесших неосложненную травму позвоночника, в условиях дневного стационара Государственного Новосибирского областного клинического госпиталя ветеранов войн.

Материал и методы. Оценка эффективности реабилитационных мероприятий проводилась у 32 пациентов с последствиями травм позвоночника (основная группа). Средний возраст больных составил $59,1 \pm 3,6$ лет, длительность лечения – в среднем $19,5 \pm 0,7$ дней.

При поступлении в отделение реабилитации дневного стационара пациентам проводился осмотр мультидисциплинарной бригадой (МДБ) в составе врача-ортопеда-травматолога,

врача-физиотерапевта, врача ЛФК, инструктора ЛФК, старшей медсестры физиотерапевтического отделения; данные заносились в протокол осмотра с заполнением шкалы ВАШ, шкалы качества жизни, шкалы реабилитационной маршрутизации (ШРМ). В соответствии с протоколом пациентам основной группы назначалась дифференцированная комплексная программа реабилитации, включающая кинезиотерапию (ЛФК, массаж, тренировки на стабиллоплатформе), физиотерапию (переменное магнитное поле, низкоинтенсивное лазерное излучение, синусоидальные модулированные токи, электрофорез с лекарственными препаратами, сухие углекислые ванны), медикаментозную терапию по показаниям.

Контрольную группу составили 26 пациентов аналогичного половозрастного состава с последствиями травм позвоночника. Пациентам данной группы не проводилась комплексная реабилитация, а назначалось курсовое физиотерапевтическое лечение.

Результаты. В динамике лечения на 10-12 день наблюдалось существенное снижение выраженности болевого синдрома с 3,8 баллов до 1,2. У пациентов наблюдалось улучшение физических, психических и социальных аспектов качества жизни. В 84 % случаев по завершении курса лечения у пациентов констатировалось 2 балла по шкале ШРМ (в начале наблюдения – 3 балла), что свидетельствует о значительном улучшении и полном восстановлении функций. В течение 6 месяцев наблюдения сохранялась положительная динамика.

В группе сравнения улучшение наступало в



58 % случаев. Причем в 39 % случаев через 3 месяца требовались повторные курсы физиолечения.

Выводы. Таким образом, мультидисциплинарный подход позволил добиться в основной группе пациентов в более короткие сроки

существенного клинического улучшения и восстановления функций в сравнении с пациентами контрольной группы, получавшими курсовое лечение.



ПЕТРОВ К.Б., ИВОНИНА Н.А.

ПРИЁМЫ КИНЕЗИТЕРАПИИ ДЛЯ АКТИВАЦИИ ПАРЕТИЧНЫХ МЫШЦ

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей – филиала
ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального
образования» Минздрава России,
г. Новокузнецк, Россия*

Впервые эффект рефлекторного облегчения двигательной активности паретичных конечностей был применён в методе австралийской медсестры Е. Кенни (Робэнеску Н., 1972). С этой целью автор рекомендовала соблюдать следующие требования:

1) Создать условия для работы мышцы в зоне их оптимальной длины. При этом все скелетные мышцы подразделяются на две категории. Первая категория – это мышцы, диапазон оптимального функционирования которых меньше их исходной длины в покое. Произвольное движение в них легче инициировать при некотором сближении точек их прикрепления. Вторая категория – мышцы, развивающие наибольшее усилие при их исходной длине выше или равной длине покоя. Их активация производится на фоне некоторого растяжения.

2) Для инициации изолированного сокращения мышцы полезно применять различные

методы активации миостатического рефлекса в ней (натяжение, потряхивание, поколачивание, повторное надавливание на двигательные точки).

3) Устранение противодействия антагонистов. Паретичной мышце значительную часть своих усилий приходится тратить на преодоление противодействия соседних мышц, тонус которых за счёт «контрактуры антагонистов» или спастичности зачастую повышен. Для элиминации этого дополнительного сопротивления рекомендуется предварительная релаксация антагониста путём его растяжения, массажа или введения ботулотоксина.

К сожалению, метод сестры Кенни нельзя использовать при полном параличе, поэтому с начала 50-х годов XX столетия в кинезитерапию начинает энергично внедряться «метод проприоцептивного нервно-мышечного облегчения», разработанный американским реа-



билитологом Германом Кэботом (Епифанов В.А., 2014). Для активации парализованных мышц конечностей он предложил такую организацию доступной больному произвольной двигательной деятельности, чтобы более слабые дистально расположенные мышцы активировались через иррадиацию возбуждения от менее пострадавшей проксимальной мускулатуры.

Например, для стимуляции сгибания в суставах руки рекомендуются упражнения, при которых пронированная, разогнутая и поднятая над головой рука движется по диагонали до противоположного бедра, как бы беря какой-нибудь предмет, находящийся над головой, чтобы спрятать его в противоположный карман брюк. Если при этом инструктор оказывает сопротивление плечу, будет тренироваться сгибание предплечья в локтевом суставе, если предплечью – сгибание кисти в лучезапястном суставе и т. д.

Затем из вышеописанного конечного положения верхняя конечность возвращается в начальную позицию, выполняя разгибание пальцев, кисти и пронированного предплечья, а также отведение и разгибание плеча. При этом для разгибания нижележащего сегмента конечности противодействие прикладывается к вышележащему.

Стимуляция сгибания ноги инициируется из исходного положения разгибания, отведения и наружной ротации. Производится сгибание, приведение и внутренняя ротация бедра, а также сгибание голени. Отягощение прикладывается к сегменту конечности или мышце, расположенной проксимальнее тренируемой. Напротив, разгибание, отведение и наружная ротация бедра, а также разгибание голени облегчается из исходного сгибания, приведения и внутренней ротации нижней конечности.

В дальнейшем идеи Г. Кэбота получили развитие в «методике центрального облегчения» шведки Сигне Бруннштрём (Brunnstrom S., 2012), рефлекторной основой которой служат такие автоматизмы, как симметричный шейный тонический рефлекс (активным сопротивлением сгибанию головы и здоровой

верхней конечности добиваются сгибания предплечья парализованной руки); асимметричный шейный тонический рефлекс (поворот головы против внешнего сопротивления в сторону гемипареза облегчает разгибание верхней и нижней конечности); лабиринтный тонический рефлекс (разгибание головы лёжа на спине облегчает разгибательно-отводящие движения конечностей в сочетании с их наружной ротацией); тонический поясничный рефлекс (вращение тазового пояса инициирует одноимённый поворот плечевого пояса, при этом нога на стороне поворота разгибается, а рука – сгибается); тонический пальцевый рефлекс (супинация предплечья облегчает разгибание и разведение пальцев, а пронация – их сгибание и сведение).

Для облегчения сгибания руки больной производит приведение и наружную ротацию плеча, флексию предплечья до острого угла и его супинацию, сгибание пальцев. При этом инструктор пытается препятствовать сгибанию и приведению плеча. Разгибанию верхней конечности способствуют сгибание, приведение и внутренняя ротация плеча, разгибание и пронация предплечья, сгибание пальцев. Движение напоминает прямой удар боксёра. Инструктор оказывает сопротивление сгибанию и внутренней ротации плеча.

В ряде случаев для инициации произвольной активности используются некоторые хорошо выраженные на фоне спастичности координаторные синкинезии, например, приём Раймиста: сопротивление, оказываемое произвольному приведению здоровой ноги, вызывает непроизвольное приведение парализованной нижней конечности.

Среди специалистов по ЛФК бытует мнение, что «эксплуатация» так называемых патологических рефлексов вредит больному, однако, по мнению Сигне Бруннштрём, в нейрореабилитации далеко не всегда можно добиться возвращения к норме, чаще всего перед кинезитерапевтом ставится задача не столько восстановить, сколько улучшить оставшийся потенциал. Использование патологических рефлексов в данном случае вполне оправдано.



РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ИНСУЛЬТОМ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

*ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования
врачей-экспертов» Минтруда России,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Введение. Большая территориальная протяженность нашего государства, разнородность географических, экологических и этнических факторов определяют специфику цереброваскулярной патологии в России. В.И. Скворцова и И.А. Платонова указывали на увеличение частоты цереброваскулярных заболеваний и инсульта в направлении с запада на восток, а также на влияние фактора урбанизации на эпидемиологические показатели.

Материал и методы. Нами проанализированы особенности церебральных инсультов (ЦИ) у жителей сельских районов, проживающих в Республике Дагестан (РД). Использованы как общедоступные республиканские показатели заболеваемости, смертности от инсульта в Республике, так и клинические сопоставления двух групп больных по 107 человек, перенесших ЦИ в 2015-2017 гг., проживающих в сельской и городской местностях Дагестана.

Результаты. Проведенный анализ показал более высокие показатели заболеваемости среди мужчин по сравнению с женщинами (2,65 случаев против 2,24 на 1000 человек соответственно). Были обнаружены значительные отличия заболеваемости в зависимости от экологической зоны в пределах сельской местности. Наименьшая заболеваемость была зарегистрирована в горной местности (2,22 случая на 1000 человек), причём на равнине и в предгорье (соответственно 2,65 и 2,78 случая на 1000 человек) она была значительно выше, что, вероятнее всего, связано с экологической ситуацией в регионах РД в настоящее время. Артериальная гипертензия как этиологический фактор ишемического инсульта часто встречается среди жителей, проживающих в сельской местности, по сравнению с городскими ($p < 0,01$). Фибрилляция предсердий как причина

инсульта превалировала среди городских жителей РД при высоком уровне достоверности ($p < 0,001$). Из 214 больных с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) в РД 95,3 % были госпитализированы в остром периоде, причем 75,2 % из них – в пределах «терапевтического окна». Церебральные и экстрацеребральные осложнения в остром периоде инсульта по ряду показателей значительно чаще определялись среди жителей сельских районов ($p < 0,001$). Наиболее часто у больных с ЦИ в РД страдают статодинамические функции с двигательными нарушениями различной выраженности – 180 (84,1 %) больных; координаторными – 54 (25,2 %) больных и экстрапиримидными нарушениями – 8 (3,7 %) больных без значительных различий между группой из городских и сельских жителей. Астенический синдром выявлен в подостром периоде у 64 больных после ЦИ, проживающих в сельской местности, и 34 человек, проживающих в городах ($p < 0,01$). Органические изменения психики, не достигающие крайне тяжёлой степени, выявлены у 136 больных после ЦИ без достаточной статистической значимости среди городских и сельских жителей.

Нарушение функций после перенесенного ЦИ у больных привело к ограничениям жизнедеятельности разной степени выраженности по категориям к передвижению и трудовой деятельности (у всех 214 больных), к самообслуживанию (182 больных), к общению и обучению (158 больных), к ориентации (28 больных) без существенных различий между городскими и сельскими жителями.

Ограничение способности контролировать своё поведение выявлено у 194 (90,7 %) инвалидов с превалированием по этому показателю среди сельских жителей ($p < 0,001$), а также выраженная степень ограничения к самообс-



луживанию: выявлена всего в 62 случаях (39 сельских жителей и 23 городских, $p < 0,01$).

Нарушенные функции при ограничениях жизнедеятельности послужили основанием (наряду с необходимостью социальной защиты) для признания указанных больных после ЦИ инвалидами первой группы – 100 человек, второй – 88 и третьей группы – 26 человек. Несмотря на заполнение для всех освидетельствованных индивидуальной программы реабилитации выполнение её в последующем было крайне низким. Лишь некоторые разделы, преимущественно её медицинской части, выполнялись в ограниченном объёме в основном у инвалидов, проживающих в городской местности. Так, при динамическом освидетельствовании 88 инвалидов второй и третьей групп выявлено, что только у 15 из них (преимущественно городских жителей) отмечена частичная реабилитация, а у 4 отмечалось утя-

желение инвалидности.

Инвалиды вследствие ЦИ в РД нуждаются практически во всех разделах реабилитации, которая включена в индивидуальную программу реабилитации (медицинская, социальная, психологическая).

Заключение. В настоящее время в Республике Дагестан созданы условия для функционирования медицинского раздела реабилитации (преимущественно в городских условиях) и частично социального – на всей территории Республики. Только повсеместное внедрение и расширение всех принципов реабилитации при условии межведомственного взаимодействия будет способствовать не только восстановлению нарушенных функций после перенесенного ЦИ жителей сельских и городских районов РД, но и вернёт часть трудоспособного населения к активному труду.



МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ И ЕЁ РОЛЬ В ОЦЕНКЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ СТАТОДИНАМИЧЕСКИХ И ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ

*ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования
врачей-экспертов» Минтруда России,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Введение. Нарушения статодинамических и психических (когнитивных) функций организма являются самыми частыми причинами, ограничивающими жизнедеятельность больных даже после многих методов лечения и реабилитации на современном этапе развития медицинской науки. В настоящих классификациях и критериях, которые используются при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы с 2016 года, статодинамическим и психическим нарушениям придается большое значение. В свою очередь, применяемые классификации и критерии разработаны с учётом основных положений Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). Международная классификация функционирования ушла от классификации «последствий болезни», чтобы стать классификацией «составляющих здоровья». Это очень важно, так как «составляющие здоровья» определяют, из чего оно состоит, в то время как «последствия» заостряют внимание на тех влияниях, которые могут оказывать заболевания и другие изменения здоровья на конечный результат. Международная классификация функционирования принадлежит к международным классификациям, разработанным Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ) для обеспечения общих правил кодирования широкого круга информации, связанной со здоровьем. Данные классификации, используя стандартизованный общий язык, позволяют специалистам общаться по проблемам, связанным со здоровьем и здравоохранением во всём мире, в различных дисциплинах и отраслях науки. В международных классификациях ВОЗ изменения здоровья изначально классифицированы в

Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), которая определяет их этиологическую структуру. В МКБ-10 заболевания, расстройства или другие изменения здоровья находят своё отражение в диагнозе. В МКФ классифицируются функционирование и ограничение жизнедеятельности, связанные с изменением здоровья. Следовательно, МКБ-10 и МКФ не являются конкурентами, а дополняют друг друга. МКФ – многоцелевая классификация, разработанная для использования в различных дисциплинах и областях научной и практической деятельности. Всеобъемлющая цель МКФ – обеспечить унифицированным стандартным языком описание показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем. Выступая в качестве классификации здоровья и всех обстоятельств, связанных со здоровьем, МКФ может применяться в следующих сферах и областях общественной жизни: здравоохранении, социальной защите, страховании, трудоустройстве, образовании, экономике, социальной политике, законодательстве, гигиене и т.п.

Материал и методы. В стационарных условиях с применением необходимых дополнительных методов в динамике обследовано более 900 больных трудоспособного возраста, перенесших различные острые неврологические и иные заболевания (в том числе и оперативное лечение по поводу нейрохирургической патологии и травм головного мозга).

Результаты. У 86 % из обследованных больных имелись различной степени выраженности статодинамические или психические (когнитивные) нарушения, приводящие к ограничению жизнедеятельности различных категорий и различной степени выраженности. Именно эти нарушения и ограничения жизнедеятельности при необходимости социальной



защиты послужили основанием для признания данных больных инвалидами той или иной группы.

Заключение. Начиная с 2001 года, ВОЗ рекомендует для выбора реабилитационной стратегии использовать МКФ. Диагноз, закодированный по МКФ, позволяет составлять индивидуальную программу маршрутизации и восстановительных мероприятий. Показатели когнитивной сферы занимают существенное место в структуре МКФ. Главенство оценки этих параметров объясняется тем, что успех физической реабилитации и восстановление мобильности человека во многом зависит именно от наличия и степени выраженности когнитивных нарушений. В течение нынешне-

го года идёт доработка количественной оценки классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан в Российской Федерации. Планируется более широкое внедрение принципов, заложенных в МКФ, в данные классификации и критерии. Использование критериев на основе МКФ позволит многим специалистам правильно ориентироваться в объёмах необходимой медицинской и, особенно, реабилитационной помощи для этих больных, качественно формулировать представление о реабилитационном прогнозе и увеличить процент реабилитированных больных и инвалидов, в частности, со статодинамическими и когнитивными нарушениями.



РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТЕОПОРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА КАК МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА

*ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования
врачей-экспертов» Минтруда России,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Введение. Среди множества проявлений остеопороза позвоночника болевой синдром в области спины занимает особое место как междисциплинарная проблема. В клинической картине целого ряда заболеваний может наблюдаться боль подобной локализации. Остеопорозу в последние годы в экономически развитых странах придается большое значение.

Материал и методы. Обследовано 452 больных с подтверждённым (в том числе с помощью нейровизуализации и денситометрии) остеопорозом позвоночника. Из них 186 – с первичной оценкой жалоб на частую боль в спине лечащими врачами (до целенаправленного обследования) как следствие остеохондроза позвоночника. В данной группе было 165 женщин и 21 мужчина в возрасте от 35 до 87 лет (превалировали лица в возрасте старше 60 лет – 167 человек).

Результаты. У подавляющего большинства обследованных больных первое появление болей в спине, ограничивающих жизнедеятельность на какой-то промежуток времени, отмечено в пожилом возрасте. У 161 из них болевой синдром имел характер тяжести, ломоты и т.п. 106 человек четко связывали усиление болей в спине с дебютом климакса или менопаузы. 126 больных характеризовали боли в спине как двусторонние, без четкого превалирования болевых ощущений с какой-то стороны. При пальпаторном исследовании мышц спины и конечностей практически всегда определялись болезненное напряжение мышц, мышечные тяжи, наличие в спазмированных мышцах участков ещё более болезненных мышечных уплотнений. Не всем пациентам с хроническими болями в спине удаётся быстро поставить правильный диагноз и назначить адекватное лечение. Это связано не только со сложностью самой проблемы, но и подчас с незнанием вра-

чами наиболее часто встречающихся причин этого страдания. В настоящее время в общемедицинской врачебной практике существует гипердиагностика остеохондроза позвоночника и его осложнения радикулопатии как основной причины болевого синдрома. Подавляющему большинству пациентов с болями в спине выставляется быстро именно этот диагноз. По результатам нашего исследования и данным литературы, значительно чаще встречается боль в спине неспецифической, мышечно-скелетной природы без признаков вовлечения в патологический процесс корешка. В наших наблюдениях при развитии дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника с остеопорозом возникало возбуждение рецепторов периоста тел позвонков. Импульсация по синувентрально-спинным нервам приводила к возбуждению сегментарного аппарата спинного мозга, в том числе двигательных клеток, посылающих свои импульсы к мышцам соответствующего миотома. Вследствие этого появляется тоническое напряжение мышц этого миотома, что можно определить при пальпации мышцы или проведении миотонометрии. При длительном напряжении мышц спины постепенно изменяются физиологические изгибы позвоночника: усиливаются или уплотняются лордозы (101 наблюдение) и кифоз (31 наблюдение) позвоночника, присоединяется сколиоз (92 больных). В спазмированной мышце нарушается микроциркуляция в отдельных её участках, формируются участки уплотнений – так называемые миофасциальные триггерные зоны, болезненные при глубокой пальпации и вызывающие отражённые боли в зонах Захарьина-Геда. У 8 больных выявлены компрессионно-ишемические невропатии по типу туннельного синдрома. У всех обследованных пациентов болезненные уплотнения обнаруживались в трапецевидных, длинных мышцах



спины, больших и малых грудных мышцах, квадратной мышце поясницы и других более глубоких мелких мышцах позвоночника. Данные мышечной тонометрии, проведенной 190 больным, позволяют нам считать, что ирритативно-рефлекторно-мышечные синдромы – это первая фаза (стадия) неврологических проявлений остеопороза позвоночника. В течение 3-7 лет обследованные нами больные получали лишь терапию, направленную на купирование болевых ощущений при остеохондрозе позвоночника с неврологическими осложнениями. Данное лечение приводило к кратковременному положительному эффекту. Включение в курс медицинской реабилитации (после подтверждения наличия остеопороза позвоночника как ведущей причины страда-

ния) специфических антиостеопоротических средств позволило удлинить сроки хорошего и удовлетворительного самочувствия данных пациентов и наметить пути целенаправленной реабилитации в дальнейшем.

Заключение. В ближайшее время врачи многих специальностей всё чаще будут сталкиваться с проблемой остеопороза (в том числе и позвоночника), что требует изучения данной проблемы широким кругом специалистов. Такие больные обращаются ко многим специалистам в медицине; им необходимо проводить тщательную дифференциальную диагностику имеющихся проявлений поражения периферической нервной системы с проведением соответствующих реабилитационных мероприятий в течение длительного времени.



АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы
и реабилитации инвалидов» Минтруда России,
г. Новокузнецк, Россия*

Цель. Оценить эффективность предшествующего контроля дислипидемии с использованием статинов у пациентов с ишемической болезнью сердца, поступивших в стационар.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе отделения сосудистой хирургии ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России. В исследование были включены 78 пациентов в возрасте 60-75 лет (42 – мужчины, 36 – женщины) с установленным диагнозом: Ишемическая болезнь сердца (ИБС); стенокардия, функциональный класс (ФК) 2. Из них 36 пациентов с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС). Давность ИБС у всех пациентов, включенных в исследование, составляла более 1 года. Анализировались уровень общего холестерина и холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) при поступлении, а также данные анамнеза использования, с целью вторичной профилактики и лечения ИБС, статинов на амбулаторном этапе до поступления в стационар. Уточняли длительность и постоянство применения статинов, рекомендованную дозу препарата на амбулаторном этапе, частоту контроля эффективности лечения.

Результаты. При поступлении в отделение сосудистой хирургии только у 21 (36 %) пациента содержание ХС ЛПНП в плазме крови соответствовало целевому уровню этого показателя для пациентов категории очень высокого сердечно-сосудистого риска. Средний уровень ХС ЛПНП в группе наблюдения составил 4,2 ммоль/л. На амбулаторном этапе всем пациентам была дана рекомендация по длительной терапии статинами. При этом четкое следование рекомендациям врача по исполь-

зованию лекарственного препарата отмечали только 36 (43 %) пациентов, остальные на амбулаторном этапе статин не принимали вовсе или отменили препарат после короткого курса приема самостоятельно. Все пациенты, принимавшие статин, отмечали хорошую его переносимость.

Из 36 пациентов, постоянно использующих статин, 26 был рекомендован аторвастатин и 10 – розувастатин. При этом у 16 пациентов были использованы длительно стартовые дозы аторвастатина (80 мг) или розувастатина (40 мг) без последующего контроля уровня ХС ЛПНП и титрации дозы до целевого уровня. Большинству обследованных пациентов были рекомендованы аналогичные дозы препаратов.

Только у 36 (43 %) человек, которые достигли целевого уровня ХС ЛПНП по данным исследования при поступлении в стационар, была длительно использована доза аторвастатина 80 мг. Все эти пациенты в прошлом перенесли инфаркт миокарда.

Выводы. У больных с диагнозом: ИБС. Стенокардия ФК 2 – при поступлении в стационар в 76 % случаев наблюдается недостаточная эффективность контроля дислипидемии на амбулаторном этапе. Причинами отсутствия достижения целевого уровня ХС ЛПНП являются низкая приверженность пациентов к проводимой терапии статинами, а также использование неэффективных доз препаратов без оценки динамики уровня ХС ЛПНП на фоне лечения. У данной категории больных в большинстве случаев отсутствует стратегия длительной высокоинтенсивной терапии статинами.



СИДОРОВА Е.Г.

ПОМОЩЬ ТЕЛЕФОНА ДОВЕРИЯ В РАЗРЕШЕНИИ ЖИЗНЕННЫХ КРИЗИСОВ АБОНЕНТОВ-ИНВАЛИДОВ

*Муниципальное казенное учреждение социально-реабилитационный центр
для несовершеннолетних «Уютный дом»,
г. Новокузнецк, Россия*

Служба экстренной психологической помощи по телефону с момента создания и по настоящее время выполняет всё большее количество «кризисных услуг». Звонки поступают от абонентов, переживающих любой вид эмоционального кризиса. Каждый звонок на телефон доверия (ТД) уникален, не похож на другие и перед психологом стоит задача по возможности быстро войти в проблему, понять её суть, попытаться снять эмоциональное напряжение и помочь клиенту найти пути выхода из кризисной ситуации.

Сотрудники ТД во всем мире руководствуются в своей работе международными нормами и принципами, принятыми Генеральной Ассамблеей Международной Федерации телефонной экстренной помощи (IFOTES, Израиль, июль 1994). Согласно этим нормам оказать человеку помощь в форме беседы означает придать ему мужество для того, чтобы преодолеть жизненный кризис. Задача психолога ТД – помочь абоненту определить свои собственные ценности, индивидуальность и ощутить свою независимость.

Одной из актуальных социально-экономических и демографических проблем современного российского общества является включение людей с ограниченными возможностями в активную социальную жизнь. Численность инвалидов с физическими, интеллектуальными, психическими и сенсорными отклонениями среди населения страны неуклонно возрастает. Ежегодно в России рождается более 50 тыс. детей, признанных инвалидами с детства.

Преимуществом ТД, как службы немедленного реагирования, являются её демократичность и максимальная досягаемость в ночное и дневное время (служба ТД работает круглосуточно). Абонент может практически мгновенно соединиться с психологом, что очень важно в кризисных острых ситуациях, он избавлен от

необходимости преодолевать какие-то преграды, возникающие при традиционных способах консультирования, например, предварительная запись к специалисту или необходимость приходить на прием в определенное время. Общение по телефону соединяет специалиста – психолога и абонента, проживающего в небольшом населенном пункте, где нет очного психологического консультирования, а также абонента, лишённого возможности передвижения, открывает им доступ к профессиональной помощи. При этом человек находится в домашних условиях, которые являются комфортными для него. Общение по телефону ведется в отсутствии зрительного контакта. Это снимает определенные барьеры в общении, которые могут возникать при визуальном контакте между людьми, принадлежащими к различным социальным группам, национальностям и различающимся по возрасту. Имеет место и феномен идеализации телефонного консультанта, который наделяется чертами «идеального собеседника», необходимого в данный момент. Анонимность, которая достигается отсутствием визуального контакта, и невозможностью получить какую-либо информацию об абоненте без его согласия способствует доверительности, облегчает обсуждение глубоко личных проблем. Голоса консультанта и абонента звучат в непосредственно близости, что также способствует формированию доверительности. «Неявность» (элиминированность) психотерапевтического характера телефонной помощи повышает чувство безопасности и самооценку абонентов. Возможность прервать контакт в любой момент так же очень важна для лиц, чувствительных к психологической безопасности. Беседа происходит по единственному, акустическому каналу, что усиливает вербализацию переживаемой ситуации и тем самым способствует аффективному



отреагированию, уменьшает чувство тревоги. Содержание профессиональной деятельности и основные действия (операции) консультанта заключаются в следующем: выслушивание, консультирование, информирование, поддержка абонентов, при необходимости – применение приемов психотерапии в рамках телефонного консультирования. Ежегодно на ТД г. Новокузнецка обращается в среднем 20 % абонентов с инвалидностью, это группа лиц, находящихся в перманентном кризисе, нуждающихся в постоянной поддержке.

Консультации по ТД родителей детей-инвалидов позволяют оказать им помощь в наиболее болезненных проблемах. Консультирование родителей с детьми-инвалидами связано, прежде всего, с постоянными стрессовыми ситуациями. Динамику этих эмоциональных переживаний можно сравнить с динамикой переживания острого горя. Работа горя – сложный процесс. Эта работа включает любовь, обиду,

душевную боль, злость, фрустрацию, страх, растерянность, замешательство, надежду и одиночество. Эти переживания могут быть растянуты на многие годы. Может поменяться полностью стиль жизни, возникнуть сильная тенденция избегать людей или активности. Возможен страх родить еще одного больного ребенка. Появляются навязчивые мысли. Постоянно ощущается безнадежность, бессмысленность существования. Утрачивается способность радоваться, выполнять ежедневную работу или устанавливать отношения с людьми. И в этом нелегком пути абоненту может помочь психолог на ТД. Когда боль, двигавшая человеком, в процессе работы уходит и человек отыскивает ресурсы для восстановления, он получает опыт вхождения в кризис, пребывания в кризисе, выхода из кризиса и обновления, обретения новых смыслов существования.



СПИРИДОНОВА В.С., СКЛЯРЕНКО Р.Т., ОМАРОВ М.А.,
ЧЕРКАШИНА С.П., АБДУЛЛАЕВ А.А.

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ АМПУТАЦИЯХ КОНЕЧНОСТЕЙ ВСЛЕДСТВИЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования
врачей-экспертов» Минтруда России,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Введение. Инвалиды с утратой конечности, страдающие облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей (ОАНК), представляют весьма сложную группу пациентов с точки зрения восстановления опоры и движения. Так как имеющиеся сопутствующие заболевания (поражение сосудов сердца, головного мозга), состояние самой культы (ишемия, болезни и пороки) и степень нарушения кровообращения в сохранившейся конечности, тяжесть статодинамических нарушений, уровень ампутации и возраст определяют сложность протезирования [1, 2, 3]. Так ишемия культы и сохраненной конечности III степени, сгибательная контрактура тазобедренного сустава более 30°, выраженный отек мягких тканей, ряд других пороков и болезней культы обычно рассматриваются в качестве противопоказаний к протезированию конечности. Однако имеющиеся сопутствующие заболевания не всегда исключают возможность протезирования конечности и требуют индивидуального подбора режимов пользования протезом [4, 5].

Цель. Оценить особенности реабилитационных мероприятий у инвалидов с ампутационными культями при ОАНК.

Материал исследования. Нами были изучены экспертные документы 66 инвалидов, перенесших ампутацию конечностей на фоне ОАНК. Средний возраст обследованных составил $62,6 \pm 12,9$ лет. В структуре групп инвалидности отмечено: первая группа инвалидности установлена в 24 (36,4 %) случаях, вторая – в 36 (54,5 %), третья группа – в 6 (9,1 %). По уровню ампутаций конечностей: на уровне бедра – 41 человек, на уровне голени – 18, обеих нижних конечностей – 7 человек. Для оценки качества жизни и реинтеграции

использовали опросник «Индекс реинтеграции в нормальную жизнь».

Результаты. Каждый второй обследованный отмечал неудовлетворенность своей ролью в семье, низкую социальную активность, дискомфорт во взаимоотношениях с окружающими, неудовлетворенность своей социальной ролью независимо от наличия или отсутствия протеза. Первичное протезирование получили только 7 человек. Наибольшее число отрицательных ответов было получено в утверждениях о передвижении на дальние расстояния (77,3 %) и чувстве дискомфорта из-за частой или постоянной потребности в помощи посторонних лиц (68,2 %). На качество жизни и реинтеграцию большинства пациентов влияли сопутствующие заболевания и болезни культы, возвращение болей в конечностях и значительные ограничения подвижности. Социальная изоляция, психоэмоциональные расстройства инвалидов также являются основным препятствием для реинтеграции этих больных в нормальную жизнь. Полученные ответы на вопросы примененных опросников позволяют выявить конкретную социальную проблему, что должно служить основанием для разработки соответствующих реабилитационных мероприятий для больных с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей.

Заключение. Восстановление ходьбы является лишь одним из аспектов реабилитации лиц, подвергшихся ампутации, но необходимо уделять внимание также психологической и социальной адаптации. При проведении медико-социальной экспертизы и разработке индивидуальных программ реабилитации необходимо учитывать мультидисциплинарный подход для улучшения качества жизни па-



циентов после ампутации.

Список литературы.

1. Клинико-экспертная характеристика стойких нарушений функций при хирургических болезнях и возможности реабилитации: Пособие для врачей / под ред. проф. Р.Т. Скляр-ренко. – СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2017. – 718 с.

2. Сердечно-сосудистые заболевания. Информационный бюллетень № 317 [Электронный ресурс]/Всемирная организация здравоохранения. – 2015. – Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/ru/>.

3. TASC II // Working Group Inter-Society

Consensus for the Management of Peripheral Arterial disease // Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. 2007. Vol. 33 (Suppl.1).

4. Показания и противопоказания к протезированию конечностей [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://surgeryzone.net/medicina/pokazaniya-i-protivopokazaniya-k-protezirovaniyu-konechnostej.html>.

5. О внесении изменений в Правила признания лица инвалидом : постановление Правительства Российской Федерации от 04.06.2019 № 715 [Электронный ресурс] . – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_326411/



ВОЗМОЖНОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С АМПУТАЦИОННЫМИ КУЛЬТЯМИ КОНЕЧНОСТЕЙ ВСЛЕДСТВИЕ ОБЛИТЕРИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Введение. Количество ампутаций нижних конечностей в Российской Федерации превышает 500 на 1 млн населения в год. Приблизительно у 40 % пациентов, страдающих облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей (ОАСНК) с хронической ишемией нижних конечностей (ХИНК) и нуждающихся в оперативном лечении, реконструктивные операции невыполнимы из-за дистального или распространенного мультифокального поражения артериального русла. Несмотря на стремление хирургов к сохранению конечности, по ведению реваскуляризации при ишемии, реально угрожающей сохранению конечности, общее число больших ампутаций остается высоким, а их исходы крайне тяжелыми. При естественном течении критической ишемии нижних конечностей 20 % больных показана первичная ампутация. После ампутации нижних конечностей частота послеоперационных осложнений достигает 64 %, средние сроки пребывания в стационаре составляют 58,2-65,7 дней.

Реабилитация была определена ВОЗ как «Использование всех средств, направленных на уменьшение влияния нарушенных функций и неблагоприятных условий, для достижения оптимальной социальной интеграции людей с ограниченными возможностями». Главная цель реабилитации – дать возможность инвалидам с ограниченными возможностями вести жизнь, которую они хотели бы, учитывая различные ограничения активности, которые получены в результате болезни.

Основной причиной инвалидности пациентов, страдающих ОАСНК, является высокий риск потери конечности или ее сегмента, что ведет к тяжелым нарушениям мобильности,

снижению социальной активности и общения.

Уровень ампутации конечности определяет во многом успех последующей реабилитации пациентов. Трудности в реабилитации после ампутаций и протезирования у многих больных отрицательно влияют на отдаленные результаты и качество их жизни.

Целью настоящего исследования явилась оценка возможностей медико-социальной реабилитации инвалидов с ампутационными культями конечностей.

Материал. Проведен анализ данных бюро МСЭ о 36 экспертных случаях инвалидов, перенесших ампутацию конечности, из них 30 мужчин и 6 женщин. Средний возраст обследованных составил $57 \pm 1,4$ лет.

Результаты. В структуре групп инвалидности отмечено: первая группа инвалидности установлена в 12 (33,3 %) случаях, вторая группа – 18 (50,0 %), третья группа – 6 (16,7 %).

По уровню ампутаций конечностей: на уровне бедра – 19 человек; на уровне голени – 5 человек; обеих нижних конечностей – 4 человека; с ампутациями четырех конечностей – 2 человека; с ампутациями верхней конечности – 6 человек.

При определении возможности реабилитации и группы инвалидности кроме уровня ампутации учитывались такие критерии, как степень ишемии оставшейся конечности, имеющиеся контрактуры смежных суставов, мультифокальность поражения сосудов, степень нарушения функций организма при сопутствующих заболеваниях.

Заключение. На возможности реабилитации влияют медицинские, социальные и психологические факторы. Лучше всего это дости-



гается путем сочетания мер преодоления или сглаживания функциональной недостаточности, устранения или уменьшения барьеров для деятельности в среде, которую выбирает сам пациент. Два основных результата реабилита-

ции, которые должны быть достигнуты, – это благополучие человека и его возвращение к социальной или профессиональной деятельности.



ФИЛАТОВ Е.В., УРЮПИН В.Ю.

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОМПРЕССИОННЫХ СИНДРОМОВ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России,
г. Новокузнецк, Россия*

Введение. Свыше 80 % населения земли страдают от дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника. Распространённость патологии достигает 58-84 %, а заболеваемость – 4-33 %. Большая часть больных в возрасте 25-55 лет. Временная утрата трудоспособности в масштабах государства неизбежно ведет к убыткам. Инвалидизация составляет 4 случая на 100 тыс. населения.

Цель исследования. Оценить значение реабилитационных мероприятий в раннем послеоперационном периоде у пациентов после хирургического лечения компрессионных радикулярных синдромов поясничного остеохондроза.

Материал и методы. Пациенты ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России, оперированные в 2017-2018 гг. (12 женщин, 18 мужчин). Возраст от 28 лет до 61 года (средний возраст составил $42,9 \pm 9,3$ лет). Две группы пациентов: первая – 21 человек, с компрессией

корешка S1 изолированно или в сочетании с компрессией L5; вторая – 9 пациентов, с компрессией корешка L5 изолированно или в сочетании с L4 и L5 корешков. До хирургического лечения и через 10 суток после операции проводили: клинко-неврологическое обследование, МРТ поясничного отдела позвоночника (ПОП), обзорную и функциональную рентгенографию ПОП, электромиографию нижних конечностей. Болевой синдром оценивали по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Стабилометрические показатели измеряли комплексом «Траст-М Стабило». Локомоторные возможности изучались по уровню компенсации (УК) функций стояния и ходьбы. Лечение в послеоперационном периоде было направлено на купирование раневого болевого синдрома, восстановление функции передвижения.

Результаты и обсуждение. Боль в ноге у пациентов обеих групп составила в среднем 7 баллов по ВАШ. Чаще отмечался парез до 2



баллов. Компрессия S1 корешка и S1 в сочетании с L5 корешком встречались чаще, чем L5 в сочетании с L4 ($p = 0,031$). Наиболее выраженные нарушения постуральной регуляции: увеличение площади статокинезиограммы, девиации во фронтальной плоскости наблюдались у пациентов первой группы. Компрессия корешков L4, L5 как по отдельности, так и одновременно, не приводила к значительным нарушениям постуральной регуляции у пациентов второй группы.

После лечения болевой синдром (требуемый коррекции) сохранялся лишь у 2 пациентов на уровне 2-3 баллов. Отмечался регресс пареза в 100 % случаев, купирование – у 24 пациентов. Постуральная регуляция заметно улучшилась, о чем свидетельствовали данные стабилومتрии: уменьшение площади опоры на 37 %. В первой группе площадь статокинезиограммы и девиации во фронтальной плоскости при стоянии с открытыми глазами уменьшились более чем на 40 %, с закрытыми глазами эти показатели уменьшились более чем на треть. Во второй группе при стоянии с открытыми глазами также наблюдалось уменьшение площади статокинезиограммы и

девиаций в сагиттальной плоскости. Закрывание глаз, напротив, увеличивало площадь миграции центра давления и девиаций по сравнению со стоянием с открытыми глазами.

На фоне лечения у всех пациентов отмечено увеличение уровня компенсации (УК) по функции стояния и ходьбы. Осмотр показал более равномерное распределение нагрузки между ногами при стоянии и локомоциях, ушло боковое смещение туловища, уменьшилась сколиотическая установка.

Заключение. При компрессии корешка S1 изолированно или в сочетании с компрессией L5 в большей степени страдает исполнительный (двигательный) компонент. В этих случаях после хирургического лечения в большей степени необходимы реабилитационные мероприятия по восстановлению функции стояния и ходьбы.

При страдании L5 корешка или сочетании L4 и L5 страдает чаще проприоцепция, в этих случаях проявления двигательных и чувствительных парезов регрессируют в раннем послеоперационном периоде самостоятельно и не требуют специальных реабилитационных мероприятий.



ЭЛЕКТРОНЕЙРОМОДУЛЯЦИЯ СПИННОГО МОЗГА В РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СПИННОГО МОЗГА

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы
и реабилитации инвалидов» Минтруда России,
г. Новокузнецк, Россия*

Введение. Спинальная травма вызывает стойкие соматические и вегетативные нейрогенные расстройства, что является причиной инвалидизации 80-95 % больных. Восстановление или компенсацию утраченных функций зачастую ограничивает не только снижение силы мышц, но и такие проявления последствий позвоночно-спинномозговой травмы, как спастический и болевой синдромы. Фармакорезистентный спастический синдром делает невозможным реализовать сохранившийся двигательный потенциал, приковывая пациента к постели, лишая его способности самообслуживания. Реабилитационное лечение при этом оказывается неэффективным.

Цель исследования. Оценить эффективность стимуляции спинного мозга в реабилитации инвалидов с травматической болезнью спинного мозга (ТБСМ), осложненной фармакорезистентным спастическим синдромом.

Материал и методы. Исследование проведено на базе и с использованием материалов нейрохирургического отделения ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России. Обследование пациентов включало: неврологический, ортопедический осмотр, рентген-лучевую диагностику. Спастический синдром оценивался по шкале Ashworth. Оперированы 62 пациента с ТБСМ в возрасте от 17 до 56 лет. Неврологический дефицит по шкале ASIA типа А наблюдался у 24 человек, В – у 23, С – у 15. Уровень повреждения спинного мозга: шейный отдел – 47 человек, грудной – 15 человек. Время, прошедшее после травмы, – от 1 года до 5 лет. Спастический синдром в нижних конечностях достигал 4 баллов у 37 пациентов, 3 баллов – у 19 человек (шкала Ashworth). Все пациенты принимали антиконвульсанты длительное время и в больших дозировках. Всем больным ранее были проведены декомпрессиивно-ста-

билизирующие операции поврежденных позвоночно-двигательных сегментов, на момент проведения имплантации эпидуральных электродов отсутствовали признаки экстра- и интрамедуллярной компрессии на уровне травмы спинного мозга. Для имплантации применяли эпидуральные электроды «НейСи 3М» – 43 пациентам, «St.Jude Medical» – 19 больным. Во всех случаях проводили имплантацию двух эпидуральных электродов последовательно один за другим на уровне Th9-L1 позвонков. Шести пациентам перед имплантацией электродов проведено пластическое хирургическое закрытие пролежневых ран по методике клиники. Стимуляцию проводили тормозными параметрами, подбор параметров – индивидуально, по эффекту от стимуляции. Количество сеансов стимуляции варьировалось от 4 до 8 раз в сутки, один сеанс занимал в среднем по 20 мин. на каждый электрод. Период стимуляции длился от 7 до 16 суток. При тестовой стимуляции результаты оценивались в раннем послеоперационном периоде. При имплантации систем хронической стимуляции спинного мозга катамнез оценивался в период от 1 года до 3 лет после имплантации.

Результаты. В 38 случаях в раннем послеоперационном периоде констатировано снижение спастического синдрома в ногах до 1-2 баллов, увеличение объема пассивных движений, уменьшение дозировки употребляемых противосудорожных препаратов ($p < 0,05$). У этих пациентов после удаления электродов до выписки из стационара (от 10 до 20 дней) также наблюдалось снижение степени спастического синдрома и уменьшение дозировки принимаемых антиконвульсантов. У 26 пациентов отмечено увеличение локомоторного балла на 1 балл. У 24 пациентов ($p > 0,05$) в период тестовой стимуляции эффекта не отмечалось, и



на 3 сутки электроды были удалены.

У больных, которым было проведено хирургическое лечение пролежневых ран, стимуляция спинного мозга тормозными параметрами позволила также снизить дозировку антиконвульсантов, уменьшить степень спастичности. Кроме того, у этой группы пациентов отмечалось сокращение длительности экссудативного процесса в области хирургического пластического закрытия пролежневой раны. Не было ни одного осложнения, связанного с воспалительной реакцией либо с повреждением электрода.

В последующем были имплантированы системы хронической стимуляции спинного мозга «НейСи 3М» – 17 пациентам, «St.Jude Medical» – 10 пациентам. Отдаленные результаты изучены у 22 человек: стойкое снижение спастического синдрома отмечено у 3, во всех остальных случаях наблюдалось возвращение степени спастичности до прежних значений.

Заключение. Использование стимуляции спинного мозга тормозными параметрами у больных с фармакорезистентным спастическим синдромом после хирургического пластического лечения пролежневых ран позволяет добиться снижения дозировки антиконвульсантов, степени спастичности, уменьшения сроков экссудативного процесса в области хирургического вмешательства.

Электронейромодуляция спинного мозга при спастическом синдроме в позднем периоде ТБСМ может рассматриваться как эффективный, но кратковременный инструмент снижения спастичности в комплексе медицинской реабилитации.

Положительный эффект тестовой стимуляции в коррекции спастического синдрома у пациентов с ТБСМ в позднем периоде не является показанием для имплантации системы хронической стимуляции спинного мозга.



МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОЦИАЛЬНО-БЫТОВОЙ АДАПТАЦИИ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ НА ОСНОВАНИИ СЕМЕЙНО-ЦЕНТРИРОВАННОГО ПОДХОДА

*МКУ «Центр социальной помощи семье и детям»,
г. Новокузнецк, Россия*

Введение/Цель. Социально-бытовая адаптация и социально-психологическая реабилитация – две неразделимые части социальной реабилитации и абилитации инвалидов. А если речь идет о ребенке-инвалиде, то необходима работа с точки зрения семейно-центрированного подхода, то есть, работа с семьей в целом.

Для того чтобы у родителей сформировалось принятие ребенка со всеми его проблемами, не возникало чувства вины или неприязни, появилась вера в собственные силы, и они научились видеть и понимать свою необходимость в жизни ребенка как физической, так и эмоциональной, необходима работа, направленная на повышение психолого-педагогической грамотности. Не менее важной составляющей комплексного сопровождения семей с ребенком-инвалидом является осуществление работы, направленной на оптимизацию родительно-детских отношений и гармонизацию психологического климата в семье. В этом случае родители вместе с детьми учатся активно совместно решать насущные проблемы своей семьи.

Еще один немаловажный аспект социально-психологической помощи детям-инвалидам касается работы над повышением самооценки и уровнем притязаний. Ни для кого не секрет, что нередко здоровые дети могут очень болезненно и даже жестко отзываться о детях-инвалидах. Несмотря на проводимую повсеместно работу в этом плане, такие случаи еще очень часты. И как результат – больной ребенок замыкается в себе, становится пассивным. У него резко снижается самооценка и может развиваться комплекс неполноценности, депрессивное состояние. Весомой проблемой детей с ограниченными возможностями здоровья является психологическая неготовность к жиз-

ни в сложившейся системе социальных отношений. Ребенок-инвалид вступает в жизнь с изначально пониженным уровнем адапционных и интеграционных возможностей. В связи с чем ему опять-таки просто необходима помощь.

Материал и методы. Комплексная работа в нашем Центре, направленная на социально-бытовую адаптацию и социально-психологическую реабилитацию детей-инвалидов, ведется с семьей в целом. Начиная со знакомства и посещения семьи на дому. Дальнейшая работа включает в себя психологическое просвещение родителей в форме консультаций, бесед, участия в тренинге, целью которого является коррекция внутреннего психологического состояния родителей, повышение психолого-педагогической грамотности, оптимизация родительно-детских отношений и гармонизация психологического климата в семье. Диагностическая составляющая работы с ребенком с ограниченными возможностями здоровья заключается в определении самооценки, уровня тревожности, агрессивности, склонностей и интересов. Эти исследования необходимы для составления индивидуальной программы реабилитации, важную роль в которой играет активное занятие каким-либо видом творческой деятельности. Арт-терапия способствует раскрытию способностей и самореализации особых детей. Кроме того в рамках реализации индивидуальной программы реабилитации проводятся индивидуальные и групповые занятия с детьми на повышение самооценки, снижение тревожности и агрессивности.

Результаты. Комплексная работа с семьей дает более весомые результаты в социально-бытовой адаптации и социально-психологической реабилитации ребенка-инвалида. В частности, тренинг с родителями помогает им



расширить свой круг общения, через который они найдут не жалость, а поддержку и понимание. У них формируется желание воспринимать своего ребенка как человека со скрытыми возможностями, видеть его перспективы и развивать в нем чувство собственного достоинства и мужество, тем более что первичная работа, направленная на социально-бытовую адаптацию, подразумевает, что ребенок с ограниченными возможностями здоровья должен не только владеть навыками самообслуживания, но и быть способен ориентироваться в условиях места проживания, знать основные объекты инфраструктуры (больница, почта, магазин и другое). Во время участия в тренинге родители делятся накопленным положительным опытом, чтобы другие применили его на практике.

Групповые занятия с детьми помимо ос-

новной цели – коррекции психологических особенностей и состояний ребенка – решают не менее важную задачу: возможность приобретения дополнительного опыта общения особых детей и установления дружеских отношений между ними.

Как и групповая, индивидуальная коррекция дает положительные результаты (снижается тревожность, повышается самооценка и уровень притязаний, изменяется мотивация).

Заключение. Особую роль в развитии ребенка, имеющего ограниченные возможности здоровья, занимает семья. И при правильной работе с семьей, включающей обучение, консультирование, диагностику и коррекцию, ребенок имеет более высокий реабилитационный потенциал.



СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ НА ЖИЗНЬ ИНВАЛИДОВ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ СПИННОГО МОЗГА

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России,
г. Новокузнецк, Россия*

Введение. Факторы окружающей среды, по определению международной классификации функционирования (МКФ), формируют условия жизни индивида и таким образом оказывают воздействие на его функционирование. Для людей с повреждением спинного мозга (ПСМ), утративших способность к самостоятельному передвижению, с ограниченным участием в социальной и производственной деятельности, это имеет особую актуальность (Botticello A.L. et al., 2019). Показано, что факторы окружающей среды могут оказывать влияние на участие как непосредственное, так и опосредованное через другие факторы, а также кумулятивное (Hammel J. et al., 2015; Chang F.H. et al., 2018). Даже в такой богатой стране, с хорошо развитой системой социального обеспечения, как Швейцария, люди с ПСМ сталкиваются с ограничениями участия, в частности, из-за экологических барьеров (Reinhardt J.D. et al., 2016).

Недавно стартовал проект Международного исследования повреждения спинного мозга среди людей, проживающих в обществе (International Spinal Cord Injury Community Survey, InSCI) (Gross-Hemmi M.H. et al., 2017), в котором на сегодняшний день принимают участие 28 стран. Основная цель исследования InSCI заключается в определении факторов, связанных с функционированием, благополучием и здоровьем людей с ПСМ, для выявления наиболее важных проблем, что в дальнейшем может послужить основой для создания необходимых регулирующих документов уполномоченными сторонами и в конечном итоге поможет улучшить условия проживания людей с ПСМ в обществе (Карапетян К.К., Васильченко Е.М., 2018).

Цель исследования: с помощью опросника InSCI определить факторы окружающей сре-

ды, усложняющие жизнь инвалидов с ПСМ.

Материал и методы. В условиях стационара ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России опрошено 246 инвалидов с ПСМ (178 мужчин, 68 женщин) в возрасте от 18 до 74 лет (средний возраст $39,2 \pm 12,9$ лет), проходивших реабилитацию с февраля по июнь 2019 г. Из них с травматическим ПСМ – 216 (87,8 %) человек, вследствие заболевания – 30 (12,2 %), с параплегией – 154 (62,6 %), с тетраплегией – 92 (37,4 %). Среди опрошенных преобладали представители Сибирского федерального округа (78 %), жители городов (71,5 %). Полное повреждение среди травмированных отмечалось у 62 (25,2 %) человек, неполное – у 153 (62,2 %). Среди причин травмы преобладали: дорожно-транспортное происшествие (38 %), падение с высоты более метра (26,4 %), травма во время отдыха (ныряние) (19 %). Средняя давность ПСМ – $7 \pm 6,2$ лет. Анализу подлежал раздел «Факторы окружающей среды» опросника InSCI. Необходимо было вспомнить и оценить, в какой степени каждый из 14 факторов окружающей среды повлиял на жизнь опрашиваемого в течение последнего месяца. Предлагалось выбрать 1 из 4 ответов: «вопрос не актуален», «не повлиял никак», «незначительно усложнил жизнь», «сильно усложнил жизнь».

Результаты. Установлено, что недоступность общественных мест сильно усложнила жизнь 38,6 % инвалидов, незначительно усложнила – 32,9 %, никак не повлияла – 16,3 % и для 12,2 % опрошенных вопрос оказался неактуальным (так ответили 22,9 % жителей сельской местности против 8 % городских, $p = 0,003$). Также большему числу инвалидов сильно усложнила жизнь и недоступность к домам друзей и родственников (39,8 %), незначительно усложнила – 36,2 %,



никак не повлияла – 18,3 %, вопрос не актуален – 5,7 %. Неприятные климатические условия, как отметило преобладающее число инвалидов (64,6 %), – незначительно усложнили жизнь, никак не повлияли – 21,1 %, и только 11 % – сильно усложнили жизнь. Негативное отношение общества к людям с ограниченными возможностями, по оценке 80,5 % инвалидов, никак не отразилось на их жизни; только 8,1 % незначительно усложнило и 2 % – сильно усложнило, 9,3 % – не актуально. Аналогично распределились ответы на вопросы, касающиеся отношения 1) семьи и родственников, 2) друзей, 3) соседей и знакомых к инвалидности опрошиваемого (никак не повлияло – ответили соответственно 76 %, 77,6 %, 78,9 %; незначительно усложнило – 4,9 %, 4,5 %, 4,5 %; сильно усложнило – 0,4 %, 0,8 %, 0,8 %).

Отсутствие или неудовлетворительное качество технических средств реабилитации для передвижения на короткие дистанции усложнили жизнь 40,2 % опрошенных, незначительно усложнили – 20,3 %, никак не повлияли – 17,9 %.

Неудовлетворительная адаптированность транспортных условий для передвижения на длинные дистанции сильно усложнила жизнь 57,3 % инвалидов, 22 % – незначительно усложнила, и только 8,1 % – никак не повлияла; 12,6 % ответили, что вопрос не актуален.

Никакое или неудовлетворительное обслу-

живание со стороны ухаживающего лица и служб поддержки на 65 % инвалидов не повлияло никак, 5,7 % – незначительно усложнило жизнь, 0,8 % – сильно усложнило жизнь. Отсутствие или недостаточное обеспечение лекарственными средствами, медицинской помощи и оборудования также на жизнь большинства опрошенных не повлияло (67,5 %), незначительно усложнило – 17,5 %, сильно усложнило – 5,7 %. Трудное финансовое положение сильно усложнило жизнь – 24,8 % респондентов, незначительно усложнило – 51,2 %, никак не повлияло – 17,1 %. Отсутствие или нехватка средств коммуникации, а также государственных услуг никак не повлияли на жизнь большинства инвалидов (соответственно 73,2 % и 74,4 %), незначительно усложнили жизнь – 11,8 % и 10,6 % и сильно усложнили – 2,8 % и 4,9 % соответственно.

Заключение. Таким образом, наиболее значимыми факторами окружающей среды, негативно отражающимися на жизни людей с ПСМ, являются неудовлетворительная адаптированность транспортных условий и отсутствие или неудовлетворительное качество технических средств реабилитации для передвижения. Поэтому, чтобы повысить качество жизни инвалида, необходимо, как минимум, обеспечить его адекватным техническим средством для передвижения.



ОБОСНОВАНИЕ КОМПЛЕКСА ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКИХ ТЕСТОВ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ НАРУШЕНИЙ АДАПТАЦИИ У ИНВАЛИДОВ С ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СПИННОГО МОЗГА

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы
и реабилитации инвалидов» Минтруда России,
г. Новокузнецк, Россия*

Введение. Травматическая болезнь спинного мозга (ТБСМ) характеризуется, кроме двигательных, сенсорных и вегетативных нарушений, сильнейшим психическим напряжением, которое служит источником личностной дезадаптации с ее различными проявлениями в виде расстройств психотического и непсихотического регистра (Нестерова П.Н., Прудникова О.Г., 2017). Эти расстройства ухудшают реабилитацию и общее состояние здоровья (Craig A. et al., 2009; Kilic S.A. et al., 2013; Migliorini C. et al., 2015; Gruener H. et al., 2018). Поэтому пристальное внимание к этапам адаптации и лежащим в ее основе механизмам является залогом успешного лечения (Ачкасов Е.Е. и соавт., 2017; Peter C., 2013). Однако в действующей нормативно-правовой базе, регулирующей вопросы реабилитации, понятийный аппарат, в части конкретики социально-психологического аспекта реабилитации инвалидов, его методологических позиций, не проработан (Морозова Е.В., 2019). В связи с этим цель данного исследования – обоснование комплекса психодиагностических методик для выявления нуждающихся в психокоррекционной помощи инвалидов с ТБСМ для последующей разработки патогенетически обоснованной технологии психосоциальной коррекции.

Материал и методы. Аналитический обзор доступной зарубежной и отечественной литературы по исследуемой проблеме (основные ресурсы – PubMed, e-library). Всего проанализировано 56 источников. При выборе методик руководствовались требованиями комплексного подхода к исследованию, принципом достаточности методик, их надежностью и валидностью.

Результаты. Доминирующий в отечест-

венной психореабилитационной практике медико-психологический подход, анализирующий феномен инвалидности в пространстве отношений «психопатология – лечение», при всей его полезности обнаружил свою ограниченность (Караяни Ю.М., 2016). Поэтому в последние годы в медицине происходит смена нозоцентрической модели отношения к пациенту на личностно-ориентированную модель, в которой большую роль играют вопросы адаптации, мотивации и личностных ресурсов для преодоления стрессовой и критической ситуации болезни и ее последствий. При этом, как показал анализ литературы, комплексная диагностика адаптации инвалида должна быть одновременно направлена на диагностику общего уровня адаптации, адаптированности как конкретного состояния личности и на диагностику адаптационного потенциала.

Поскольку по своему содержанию адаптация выражается в психическом состоянии, ее уровень можно оценить с помощью клинического теста «Тест нервно-психической адаптации» И.Н. Гурвича (1992), позволяющего выделить 5 типов адаптации: 1 – здоровье; 2 – оптимальная адаптация; 3 – непатологическая психическая дезадаптация; 4 – патологическая психическая дезадаптация; 5 – вероятно болезненное состояние. Учитывая краткость, простоту и одновременно достаточную валидность и объективность данного теста, его оптимально использовать на первом этапе для выявления лиц, нуждающихся в психокоррекции.

Для измерения уровня адаптированности целесообразно использовать тест К. Роджерса и Р. Даймонда (1954), который показал высокую эффективность и дифференцирующую



способность не только в плане диагностики состояний адаптации и дезадаптации, но и в оценке особенностей представлений индивида о себе, о возможностях перестройки в критических ситуациях.

Определить возможности (ресурсы) личности для осуществления как психологической, так и комплексной реабилитации возможно с помощью методики «Реабилитационный потенциал личности» (Кулагина И.Ю., Сенкевич Л.В., 2011), которая также позволяет оценить индивидуально-психологические характеристики (мотивационные, эмоционально-волевые, когнитивные).

По мнению многих авторов, основой психологического здоровья служит использование определённых стратегий совладания и психологических защит (Куфтяк Е.В. и соавт., 2016). Механизмы защиты рассматриваются как система преимущественно неосознаваемых реакций личности, выступающих в качестве средства быстрого уменьшения эмоционального напряжения и тревоги; они являются непосредственными маркерами состояния адаптационных ресурсов, свойств и функций личности. Понятие «совладающее поведение» (coping) рассматривается как постоянно

изменяющиеся когнитивные и поведенческие попытки управлять внешними и/или внутренними требованиями, которые оцениваются как чрезмерно напрягающие или превышающие ресурсы личности. Главная задача копинг-поведения – обеспечение и поддержание благополучия человека, его физического и психического здоровья и удовлетворенности социальными отношениями. Для оценки механизмов защиты и копинга целесообразно использовать, соответственно, Индекс жизненного стиля Р. Плутчика-Х. Келлермана-Конте (1979) и тест Р. Лазаруса, С. Фолкмана (1988).

Выявление адаптивных возможностей пациента является важным звеном дифференциально-диагностического процесса и делает возможным целенаправленное включение адекватных психокоррекционных воздействий, использование которых оптимизирует реабилитацию пациентов.

Заключение. С помощью системного подхода сформирован психодиагностический комплекс для выявления нарушений адаптации у инвалидов с ТБСМ, позволяющий патогенетически обосновать и индивидуализировать психокоррекционную помощь.



ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИЙ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ СО СТАТОДИНАМИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ, ОБУСЛОВЛЕННЫМИ ЭНЦЕФАЛИТАМИ, МИЕЛИТАМИ, ЭНЦЕФАЛОМИЕЛИТАМИ

*ГУ «Республиканский научно-практический центр
медицинской экспертизы и реабилитации»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Цель исследования. Разработать программы физической реабилитации инвалидов со статодинамическими нарушениями, обусловленными энцефалитами, миелитами, энцефаломиелитами.

Материал исследования. В основу разработок положены результаты трехлетнего наблюдения 165 пациентов: 89 (53,9 %) мужчин и 76 (46,1 %) женщин. Двигательные нарушения проявлялись преимущественно в виде спастического гемипареза (71 чел.; 43,0 %), который у 46 чел. был в пределах функционального класса (ФК) 1, у 19 чел. – ФК2, у 6 пациентов имели место выраженные нарушения (ФК3). Координаторные нарушения, наблюдавшиеся при поражении вестибулярного аппарата, мозжечка и проводящих путей, выявлялись у 55 (33,3 %) пациентов. У 14 (8,5 %) обследованных пациентов выявлялись хореоатетозные гиперкинезы, из них 9 человек – ФК1, 3 – ФК2, 2 – ФК3. Иные статодинамические нарушения отмечались у 25 человек (15,2 %).

Результаты. Технологии лечебной физической культуры (ЛФК) являются важным компонентом в реабилитации пациентов со статодинамическими нарушениями. Продолжительность занятий должна составлять 30–45 минут 1–2 раза в день ежедневно, длительность курса 16–21 день.

Курс ЛФК должен включать: лечение положением с временным интервалом 2–3 часа, координаторную гимнастику, дыхательную гимнастику, упражнения, направленные на уменьшение спастичности, занятия по восстановлению позо-статических функций, динамическую проприокоррекцию, тренировку двигательного праксиса (30–50 минут), механо-

терапию (15 минут), локомоторную терапию, обучение пациента перемещению (сапомощи при перемещении), подбор вспомогательных технических средств и адаптацию к ним пациента, терренное лечение (лечение ходьбой).

Эрготерапия проводится 30–40 минут ежедневно, длительность курса 15–19 дней. Она включает сенсомоторную тренировку (тренировка чувствительности, тренировка тонкой моторики), тренировку перемещения (по показаниям), тренировку навыков самообслуживания.

Задачами ЛФК являются: нормализация позно-тонических реакций, начиная от снижения спастического напряжения отдельных мышечных групп (гипертонуса) и заканчивая восстановлением сложных движений; ликвидация или компенсация патологических двигательных стереотипов (синкинезий, заместительных движений); укрепление мышечной системы пациента, мышечной силы в конечностях, увеличение подвижности суставов; стимуляция произвольных движений конечностей; обучение стоянию (поддержание вертикальной позы) и самостоятельному передвижению.

Физические упражнения проводятся индивидуально и в группе. Нами разработаны три комплекса ЛФК. Первый комплекс кинезотерапии пациентов со статодинамическими нарушениями в раннем восстановительном периоде энцефалитов, миелитов, энцефаломиелитов – облегченный, используется щадящий режим двигательной активности. Комплекс применяется со 2-го дня пребывания пациента в отделении реабилитации и используется до



7-го дня пребывания.

После оценки эффективности реабилитации на 7-е сутки, при высокой эффективности и уменьшении степени выраженности статодинамических нарушений, ограничений передвижения и самообслуживания, осуществляется переход на второй комплекс кинезотерапии – расширенного режима двигательной активности. При низкой эффективности реабилитации в течение 5 дней продолжается выполнение комплекса облегченной двигательной активности. Переход к третьему комплексу кинезотерапии с тренирующим режимом двигательной активности осуществляется при высокой эффективности реабилитационных мероприятий с 15-го дня пребывания. В последние дни реабилитации формируется комплекс упражнений для продолжения их выполнения пациентом на домашнем этапе реабилитации. Применение комплексов, выбор методов ЛФК должен осуществляться индивидуально, в зависимости от степени выраженности статодинамических нарушений (умеренные, выраженные, резко выраженные), динамики восстановления нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности.

Реализация индивидуальной программы медицинской реабилитации контролируется и, при необходимости, корректируется врачом-реабилитологом на протяжении всего курса

медицинской реабилитации и отражается в дневниках наблюдения карты стационарного пациента. На 7, 14-е сутки проводится промежуточная оценка эффективности реабилитации, на 19-21-е сутки – окончательная оценка. После осуществления комплекса медицинских вмешательств, направленных на медицинскую реабилитацию пациентов, проводится оценка их эффективности с учетом изменений функционального класса статодинамических нарушений и вызванных ими ограничений жизнедеятельности с применением метода оценки ограничений жизнедеятельности при определении инвалидности. Мероприятия медицинской реабилитации оцениваются как эффективные при изменении тяжести нарушений на один функциональный класс.

Выводы. Формирование программы медицинской реабилитации пациента должно осуществляться с учетом установленного клинико-функционального диагноза, результатов оценки реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза, категорий нарушений, функционального класса нарушений и ограничений жизнедеятельности. В зависимости от вида и степени выраженности статодинамических нарушений осуществляется комплекс медицинских вмешательств, включающий технологии лечебной физкультуры, эрготерапии.



КЛИНИКО-БИОМЕХАНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ КРАНИОСАКРАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей – филиал
ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального
образования» Минздрава России,
г. Новокузнецк, Россия*

Введение. Среди всех видов сосудистой патологии острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) остается одной из наиболее значимых медико-социальных проблем. Согласно Российскому регистру инсультов, ежегодно в стране у 400-450 тыс. человек происходит инсульт. Регистрируется тенденция к увеличению частоты инсультов среди лиц молодого и среднего возраста. Почти повсеместно выявляется тенденция к увеличению числа лиц с инсультом в возрасте до 45-50 лет [1, 2]. Восстановление двигательных функций в первые дни заболевания приводит к снижению смертности и осложнений, а также уменьшению зависимости пациента от окружающих в первые три месяца после инсульта, улучшению качества жизни к концу первого года. Это позволяет говорить об актуальности совершенствования методов ранней помощи больным в постинсультном состоянии.

Цель работы: обосновать применение краниосакральной терапии у пациентов в остром периоде ишемического инсульта для устранения патобиомеханических изменений опорно-двигательного аппарата.

Материал и методы. Исследование проведено на клинических базах НГИУВ – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России в ГАУЗ КО «Новокузнецкая Городская клиническая больница № 1» и ГБУЗ КО «Новокузнецкая Городская клиническая больница № 29» г. Новокузнецка. Обследовано 10 пациентов в возрасте 25-60 лет с ишемическим инсультом, центральным гемипарезом в остром периоде заболевания, получавших лечение в условиях неврологического отделения. Проводили визуальную диагностику статики и динамики, пальпаторную диагностику патобиомеханики

опорно-двигательного аппарата.

Результаты. При оценке неврологического статуса встретились: симптом гемипареза у 10 (100 %) человек; вестибуло-атактический синдром – у 2 (20 %); цефалгический синдром – у 4 (40 %); снижение когнитивных функций – у 9 (90 %) человек. Сенсомоторная афазия наблюдалась в 2 (20 %) случаях; глазодвигательные нарушения – у 3 (30 %) человек.

При визуальной оценке статики и динамики: гиперлордоз шейного отдела позвоночника выявлен у 5 (50 %) человек, компрессия симфиза – у 6 (60 %), передняя торзия крестца влево по левой косой оси – у 5 (50 %), задняя торзия крестца вправо по левой косой оси – у 3 (30 %), ротация подвздошной кости вперед – у 4 (40 %), назад – у 3 (30 %). У всех обследованных отмечено смещение проекции общего центра тяжести, противоположное гемипарезу.

Оценка патобиомеханических изменений костей черепа показала компрессию сфено-базиллярного сочленения у всех, изменение положения лобной и височной костей у 6 (60 %) человек, компрессию височно-теменного шва у 3 (30 %) человек, дисфункцию височно-нижнечелюстного сустава у 6 (60 %) человек, причем дисфункция соответствовала стороне гемипареза у 4 (67 %) человек, с двух сторон – у 2 (28,6 %) человек. У всех наблюдали неравномерность краниального ритма, признаки повышения внутричерепного давления.

Обсуждение. По данным ряда авторов [3, 4] у больных с хроническим нарушением мозгового кровообращения наблюдаются патобиомеханические изменения костей черепа, которые служат источником патологической импульсации, вызывая нарушение церебраль-



ного метаболизма, гемо- и ликвородинамики. Инфаркт головного мозга сопровождается отеком, неравномерность которого может вызвать смещение вещества головного мозга из одного внутричерепного пространства в другое, что изменяет соотношение костей черепа. Череп является не безусловной жесткой структурой, а сохраняет способность к упругим деформациям в области краниальных швов, что открывает перспективу восстановления его биомеханики. Нельзя оставлять без внимания состояние костей таза и нарушение биомеханики всего опорно-двигательного аппарата (ОДА).

Эффективность мануальной терапии определяется точностью диагностики характера и локализации патобиомеханических изменений ОДА. Любое нарушение биомеханики ОДА приводит к изменению двигательного стереотипа и к нарушению оптимальности контроля вертикальной позы. Поэтому оправдано применение краниосакральной терапии у пациентов в остром периоде инсульта.

Заключение. Анализ патобиомеханических изменений у пациентов с инсультом в остром периоде показал наличие нарушений в области черепа и таза, нарушение основной оси тела, что способствует формированию неоптимального двигательного стереотипа,

нарастанию двигательного и вестибулярного дефицита. Исследование подтверждает целесообразность разработки методов краниосакральной терапии в ранние сроки инсульта.

Список литературы.

1. Деев А.С. Церебральные инсульты в молодом возрасте / А.С. Деев, И.В. Захарушкина // Журн. неврологии и психиатрии. – 2000. – Т. 100, № 1. – С. 14-17.
2. Кадыков А.С. Ранняя реабилитация больных с нарушениями мозгового кровообращения / А.С. Кадыков, Н.В. Черникова, Л.А. Калашникова, и др. // Неврол. журнал. 1997. – № 1. – С. 24-27.
3. Чепурная С.Л. Патобиомеханические нарушения шейного отдела позвоночника и черепа у больных с ишемическими нарушениями мозгового кровообращения и обоснование их коррекции // Материалы международной конференции «Профессиональное долголетие и качество жизни». – Москва, 24-26 сентября 2007. – С. 18-19.
4. Рогожникова Н.В. Коррекция когнитивных нарушений при дисциркуляторной энцефалопатии методами мануальной терапии / Н.В. Рогожникова, А.Г. Чеченин // Мануальная терапия. – 2014. – № 2 (54). – С. 32-39.



СОЦИАЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА С НАРУШЕНИЯМИ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ ВСЛЕДСТВИЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

*ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы»
Минтруда России, г. Москва, Россия*

Одним из ведущих инвалидизирующих факторов во всем мире является острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК). Ежегодно мозговой инсульт развивается у 5,5-6 млн человек (400 тыс. в России). Из них не менее 60 % далее нуждаются в посторонней помощи. Когнитивные нарушения встречаются в 91 % случаев в первые две недели и снижаются в зависимости от времени и реабилитационных процедур. В 42 % в течение первых 5 лет после инсульта развивается сосудистая деменция, а значит, более 100 тыс. человек и их семей решают задачу организации реабилитации. Многие из этих людей прежде не сталкивались с данным заболеванием и его последствиями. Нарушения психических функций, которые часто становятся следствием данного заболевания, значительно влияют на все сферы деятельности пострадавшего от заболевания. Современные тенденции психологической реабилитации постинсультных больных учитывают широкий круг факторов, которые оказывают влияние на восстановление высших психических функций (ВПФ). Этими факторами являются: нарушенные и сохраненные звенья психической деятельности, индивидуально-личностные особенности пострадавшего, общее соматическое состояние и сопутствующие заболевания. Одним из важнейших факторов являются социальные условия, в которых находится пострадавший. Вне реабилитационного центра задачу сопровождения больного берут на себя родные и близкие. Они выполняют организационные задачи реабилитации, контроль соматического и психического состояния, отслеживают динамику восстановления и контактируют со специалистами. Средства, с помощью которых они ре-

шают эти задачи, формируются стихийно. Мы можем предположить, что от этих средств во многом зависит ход восстановления высших психических функций. Мы постарались выделить некоторые феномены, которые способны оказывать влияние на динамику восстановления ВПФ.

В качестве объекта исследования выступили больные, перенесшие ОНМК и имеющие средние и тяжелые нарушения психической деятельности. Предметом исследования явилась социальная ситуация, которая сложилась в ходе реабилитации и формировалась стихийно. Задачи исследования: рассмотрение феноменологического поля социальной ситуации больных, перенесших ОНМК; поиск надежного диагностического инструмента для выделения значимых аспектов социальной ситуации.

Последствия, которые оказывает ОНМК на психику, разнообразны: это могут быть выпадения отдельных ВПФ (гнозиса, праксиса, речи), снижение тонуса психической деятельности, снижение критики к своему состоянию и так далее. Такие общие симптомы, как повышенная утомляемость, снижение памяти, рассеянность, интуитивно понятны и не всегда требуют знания специальных механизмов для организации помощи в домашних условиях. Но более специфичные нарушения часто воспринимаются родственниками искаженно.

В ходе исследования нами были опрошены родственники больных, перенесших ОНМК. Далее мы имели возможность наблюдать за состоянием больных и поддерживали связь с родственниками на протяжении от 3 до 12 месяцев. Диагностический этап состоял в проведении нейропсихологического обследования больного и беседы с родственниками.



Методами нейропсихологической диагностики выделялся ведущий комплекс нарушений психической деятельности. В ходе беседы с родственниками выяснялись общебытовые проблемы, которые были связаны с психическими нарушениями, выяснялось понимание характера нарушений психической деятельности их близкого, динамика этих нарушений и специальные методы, которые родственники выработали для организации сопровождения. Даже подобная предварительная беседа вскрывала подробности социальной ситуации, которые объясняли особенности эмоциональной сферы инвалида, его мотивацию к восстановлению. Помимо этого, важным диагностическим признаком является то, какое влияние родственник оказывает на поврежденную функцию. Неверно выбранная стратегия сопровождения больного может усугублять имеющиеся нарушения.

Из предварительной беседы складывалось впечатление, что характер психических нарушений инвалида родственники понимают, они читали статьи по теме, которые находили в интернете, опрашивали лечащий персонал, советовались со знакомыми, которые прежде сталкивались с подобной ситуацией. На момент проведения диагностики семьи пострадавших некоторое время находились в ситуации сопровождения больных (некоторые находились в этих условиях более 4 лет), а значит, выработали свою систему ориентиров сопровождения, что отражалось в их интерпретации поведения больного, прогнозирова-

нии его состояния и т.п. Следует отметить, что все родственники указывали на наличие у них собственных психологических проблем, связанных с ситуацией болезни близкого (стресс, депрессивный фон). Данная проблема активно разрабатывается зарубежными коллегами. В рамках нашего исследования мы специально не останавливались на данном аспекте.

При уточняющих вопросах к родственникам в ряде случаев удавалось установить выбранную ими модель сопровождения, их восприятие болезни и нарушений, а также эмоциональное реагирование на ситуацию болезни близкого. По результатам диагностики социальной ситуации мы выделили ряд характерных феноменов социальной ситуации реабилитации инвалидов, перенесших ОНМК.

Данное исследование является поисковым и не претендует на сколь-нибудь полное освещение феноменов и механизмов социальной ситуации реабилитации. Цели исследования ограничиваются постановкой ведущей гипотезы для проведения последующих исследований. В качестве таких гипотез мы выделили следующие: социальная ситуация реабилитации оказывает особое влияние на внутреннюю картину болезни и способна значительно повлиять на ход восстановления ВПФ; диагностика социальной ситуации реабилитации может значительно дополнить клинико-психологическое обследование больных с ОНМК в части анализа психического состояния больного и перспектив восстановления.







ТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА РЕАБИЛИТАЦИИ



РАЗРАБОТКА АЛГОРИТМА ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПОДБОРА КРЕСЛА-КОЛЯСКИ ДЛЯ МАЛОМОБИЛЬНЫХ ИНВАЛИДОВ

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России,
г. Новокузнецк, Россия*

Введение. Лица с ограниченной или утраченной способностью к самостоятельному передвижению нуждаются в специальных технических средствах для передвижения (креслах-колясках). Назначение технических средств реабилитации (ТСР) в Российской Федерации регламентируется Приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 28 декабря 2017 г. № 888н «Об утверждении перечня показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации» и основывается на медицинских показаниях и противопоказаниях. Применение социальных критериев при назначении ТСР не регламентируется законодательством, хотя они играют немаловажную роль, обеспечивая адекватность и адресность назначения ТСР.

В настоящее время инвалидные кресла-коляски представлены разнообразными моделями, как отечественного, так и зарубежного производства. С одной стороны – это положительный фактор, но с другой – это многообразие приводит к сложному вопросу, как для самих инвалидов, так и для специалистов федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы, о правильном выборе данного средства реабилитации. В ряде методических рекомендаций представлены основы проведения экспертно-реабилитационной диагностики при назначении ТСР и даются общие рекомендации о выборе кресла-коляски для инвалида. Однако четкого алгоритма, позволяющего быстро и без особого труда определить необходимые технические характеристики кресла-коляски для конкретного лица с его конкретными физическими параметрами и конкретными медицинскими и социальными факторами, на сегодняшний день нет. Это и обусловило цель данного исследования: разработка алгоритма индивидуального подбора инвалидного кресла-коляски

для маломобильных инвалидов (на примере инвалидов с травматической болезнью спинного мозга).

Материал и методы. Использованы результаты проведенного ранее аналитического обзора англоязычной литературы по проблеме выбора технического средства для передвижения с учетом социальных факторов [Карапетыан К.К., Васильченко Е.М., 2018].

Результаты. По мнению авторов зарубежных исследований, при разработке, конструировании и назначении ТСР необходимо учитывать возраст, размеры, вес пользователя, инвалидность и прогноз, функциональные возможности и предпочтения пользователя, пользование в помещении и/или вне помещения, а также факторы окружающей среды и стремиться к сочетанию таких критериев, как эффективность, функциональная надежность, низкая стоимость, долговечность, лёгкий вес и косметическая приемлемость [Ragnarsson K.T., 1990; Batavia D., Hammer C., 1990].

Обобщив и систематизировав результаты литературного обзора, были определены основные группы факторов, которые должны учитываться при подборе технического средства для передвижения:

- антропометрические параметры;
- физические и функциональные возможности инвалида (уровень повреждения спинного мозга, степень нарушения функции верхних конечностей, развитость мускулатуры плечевого пояса;
- уровень повседневной активности, в том числе пользование автомобилем;
- наличие и физические возможности ближайшего окружения (ухаживающие лица);
- особенности факторов окружающей среды (условия проживания – ширина дверных проемов, этаж, лифт, пандус, доступность технического обслуживания кресла-коляски, местность – сельская, городская).



Данные факторы были положены в основу алгоритма.

Поэтапный индивидуальный подбор кресла-коляски для инвалида с травматической болезнью спинного мозга можно представить следующим образом:

- определяется предназначение кресла-коляски (для использования внутри или вне помещения);

- исходя из антропометрических характеристик, определяются грузоподъемность кресла-коляски и габариты, зависящие от ширины и глубины сиденья, а также высота сиденья, подлокотников; при подборе высоты спинки учитывается также степень нарушения функции верхних конечностей;

- вид кресла-коляски и тип управления (активная, с ручным управлением от обода, рычажного типа, с электроприводом) – определяются с учетом уровня двигательных нарушений (пара-, тетраплегия), при тетрапегии – степени нарушения функции верхних конечностей (по МКФ d445), а также уровня самообслуживания, повседневной активности инвалида, наличия ухаживающих лиц, развитости мускулатуры плечевого пояса, вида коляски, особенностей местности проживания и доступности технического обслуживания кресла-коляски (удаленности от протезно-ор-

топедических предприятий);

- тип рамы кресла-коляски по складываемости (складываемая, нескладываемая, разборная) определяется преимущественно габаритами кресла коляски и условиями проживания (учитывается ширина дверных проемов), повседневной активности инвалида (в частности, использование автомобиля);

- тип шин (пневматические, цельнолитые/полиуретановые) выбирается в зависимости от предназначения кресла-коляски (для комнатной – цельнолитые/полиуретановые, для прогулочной – пневматические).

Но при проживании в сельской местности рекомендуется преимущественно универсальная кресло-коляска с широкими пневматическими шинами, однако, при недоступности технического обслуживания и/или отсутствии ухаживающих лиц – необслуживаемые широкие цельнолитые/полиуретановые. В ряде случаев возможен учет пожеланий инвалида.

Заключение. Инвалидное кресло-коляска, подобранное при помощи разработанного алгоритма, учитывающего не только физические и функциональные возможности инвалида, но и социальные факторы, может повысить качество жизни маломобильного инвалида и при этом избежать многих неприятностей во время его эксплуатации.





ЛЯХОВЕЦКАЯ В.В., ВАСИЛЬЧЕНКО Е.М., КОНОВАЛОВА Н.Г.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОБУЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СПИННОГО МОЗГА НАВЫКАМ ПОЛЬЗОВАНИЯ КРЕСЛОМ-КОЛЯСКОЙ

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной
экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России,
г. Новокузнецк, Россия*

Основная часть пациентов с травматической болезнью спинного мозга (ТБСМ) являются инвалидами I группы, имеют выраженные ограничения к бытовой, общественной и профессиональной деятельности, вызванные нарушениями здоровья со стойким расстройством многих функций организма. Но утрата возможности самостоятельно передвигаться служит одним из самых значимых инвалидизирующих факторов.

Все эти пациенты нуждаются в технических средствах реабилитации в соответствии с индивидуальной программой реабилитации. В нашем Центре большое внимание уделяется обучению навыкам пользования креслом-коляской, что позволяет компенсировать утраченные функции, повысить уровень активности и участия инвалида.

В соответствии с Государственной программой «Доступная среда» на 2011-2020 гг. комплексная реабилитация и абилитация инвалидов должна включать «как обучение специалистов и персонала, предоставляющих реабилитационные и абилитационные услуги, так и получение знаний самими инвалидами и членами их семей об использовании ассистивных устройств и технологий, относящихся к реабилитации и абилитации».

Цель исследования. Оценить эффективность обучения пользованию креслом-коляской пациентов с ТБСМ.

Материал и методы. Исследование проведено в отделении медико-социальной реабилитации, физиотерапии и лечебной физкультуры ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России в 2017-2018 гг. На обучение навыкам активного и безопасного пользования креслом-коляской взяты 324 пациента, которых разделили на 3 группы в зависимости от исходного владения креслом-коляской. В первую группу вошли

пациенты, не умеющие управлять креслом-коляской. Это были лица с давностью травмы менее 1 года. Вторую группу составили пациенты, умеющие передвигаться по ровной дороге, поворачиваться при наличии свободного места. Лиц, хорошо владеющих креслом-коляской, но желающих освоить езду по лестнице, сложному рельефу, выполнение трюков объединили в третью группу.

Для пациентов с травмой позвоночника и спинного мозга на шейном уровне тестирование и занятия проводили с ухаживающими лицами, поскольку из-за выраженного неврологического дефицита пациенты самостоятельно не могли выполнять задания.

Обследование до и после курса обучения включало выполнение пациентами батареи тестов, составленной на основе WHEELCHAIR SKILLS TEST (2011) и оценивающей навыки эффективного и безопасного пользования креслом-коляской. Учитывали динамику максимальных (max), минимальных (min) и средних показателей выполнения тестов пациентами различных групп с учетом уровня поражения позвоночника и спинного мозга.

Результаты. Во время первичного тестирования 16 из 59 пациентов первой группы с поражением на шейном уровне смогли выполнить задание в тесте по активной езде: max эффективность – 9 %, max безопасность – 90 %. При повторном тестировании эффективность увеличилась до 21 %, безопасность осталась на прежнем уровне. В первую группу вошли 4 человека с грудным уровнем поражения. При первичном тестировании их max по эффективности составил 16 %, по безопасности – 90 %. После курса занятий эффективность увеличилась до 21 %, безопасность не изменилась. Лишь один пациент с травмой спинного мозга на поясничном уровне попал в первую груп-



пу с эффективностью пользования креслом-коляской 16 %, безопасностью – 91 %. После занятий показатели составили 35 % и 90 % соответственно.

Во второй группе занимались 44 пациента с травмой позвоночника и спинного мозга на шейном уровне. У них перед курсом занятий min показатель по эффективной езде был 28 %, max – 53 %. Показатели по безопасной езде составили: min – 78 %, max – 90 %. При повторном исследовании средняя эффективность выросла с 41 % до 51 %, безопасность – с 82 % до 85 %.

Из 43 пациентов с травмой позвоночника и спинного мозга на грудном уровне исходно min показатель по эффективной езде на кресле-коляске был 48 %, а max – 68 %. Показатели по безопасной езде в этой группе: min – 84 %, max – 89 %. После обучения эффективность в среднем увеличилась до 67 %, а безопасность – до 89 %.

Двадцать шесть пациентов с поражением на поясничном уровне обучались во второй группе. У них до начала обучения min показатель по эффективной езде был 48 %, а max – 67 %. По безопасной езде на кресле-коляске показатели в этой группе составили: min – 81 %, а max – 90 %. После проведенных занятий эффективность в среднем увеличилась с 50 % до 65 %, а безопасность – с 69% до

75 %.

В третьей группе обучение прошли 34 пациента с травмой на шейном уровне. У них после проведенных занятий показатель эффективности увеличился в среднем с 68% до 75 %, безопасности – с 84 % до 88 %.

У 92 пациента с травмой на грудном уровне после курса занятий средний показатель эффективности возрос с 71 % до 78 %, безопасности – с 87 % до 90 %. Изменение средних показателей у лиц с травмой на поясничном уровне (21 человек) после обучения: эффективности – с 86 % до 90 %, безопасности – с 87 % до 92 %.

Закключение. Все пациенты в результате прохождения курса обучения пользования креслом-коляской стали более мобильны, освоили набор маневров, увеличивший их независимость и безопасность. Они научились активнее перемещаться в помещении и вне дома. Лица, ухаживающие за пациентами с высоким уровнем травмы и выраженным неврологическим дефицитом, освоили правила эксплуатации кресла-коляски, что значительно облегчило уход за инвалидом-колясочником. Таким образом, обучение навыкам эффективного и безопасного пользования креслом-коляской пациентов с ТБСМ позволяет сделать их перемещение более совершенным и безопасным.





МОЗАЙЛО Г.В., ПОЛЯКОВА Н.Н., СКИДАН Г.В.

НУЖДАЕМОСТЬ ИНВАЛИДОВ ИЗ ЧИСЛА ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ МАРИЙ ЭЛ В ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВАХ РЕАБИЛИТАЦИИ СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ В ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОГРАММАХ РЕАБИЛИТАЦИИ ИЛИ АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА ЗА 2016-2018 ГОДЫ

*ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Марий Эл» Минтруда России,
г. Йошкар-Ола, Россия*

Введение. Реабилитация и абилитация инвалидов направлены на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности инвалидов в целях их социальной адаптации, включая достижение ими материальной независимости и интеграцию в общество. Одно из основных направлений реабилитации, абилитации инвалидов предусматривает использование инвалидами технических средств реабилитации (ТСР).

Цель. Анализ различных видов технических средств реабилитации, рекомендованных в индивидуальных программах реабилитации или абилитации (ИПРА) инвалидов из числа взрослого населения Республики Марий Эл.

Материал и методы. Анализ проведен на основании данных формы федерального государственного статистического наблюдения № 7-собес о рекомендациях по реабилитации и абилитации граждан, признанных инвалидами, за исключением пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

Методы исследования: выкопировка сведений, сравнительный анализ. Период исследования: 2016-2018 гг.

Результаты. За 2016 год из числа взрослого населения Республики Марий Эл инвалидами признаны 9833 человека; за разработкой ИПРА, из освидетельствованных ранее, обратились 455 человек. Всего разработано и выдано 10288 ИПРА.

Установлена нуждаемость в технических средствах реабилитации в 3453 случаях, что составляет 33,6 % от общего количества разработанных ИПРА:

- на первом месте находится установление

нуждаемости в обеспечении тростями опорными – 1190 рекомендаций (34,5 % от количества ИПРА, содержащих рекомендации по обеспечению техническими средствами реабилитации);

- на втором – обеспечение подгузниками – 414 рекомендаций (11,9 %);

- на третьем – обеспечение экзопротезами молочных желез – 397 рекомендаций (11,5 %), грациями, полуграциями, бюстгалтерами для фиксации протеза молочных желез – 397 рекомендаций (11,5 %);

- на четвертом – кресла-стулья с санитарным оснащением – 382 рекомендации (11,1 %);

- на пятом месте – корсеты, головодержатели, реклинаторы, оптураторы – 334 рекомендации (9,7 %).

За 2017 год инвалидами признаны 9870 человек; за разработкой ИПРА обратились 559 человек. Всего разработано и выдано 10429 ИПРА.

Установлена нуждаемость в технических средствах реабилитации в 3183 случаях что составляет 30,5 % от общего количества разработанных ИПРА:

- на первом месте находится установление нуждаемости в обеспечении тростями опорными – 959 рекомендаций (30,1 % от количества ИПРА, содержащих рекомендации по обеспечению техническими средствами реабилитации);

- на втором – обеспечение подгузниками – 490 рекомендаций (15,4 %);

- на третьем – обеспечение экзопротезами молочных желез – 385 рекомендаций (12,1 %), грациями, полуграциями, бюстгалтерами для фиксации протеза молочных желез – 385 реко-



Таблица – Нуждаемость инвалидов взрослого населения Республики Марий Эл в различных видах технических средств реабилитации, согласно рекомендациям ИПРА, за период 2016-2018 гг.

Технические средства реабилитации	2016 г.		2017 г.		2018 г.	
	К-во ИПРА	%	К-во ИПРА	%	К-во ИПРА	%
Разработано ИПРА всего	10288		10429		10476	
Из них: ИПРА с рекомендациями в обеспечении техническими средствами реабилитации – всего:	3453	33,6	3183	30,5	3125	29,8
из них: трости опорные	1190	34,5	959	30,1	945	30,2
Трости тактильные	71	2,1	54	1,7	41	1,3
Костыли	179	5,2	169	5,3	152	4,9
Опоры	8	0,2	1	0,03	10	0,3
Ходунки	88	2,5	98	3,1	97	3,1
Поручни	7	0,2	3	0,09	13	0,4
Кресла-коляски с ручным приводом комнатные	208	6,0	325	10,2	357	11,4
Кресла-коляски с ручным приводом прогулочные	332	9,6	247	7,8	272	8,7
Кресла-коляски с ручным приводом малогабаритные	0	0	0	0	0	0
Кресла-коляски с ручным приводом активного типа	5	0,1	13	0,4	9	0,3
Кресла-коляски с электроприводом	2	0,05	3	0,09	5	0,16
Кресла-стулья с санитарным оснащением	382	11,1	303	9,5	313	10,01
Протезы верхних конечностей	18	0,5	16	0,5	12	0,4
Протезы нижних конечностей	97	2,8	114	3,6	91	2,9
Протезы других органов, в том числе глазные, ушные, носовые, неба, половых органов	27	0,8	14	0,4	28	0,8
Экзопротезы молочных желез	397	11,5	385	12,1	391	12,5
Корсеты, головодержатели, реклинаторы, оптураторы	334	9,7	250	7,9	214	6,8
Бандажи	205	5,9	115	3,6	78	2,5
Грации, полуграции, бюстгалтеры для фиксации протеза молочных желез	397	11,5	385	12,1	391	12,5
Аппараты верхних конечностей	1	0,02	1	0,03	0	0
Аппараты нижних конечностей	23	0,7	15	0,5	12	0,4
Туторы верхних конечностей	1	0,02	4	0,1	5	0,2
Туторы нижних конечностей	47	1,4	44	1,4	48	1,5
Обувь ортопедическая сложная	146	4,2	181	5,7	213	6,8
Обувь на протезы и ортопедические аппараты нижних конечностей	108	3,1	130	4,1	30	0,96
Противопролежневые матрасы	217	6,3	185	5,8	188	6,01
Противопролежневые подушки	6	0,2	19	0,6	22	0,7
Приспособления для одевания, раздевания и захвата предметов	0	0	1	0,03	2	0,06
Специальная одежда	17	0,5	15	0,5	10	0,3
Специальные устройства для чтения «говорящих книг»	65	1,9	48	1,5	39	1,2
Специальные устройства для оптической коррекции слабовидения	26	0,8	14	0,43	19	0,6
Собаки-проводники с комплектом снаряжения	3	0,08	0	0	0	0
Медицинские термометры с речевым выходом	57	1,7	52	1,6	42	1,3
Медицинские тонометры с речевым выходом	27	0,8	26	0,8	25	0,8
Сигнализаторы звука световые и вибрационные	54	1,7	39	1,2	63	2,01
Слуховые аппараты, в том числе с ушными вкладышами индивидуального изготовления	313	9,1	308	9,7	301	9,6
Телевизоры с телетекстом для приема программ со скрытыми субтитрами	44	1,3	35	1,1	60	1,9
Телефонные устройства с текстовым выходом	45	1,3	38	1,2	60	1,9
Голосообразующие аппараты	3	0,08	5	1,6	2	0,06
Специальные средства при нарушениях функций выделения (моче- и калоприемники), в том числе в комплекте (без учета средств по уходу за стомой)	202	5,8	236	7,4	254	8,1
Средства по уходу за стомой (паста, крем, защитная пленка, очиститель, пудра и т.д.)	120	3,5	131	4,1	152	4,9
Абсорбирующее белье (пеленки)	130	3,8	186	5,8	202	6,5
Подгузники	414	11,9	490	15,4	513	16,4



мендаций (12,1 %);

- на четвертом – кресла-коляски с ручным приводом комнатные – 325 рекомендаций (10,2 %);

- на пятом месте – слуховые аппараты, в том числе с ушными вкладышами индивидуального изготовления – 308 (9,7 %).

За 2018 год инвалидами признаны 10126 человек; за разработкой ИПРА обратились 350 человек. Всего разработано и выдано 10476 ИПРА.

Установлена нуждаемость в технических средствах реабилитации в 3125 случаях, что составляет 29,8 % от общего количества разработанных ИПРА:

- на первом месте находится установление нуждаемости в обеспечении тростями опорными – 945 рекомендаций (30,2 % от количества ИПРА, содержащих рекомендации по обеспечению техническими средствами реабилитации);

- на втором – обеспечение подгузниками – 513 рекомендаций (16,4 %);

- на третьем – обеспечение экзопротезами молочных желез – 391 рекомендация (12,5 %), грациями, полуграциями, бюстгалтерами для фиксации протеза молочных желез – 391 рекомендация (12,5 %);

- на четвертом – кресла-коляски с ручным приводом комнатные – 357 рекомендаций (11,4 %);

- на пятом месте – кресла-стулья с санитарным оснащением – 313 рекомендаций

(10,01 %).

За анализируемый период случаев отказа от разработки и получения ИПРА не было. Таким образом, ИПРА разрабатываются и выдаются в 100 % случаев.

Данные о нуждаемости инвалидов из числа взрослого населения Республики Марий Эл в различных видах технических средств реабилитации, согласно рекомендациям ИПРА, за период 2016-2018 гг. представлены в таблице.

Закключение. При сравнении рекомендаций по обеспечению инвалидов ТСП за 2016-2018 гг. выявляется наибольшая потребность в следующих видах технических средств реабилитации: тростях опорных; подгузниках; экзопротезах молочных желез и, соответственно, в грациях, полуграциях, бюстгалтерах для фиксации протезов молочных желез; далее в креслах-колясках комнатных и прогулочных; креслах-стульях с санитарным оснащением; слуховых аппаратах, в том числе с ушными вкладышами индивидуального изготовления; корсетах, головодержателях, реклинаторах, оптураторах; противопролежневых матрацах; ортопедической обуви сложной; костылях; специальных средствах при нарушении функции выделения (моче- и калоприемниках); средствах по уходу за стомой (пасте, креме, защитной пленке, очистителе, пудре и так далее). Остальные ТСП составляли менее 3 % от числа ИПРА с рекомендациями по обеспечению техническими средствами реабилитации.



ПРИМЕНЕНИЕ ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ РЕАБИЛИТАЦИИ В УРОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ТРАВМЫ СПИННОГО МОЗГА

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России,
г. Новокузнецк, Россия*

Введение. Травматическая болезнь спинного мозга (ТБСМ) – причина возникновения нарушений функции тазовых органов (НФТО). Любые формы НФТО резко снижают качество жизни, создают психологические проблемы, что может привести к разрушению семейных, рабочих связей, к социальной изоляции. Применение технических средств реабилитации (ТСР) помогает значительно улучшить качество жизни пациента и уменьшить риск возникновения вторичных осложнений ТБСМ.

Цель. Анализ использования урологических ТСР у пациентов с ТБСМ.

Материал и методы. Исследование проведено в ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России. Проанализированы истории болезни 201 пациента с ТБСМ, имеющего нейрогенную дисфункцию нижних мочевыводящих путей (НДНМП). Мужчины составили 156 (78 %), женщины – 45 (22 %) человек. Средний возраст – 37,5 года.

С учетом патофизиологических особенностей НДНМП и механизмов их коррекции выделено 6 групп пациентов. Первая – пациенты с сочетанием нормоактивного детрузора с гипо-, гипер- или нормоактивным уретральным сфинктером. Вторая – сочетание гипоактивного детрузора с гипо- или нормоактивным уретральным сфинктером. Третья – гипоактивный детрузор и гиперактивный уретральный сфинктер. Четвертая – сочетание гиперактивного детрузора с гипо- или нормоактивным уретральным сфинктером. Пятая – гиперактивный детрузор и гиперактивный уретральный сфинктер. Шестая группа – пациенты с эпицистостомой и постоянным уретральным катетером.

Материалом исследования являлись истории болезни пациентов с ТБСМ, данные до-

полнительных методов исследований пациентов (УЗИ, рентгенография, КУДИ), протоколы неврологического и урологического осмотров.

Назначение ТСР регламентируется приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 13.02.2018 № 85н «Об утверждении Сроков пользования техническими средствами реабилитации, протезами и протезно-ортопедическими изделиями до их замены».

Результаты. Повреждение позвоночника и спинного мозга на шейном уровне было у 70 (35 %) человек, верхне-грудного уровня – у 35 (17 %), ниже-грудного – у 54 (27 %), поясничного – у 42 (21 %) человек. Неврологические нарушения типа А по ASIA имели 59 (29 %) пациентов, типа В – 59 (29 %), типа С – 56 (28 %) и типа D – 27 (14 %).

Проведен анализ использования ТСР у пациентов с различными видами НДНМП. Пациенты с гипоактивным детрузором и гипои или нормоактивным уретральным сфинктером чаще всего не нуждались в использовании ТСР. Одноразовые катетеры чаще применяли пациенты с гипоактивным детрузором и гиперактивным уретральным сфинктером. Использование абсорбирующего белья в связи с явлениями недержания и неудержания мочи и кала было прерогативой пациентов с гиперактивным детрузором и гипо-, нормо- или гиперактивным уретральным сфинктером. У пациентов с гиперактивным детрузором и гиперактивным уретральным сфинктером отмечается также более частое применение уропрезервативов и комбинации нескольких урологических ТСР.

При анализе использования ТСР у пациентов в различные периоды после травмы спинного мозга (до 1 года, от 1 года до 3 лет, более 3 лет) выявлена следующая закономер-



ность: увеличивается использование уропрезервативов при увеличении давности травмы (максимально до 46,6 %). Максимальное количество больных с постоянным уретральным катетером в первый год после травмы (18,3 %), что связано с явлением спинального шока с отсутствием адекватного самостоятельного мочеиспускания и низкой информированностью о периодической катетеризации мочевого пузыря. После 1 года от момента травмы увеличивается число больных с эпицистостомами (24,9 %), что связано с возникновением осложнений длительного стояния постоянного катетера и отсутствием самостоятельного мочеиспускания после удаления постоянного катетера. Далее количество больных с эпицистостомой снижается (13,6 % после 3 лет от момента травмы) в связи с восстановлением самостоятельного мочеиспускания и адаптации пациента к неврологическому дефициту и социально-бытовым условиям. Уровень использования абсорбирующего белья максимальный в период до 1 года (20,7 %) и более 3 лет (24,1 %) – наиболее вероятно связан с само-

стоятельным применением данных изделий без оценки мочеиспускания пациента врачом. Периодическая катетеризация имеет невысокий процент и постепенно снижается при увеличении давности травмы (8,5 % – 4,3 %) – это связано с низкой информированностью больных и их родственников о данном методе опорожнения мочевого пузыря и с улучшением самостоятельного мочеиспускания на фоне адаптации к неврологическому дефициту.

Заключение. На основании полученных в работе данных, а также известных особенностей течения ТБСМ (частые инфекции мочевыводящих путей, проявления острой урологической патологии, развитие мочекаменной болезни), которые могут привести к изменению вида НДНМП, считаем необходимым обязательный осмотр всех пациентов с НДНМП врачом нейроурологом (урологом) с целью оценки выраженности НДНМП и определения возможности их коррекции, подбора индивидуальных средств медицинской реабилитации и обучения пользования ими, решения вопросов социальной адаптации и реабилитации.



АНАЛИЗ НАЗНАЧЕНИЯ ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДАМ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2016-2018 ГОДЫ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Томской области» Минтруда России,
г. Томск, Россия*

Решение об обеспечении инвалидов техническими средствами реабилитации (ТСР) принимается при установлении показаний и противопоказаний (ст. 11.1 Федерального закона от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»).

Цель исследования. Изучение назначений ТСР гражданам Томской области, признанными инвалидами за 2016-2018 гг., и сравнение с показателями по Российской Федерации (РФ).

Материал и методы. Исследование сплошное. Источник информации: база данных в ИС ЕАВИИАС МСЭ, прошедших освидетельствование в ФКУ «ГБ МСЭ по Томской области» Минтруда России.

Объект исследования: индивидуальные программы реабилитации или абилитации инвалидов (ребенка-инвалида) (ИПРА).

Объем исследования: 36347 ИПРА. Период наблюдения: 2016-2018 гг.

Результаты. В 2016 г. специалистами учреждения всего разработано 12879 ИПРА (10673 – инвалидам старше 18 лет и 2206 – детям-инвалидам), в 2018 г. – 10992 ИПРА (8881 – инвалидам старше 18 лет, 2111 – детям-инвалидам), что на 14,7 % меньше. Темп снижения разработки ИПРА среди инвалидов старше 18 лет составил 16,8 %, среди детей-инвалидов – 4,3 %.

Доля рекомендованных ТСР в ИПРА взрослых инвалидов в 2018 г. в сравнении с 2016 г. увеличилась на 2,1 % и составила 45,4 % случаев, что превысило среднероссийский показатель на 8,8 %. Количество инвалидов со сроком инвалидности «бессрочно» увеличилось на 36 %. Количество детей, признанных инвалидами, увеличилось на 4,3 %. На 28,8 % возросло количество детей, которым установлена категория «ребенок-инвалид» до 18 лет. Уро-

вень первичной инвалидности детского населения Томской области возрос с 20,6 до 25,3 на 10 тыс. (в 2018 г. по РФ – 24,7; по Сибирскому федеральному округу (СФО) – 24,4). Доля рекомендованных ТСР в ИПРА детей-инвалидов увеличилась с 26,0 % до 28,9 % и превысила среднероссийский показатель на 4,5 %.

Проведенный углубленный анализ раздела ИПРА «Технические средства реабилитации...» за период 2016-2018 гг. выявил превышение среднестатистических показателей нуждаемости инвалидов Томской области по следующим видам ТСР:

- слуховые аппараты (в том числе с ушными вкладышами индивидуального изготовления) в 2018 г. рекомендовались в 17,6 % (в 2016 г. в 18,2 %), что превысило показатель по РФ (8,0 %) на 9,6 %. С бессрочной группой инвалидности для обеспечения слуховыми аппаратами обратилось 75 % граждан. Среди лиц, не достигших 18 летнего возраста, регистрируется снижение на 4,4 % количества нуждающихся в слуховых аппаратах;

- кресла-коляски с ручным приводом (комнатные) в 2016 г. рекомендованы в 512 ИПРА, что составило 11,1 % (РФ – 12,8 %, СФО – 10,83 %). В 2018 г. рекомендации данного вида ТСР сделаны в 832 (20,5 %) ИПРА. По сравнению с 2016 г. произошел рост в 1,6 раза. Детям-инвалидам в 2016 г. рекомендованы комнатные кресла-коляски с ручным приводом в 105 ИПРА, что составило 18,3 % (РФ – 13,2 %, СФО – 10,9 %). За 2018 г. данный вид ТСР рекомендован в 127 (20,8 %) ИПРА ребенка-инвалида. По сравнению с 2016 г. доля детей-инвалидов, нуждающихся в комнатной кресле-коляске с ручным приводом, выросла на 2,5 %;

- кресла-коляски с ручным приводом (прогулочные) в 2016 г. рекомендованы инвалидам



старше 18 лет в 294 (6,4 %) ИПРА, что не превысило показатель по РФ (9,2 %). За 2018 г. такие рекомендации внесены в 323 (8,0 %) ИПРА. По сравнению с 2016 г. рост на 9,9 %. В 2016 г. детям рекомендованы кресла-коляски с ручным приводом прогулочные в 159 (27,8 %) ИПРА (РФ – 21,2 %). Превышение показателя по РФ составило 6,5 %. За 2018 г. детям-инвалидам рекомендованы прогулочные кресла-коляски с ручным приводом в 144 (23,6 %) ИПРА, из них при первичном освидетельствовании 12 чел., при повторном 132 чел. В сравнении с 2016 г. наметилась тенденция к снижению нуждаемости в ТСР данного вида;

- кресла-коляски с электроприводом в 2016 г. рекомендованы инвалидам старше 18 лет в 7 ИПРА, а в 2018 г. в – 5 ИПРА (снижение на 28,6 %). Детям-инвалидам данный вид ТСР в 2016 г. рекомендован не был, в 2018 г. рекомендован в 1 случае;

- кресла-коляски активного типа в 2016 г. рекомендованы инвалидам старше 18 лет в 10 ИПРА, в 2018 г. в 14 ИПРА – рост на 40 %;

- наборы-мочеприемники для самокатетеризации в 2016 г. рекомендованы в 5 ИПРА, в 2017 г. – в 10 ИПРА, в 2018 г. – в 7 ИПРА. Все граждане являются инвалидами I группы без указания срока переосвидетельствования, причиной инвалидности стали последствия спинномозговой травмы. Все в молодом возрасте, ведут активный образ жизни. Назначение наборов-мочеприемников для самокатетеризации вносится в ИПРА инвалида только с учетом консультативного заключения специалиста медицинской организации.

Заключение. Таким образом, исследование показало, что превышение среднероссийских показателей по рекомендуемым слуховым аппаратам связано с высоким уровнем первичной инвалидности в Томской области вследствие болезней уха и сосцевидного отростка (2,8 на 10 тыс. населения (по РФ – 1,3); в общей структуре заболеваний, приведших к первичной инвалидности, доля лиц с данной патологией у взрослых составила 6,2 % (IV ранговое место); с увеличением количества освидетельствуемых лиц пенсионного возраста (76,8 %), у которых нарушение слуха произошло вследствие сосудистых поражений головного мозга (цереброваскулярная болезнь), что привело к стойким нарушениям сенсорных функций (слуха).

Сохраняющийся высокий уровень рекомендаций в ИПРА кресел-колясок с ручным приводом (комнатная, активная) связан с утяжелением инвалидности у взрослого населения (доля инвалидов I группы увеличилась с 18,6 % до 20,0 %) и внесенными изменениями в приказ Минтруда России от 28.12.2017 № 888н «Об утверждении перечня показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации», которые расширили показания к назначению кресел-колясок с ручным приводом (комнатные, прогулочные, активного типа), с электроприводом, малогабаритных. На высокий уровень рекомендаций по отдельным группам ТСР оказывает влияние увеличившаяся (с 30 % до 49,5 %) доля бессрочных ИПРА.



АНАЛИЗ ПОТРЕБНОСТЕЙ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ В ТОВАРАХ И УСЛУГАХ, ПРЕДНАЗНАЧЕННЫХ ДЛЯ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ И ИНТЕГРАЦИИ В ОБЩЕСТВО

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Тюменской области» Минтруда России,
г. Тюмень, Россия*

Введение. В последние годы в нашей стране все чаще внимание общества и государства привлекается к проблемам детей-инвалидов и их семей. Ведь семья, имеющая ребенка-инвалида, – это семья с особым статусом, особенности и проблемы которой определяются разными факторами. Одним из таких факторов является низкое материальное обеспечение семьи в связи с необходимостью ухаживать за больным ребенком и невозможностью работать. Как правило, в этой ситуации оказывается мать. Наиболее серьезные трудности испытывают семьи, в которых кроме ребенка-инвалида есть ещё дети.

Одной из форм государственной поддержки российских семей, воспитывающих детей, является материнский (семейный) капитал. В 2015 г. был принят Федеральный закон от 29.12.2006 № 256-ФЗ (ред. от 02.08.2019) «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей», согласно которому материнский (семейный) капитал стало возможным потратить на более широкие цели, в частности – на услуги и товары, помогающие детям-инвалидам интегрироваться в общество и успешно пройти курс социальной адаптации.

Цель. Изучить потребность детей-инвалидов в товарах и услугах, предназначенных для социальной адаптации и интеграции в общество, за период с июня 2016 г. по июнь 2019 г.

Материал и методы. Изучены индивидуальные программы реабилитации или абилитации (ИПРА) детей-инвалидов, содержащих рекомендации в разделе «Товары и услуги, предназначенные для социальной адаптации и интеграции в общество детей-инвалидов, на приобретение которых направляются средства (часть средств) материнского (семейного) ка-

питала».

Результаты. По данным Пенсионного фонда РФ число российских семей, которые получили сертификат и в которых есть дети-инвалиды, только в 2016 г. составило 13,5 тыс. Безусловно, все эти дети, как и их семьи, нуждаются в поддержке государства, так как социализация детей-инвалидов, их адаптация в обществе является непростой и затратной задачей.

Распоряжением Правительства РФ от 30 апреля 2016 № 831-р был утвержден Перечень товаров и услуг, предназначенных для социальной адаптации и интеграции в общество детей-инвалидов (далее – Перечень). В него вошли 48 позиций.

В июне 2016 г. в ФКУ «ГБ МСЭ по Тюменской области» Минтруда России был утвержден алгоритм разработки ИПРА в части раздела «Товары и услуги, предназначенные для социальной адаптации и интеграции в общество детей-инвалидов, на приобретение которых направляются средства (часть средств) материнского (семейного) капитала».

При проведении медико-социальной экспертизы ребенка-инвалида (с целью установления инвалидности или разработки ИПРА) у родителей ребенка-инвалида уточняется, имеется ли в семье сертификат на получение материнского капитала. И если такой сертификат имеется, в обязательном порядке рассматривается вопрос о возможности включения в ИПРА товаров и услуг, предназначенных для социальной адаптации и интеграции в общество детей-инвалидов (далее – Товары) в соответствии с утвержденным Перечнем. Возможность их включения в ИПРА определяется с учетом нарушенных функций организма ребенка, обязательно согласовывается с законным предста-



водителем ребенка-инвалида. Выписка из ИПРА по направлению средств (части средств) материнского (семейного) капитала на приобретение товаров и услуг, предназначенных для социальной адаптации и интеграции в общество детей-инвалидов, путем компенсации затрат на приобретение таких товаров и услуг в 3-дневный срок после разработки ИПРА направляется в отделение Пенсионного фонда РФ. Родителям даются подробные разъяснения и вручается памятка о дальнейших действиях по реализации их права.

За период с мая 2016 г. по июнь 2019 г. у 57 детей-инвалидов внесены рекомендации в раздел ИПРА «Товары и услуги, предназначенные для социальной адаптации и интеграции в общество детей-инвалидов, на приобретение которых направляются средства (часть средств) материнского (семейного) капитала». Из 57 человек – 20 (35 %) это дети, страдающие ДЦП; 13 (23 %) – дети с патологией органа зрения (преимущественно с атрофией зрительного нерва); 9 (16 %) – дети с психическими расстройствами (преимущественно с умственной отсталостью). При этом 60 % детей-инвалидов имеют выраженные и значительно выраженные нарушения функций организма, то есть имеют тяжелые проявления заболеваний; 40 % – умеренные нарушения функций организма.

На основе изучения ИПРА проведен анализ потребностей семей в товарах и услугах,

предназначенных для социальной адаптации и интеграции детей-инвалидов. Всего в 57 ИПРА включено 153 шт. товаров и услуг по 21 позиции Перечня. Из них наибольшая нуждаемость определена в оборудовании для тренировки опорно-двигательного аппарата – 23 шт. (15 % от всех товаров и услуг). На втором месте по частоте рекомендаций три вида товаров и услуг: игры, компьютеры портативные и персональные цифровые ассистенты (PDA), компьютеры настольные непортативные. На их долю приходится по 12 %. На третьем месте клавиатуры – 17 шт. (11 %). Четвертое место поделили велосипеды трехколесные с ножным приводом и линзы для коррекции зрения – по 11 шт. (7 %). Остальные товары рекомендовались от 1 до 4-х штук, в том числе кресла функциональные, подставки для книг и книгодержатели, вспомогательные средства обучения повседневной персональной деятельности и др.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о наличии потребности у семей с детьми-инвалидами в использовании средств материнского (семейного) капитала на цели социальной адаптации и интеграции детей-инвалидов в общество. Наибольшая потребность определена в оборудовании для тренировки опорно-двигательного аппарата и в различных модификациях компьютеров.



АВТОМАТИЗИРОВАННАЯ ИНФОРМАЦИОННАЯ СИСТЕМА ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПОДБОРА КРЕСЛА-КОЛЯСКИ

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России,
г. Новокузнецк, Россия*

До настоящего времени в обеспечении инвалидов техническими средствами реабилитации (ТСР), в частности, креслами-колясками, существуют проблемы, в числе которых – недостаточная индивидуализация подходов к предоставлению ТСР (Озина А.М., Галкина М.И., 2016). Рядом авторов указывается, что при определении показаний к обеспечению ТСР необходимо ориентироваться не только на клинический, но и на «социальный» диагноз (Севастьянов М.А. и соавт., 2013; Васильченко Е.М., Карапетян К.К., 2018). Факторов, способных влиять на особенности эксплуатации кресла-коляски множество. Ситуация осложняется разнообразием моделей данного вида ТСР на российском рынке. Поэтому целесообразна разработка программного продукта, осуществляющего автоматический выбор кресла-коляски после диагностики и определения всех необходимых позиций, касающихся уровня активности, участия, социальных факторов, актуальных для инвалида.

Цель исследования. Разработка программы автоматизированного индивидуального подбора кресла-коляски для маломобильных инвалидов.

Материал и методы. Изучены нормативные документы, регламентирующие назначение ТСР в Российской Федерации (РФ).

Проанализирован российский рынок кресел-колясок с их техническими характеристиками для инвалидов (доступные электронные ресурсы – официальные сайты производителей или их представителей в РФ – всего 18, интернет-магазины ТСР – 10).

Для апробации программы автоматического подбора кресла-коляски были обследованы и опрошены согласно разработанному протоколу 10 инвалидов с травматической болезнью спинного мозга (7 мужчин и 3 женщины), находящихся на реабилитации в отделении медицинской реабилитации ФГБУ ННПЦ МСЭ

и РИ Минтруда России. Из них 5 – с повреждением поясничного отдела спинного мозга, 2 – грудного и поясничного, 3 – шейного.

Результаты. Для реализации автоматизации процесса подбора кресла-коляски была создана актуальная база данных кресел-колясок от различных производителей, различной ценовой категории. В настоящее время база данных содержит сведения о 140 креслах-колясках 18 производителей: Otto Bock (российского производства) – 7, Armed (Китай) – 26, Ortonica (Китай) – 34, Titan (Германия) – 11, Меура (Китай) – 4, Vermeiren (Бельгия) – 12, Карма (Тайвань) – 3, Инкар (Россия) – 5, Преодоление (Россия) – 7, Катаржина (Россия) – 5, Мега-Оптим (Россия) – 4, Завод специального оборудования (Россия) – 1, Медстал (Россия) – 1, Баргу (Тайвань) – 1, Blandino (Италия) – 1, Etac (Италия) – 1, Доступная среда (производители не указаны) – 17. Наибольшее количество кресел-колясок механических с ручным приводом – 90, с рычажным приводом – 5, активных – 19, с электроприводом – 26. Многие коляски, в зависимости от выбранных шин, могут использоваться как внутри, так и вне помещения. Ориентировочная стоимость (представленная на различных сайтах интернет-магазинов) механических кресел-колясок с ручным приводом варьирует от 5990 до 112000 рублей, активных – от 50000 до 215000 рублей, с электроприводом – от 50000 до 280000 рублей. Цена зависит от производителя, комплектации и функциональности кресла-коляски. По мере изменения сведений о технических характеристиках кресел-колясок, при появлении новых моделей и модификаций, база данных будет обновляться и актуализироваться.

Для создания программы использован IBM совместимый компьютер. Язык программирования: Delphi, система управления базой данных: Microsoft Access 2013, операционная система: Windows WP пакет обновления 3 или



более поздняя версия.

В программе предусмотрены отдельные окна для заполнения сведений о пациенте при подборе кресла-коляски для использования внутри помещения или вне помещения. Сведения о пациентах и результаты подбора сохраняются при необходимости. Имеется возможность корректировки введенных значений в случае отсутствия модели кресла-коляски с точно заданными характеристиками: это касается тех параметров, вариация которых производителями не указывается (в частности, глубина сидения, высота спинки). «Протокол оценки физических параметров, степени самообслуживания, повседневной активности и факторов окружающей среды маломобильного инвалида для индивидуального подбора кресла-коляски» и «Протокол индивидуального подбора кресла-коляски» (отчет) можно распечатать. Последний содержит информацию о заданных параметрах, рекомендуемые характеристики кресла-коляски и перечень подобранных, исходя из физических параметров человека, его уровня активности и участия, влияющих факторов окружающей среды, кре-

сел-колясок с указанием их ориентировочной стоимости.

Разработанная программа автоматизированного индивидуального подбора кресла-коляски была апробирована на 10 инвалидах с травматической болезнью спинного мозга с различным уровнем повреждения спинного мозга, различного роста и массы тела, имеющих различный уровень активности и участия и проживающих в различных условиях. Результаты апробации показали достаточную приемлемость работы программы. Во всех случаях были подобраны оптимальные варианты кресел-колясок (от 1 до 8). В случае предложения нескольких кресел-колясок есть возможность выбора, исходя из индивидуальных предпочтений.

Заключение. Таким образом, в рамках данного исследования разработана и в пилотном режиме апробирована автоматизированная система индивидуального подбора кресла-коляски, позволяющая повысить качество жизни маломобильных инвалидов путем адекватного назначения ТСР. Оформлена заявка на интеллектуальную собственность.







АМПУТАЦИЯ И ПРОТЕЗИРОВАНИЕ КОНЕЧНОСТИ



ЧАСТОТА АМПУТАЦИЙ БЕДРА И ГОЛЕНИ

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России,
г. Новокузнецк, Россия*

Старение населения, рост заболеваемости сахарным диабетом и высокое потребление табака способствуют увеличению количества пациентов с критической ишемией конечности (КИК).

Нередко после проведения эндоваскулярных и «открытых» хирургических реваскуляризирующих вмешательств, консервативной терапии единственно возможным методом лечения КИК и гнойно-некротических осложнений сахарного диабета остается ампутация конечности.

Важным аспектом при ампутации нижней конечности является сохранение коленного сустава.

Цель исследования. Изучить частоту ампутаций бедра и голени в период с 1998 по 2013 гг.

Материал и методы. Больные с заболеванием периферических артерий (ЗПА) и осложнениями сахарного диабета, госпитализированные в отделение сосудистой хирургии ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России в период 1998-2013 гг. Всего 741 пациент, которым выполнено 764 ампутации (590 – голени, 174 – бедра). Больные были распределены на 4 группы в зависимости от временных периодов.

Первую группу составили пациенты, которым ампутация бедра или голени выполнена в период с 1 января 1998 года по 31 декабря 2005 года ($n = 380$). Вторая группа – пациенты, которым ампутация конечности проведена в период с 1 января 2006 года по 31 декабря 2007 года ($n = 104$).

Третью группу – пациенты, которым ампутация конечности проведена в период с 1 января 2008 года по 31 декабря 2009 года ($n = 110$). Всего было выполнено 115 ампутаций, из них 95 (83,3 %) – на уровне голени и 20 (17,4 %) – на уровне бедра. В этот период проведена апробация некоторых элементов методичес-

ких особенностей при проведении ампутации голени.

Четвертая группа – пациенты, которым ампутация конечности проведена в период с 1 января 2010 года по 31 декабря 2013 года ($n = 147$). Всего было выполнено 151 ампутаций, из них 141 (93,4 %) – на уровне голени и 10 (6,6 %) – на уровне бедра. В этот период работа проводилась в соответствии с уже отработанными к этому времени принципами максимально возможного частого сохранения коленного сустава при выполнении ампутации конечности.

Результаты. В период с 1 января 1998 года по 31 декабря 2005 года в клинике ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России была принята тактика, нацеленная на предпочтение транстибиального усечения конечности над трансфemorальным. Всего за этот период было выполнено 390 ампутаций, из них 262 (67,2 %) – на уровне голени и 128 (32,8 %) – на уровне бедра.

В период с 1 января 2006 года по 31 декабря 2007 год целенаправленно проводилась тактика по формуле: «всегда ампутация голени и лишь когда это невозможно – ампутация бедра». Всего было выполнено 108 ампутаций, из них 92 (85,2 %) – на уровне голени и 16 (14,8 %) – на уровне бедра.

В период с 1 января 2008 года по 31 декабря 2009 года была проведена апробация некоторых элементов методических особенностей при проведении ампутации голени. Всего было выполнено 115 ампутаций, из них 95 (83,3 %) – на уровне голени и 20 (17,4 %) – на уровне бедра.

В период с 1 января 2010 года по 31 декабря 2013 года выполнение ампутации конечности проводилось в соответствии с уже отработанными к этому времени принципами максимально возможного сохранения коленного сустава. Всего было выполнено 151 ампутаций, из них



141 (93,4 %) – на уровне голени и 10 (6,6 %) – на уровне бедра.

Таким образом, использование разработанной тактики позволяет сохранить коленный

сустав у более 50 % пациентов с критической ишемией конечности, что дает возможность увеличить реабилитационный потенциал.



ДУДНИК Л.Н., САЛИКОВА С.И.

АНАЛИЗ РЕКОМЕНДАЦИЙ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ТЕХНИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ (ПРОТЕЗАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ) В ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ИЛИ АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ И ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ПО ОМСКОЙ ОБЛАСТИ В 2016-2018 ГОДАХ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Омской области» Минтруда России,
г. Омск, Россия*

Введение. Инвалиды вследствие ампутации конечностей составляют около 10 % от общего количества инвалидов с заболеваниями и последствиями травм опорно-двигательной системы. В соответствии с Федеральным законом от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» решение об обеспечении инвалидов техническими средствами реабилитации (далее – ТСР), в том числе и протезами нижних конечностей, принимается при установлении медицинских показаний и

противопоказаний на основе оценки стойких расстройств функций организма, связанных с заболеваниями, последствиями травм и дефектами, которые регламентированы Приказом Минтруда России от 28.11.2017 г. № 888н «Об утверждении перечня показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации». При наличии медицинских показаний в соответствии с Перечнем для обеспечения инвалидов протезами нижних конечностей немодульными, модульными и модульными с внешним источником

энергии учитывается общее состояние здоровья, состояние культы, состояние второй нижней конечности, профессия инвалида и мотивация в дальнейшем трудоустройстве, степень социальной и физической активности.

Цель исследования. Анализ нуждаемости инвалидов 18 лет и старше и детей-инвалидов, проживающих в Омской области, в протезах нижних конечностей согласно рекомендациям индивидуальной программы реабилитации и абилитации за период 2016-2018 гг.

Материал и методы. Проанализированы данные электронной базы ЕАВИИАС МСЭ – использовались сведения из дел медико-социальной экспертизы граждан в ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России.

Проводились выборка сведений, статистический, аналитический, сравнительный анализ. Период исследования: 2016-2018 гг.

Результаты. В ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России в 2018 г. всего освидетельствовано 34532 человека. Количество освидетельствованных уменьшилось в сравнении с 2017 г. на 814 чел. (2,3 % случаев) и с 2016 г. на 315 чел. (0,9 %). В 2018 г. инвалидам 18 лет и старше и детям-инвалидам разработано 29122 индивидуальных программ реабилитации или абилитации (ИПРА), что меньше на 2,3 % по сравнению с 2017 г. (29813 ИПРА) и на 0,8 % по сравнению с 2016 г. (29348 ИПРА). Из них доля ИПРА для лиц, обратившихся только за их разработкой, увеличилась до 4,2 % в 2018 г., в 2017 г. и 2016 г. – 3,9 % от общего числа разработанных программ. Рекомендации по обеспечению ТСР инвалидов 18 лет и старше даны в 2018 г. в 9685 ИПРА, в 2017 г. – в 10303 ИПРА, в 2016 г. – в 10203 ИПРА. Уменьшение абсолютного числа разработанных ИПРА в 2018 г. к 2016 г. составило 5,1 % (518 чел.). Их удельный вес в структуре всех разработанных ИПРА снизился до 38,6 % (2017 г. – 39,7 %, 2016 г. – 39,9 %). Количество ИПРА с рекомендациями на обеспечение детей-инвалидов ТСР увеличилось в 2018 г. до 977 ИПРА (2017 г. – 868 ИПРА, 2016 г. – 836 ИПРА). Темп прироста абсолютного числа к 2016 г. составил 16,9 % (141 чел.) случаев. Их удельный вес в структуре всех ИПРА, разработанных детям-инвалидам, имеет тенденцию к увеличению с 22,3 % до 24,1 %. Среди рекомендаций по обеспечению ТСР протезы нижних конечностей инвалидам 18 лет и старше составили 330 случаев, 3,4 % от общего количества ИПРА с ТСР. Аб-

солютное количество рекомендаций протезов нижних конечностей уменьшилось на 9 случаев по сравнению с 2017 г. (339 случаев) и на 12 случаев – по сравнению с 2016 г. (342 случая). Их доля за период 2016-2018 гг. остается на уровне 3,3 % – 3,4 % от общего количества ИПРА с рекомендациями на ТСР, что в диапазоне удельного веса по Российской Федерации (РФ) (3,2 % – 3,3 %), но ниже, чем по Сибирскому федеральному округу (СФО) (3,7 % – 3,9 %). Среди детей-инвалидов рекомендованы протезы нижних конечностей в 2018 г. в 5 случаях (2017 г. – 7 случаев, 2016 г. – 1). Их удельный вес в структуре ТСР в 2016-2018 гг. имеет неустойчивую тенденцию к росту с 0,1 % – 0,7 % – 0,5 % случаев, что выше, чем по РФ (0,2 % – 0,3 %) и СФО (0,2 % – 0,3 %). Потребность инвалидов 18 лет и старше в протезах нижних конечностей с внешним источником энергии в 2016-2017 гг. составила 0,1 %, в 2018 г. – не установлена. У детей-инвалидов в анализируемый период потребность в обеспечении вышеуказанным протезом не определена. Связано это с особенностями их назначения и рационального использования, что предполагает возможность предоставления на медико-социальную экспертизу заключения специалистов в области протезирования о необходимости и обоснованности определения нуждаемости именно в этом виде протеза с учетом совокупности всех критериев выбора, а также определения степени его функциональности в зависимости от степени активности инвалида в соответствии с классификационной системой MOBIS, оценки критериев уровня потенциальной двигательной активности, при отсутствии медицинских противопоказаний, дает возможность определить целесообразность назначения инвалиду протеза нижних конечностей с внешним источником энергии.

Заключение. Таким образом, потребность в протезах нижних конечностей за период 2016-2018 гг. (рекомендованных в ИПРА ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России) у взрослых составила 3,3 % – 3,4 %, что не превышает данные по РФ и СФО. В их структуре отмечено уменьшение нуждаемости в протезах нижних конечностей с внешним источником энергии. У детей-инвалидов наблюдается рост удельного веса рекомендаций по обеспечению протезами нижних конечностей и превышение его по РФ и СФО. Низкий показатель нуждаемости в протезах нижних конеч-



ностей с внешним источником энергии связан с неформальным и рациональным подходом к рекомендациям к данным высокофункциональным видам протезов, применение которых

направлено на повышение уровня двигательной активности инвалида, улучшение статики опорно-двигательного аппарата, кинематики и динамики ходьбы.



ЖАТЬКО О.В., СТЕПАНОВА Е.Ю.

ОЦЕНКА ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО УРОВНЯ ПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОТЕЗОМ У ИНВАЛИДОВ С ОДНОСТОРОННЕЙ АМПУТАЦИЕЙ БЕДРА ВСЛЕДСТВИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОСУДИСТОГО ГЕНЕЗА

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России,
г. Новокузнецк, Россия*

Основной причиной ампутации нижней конечности, частота которой в последние десятилетия увеличивается, в 80 % случаев являются заболевания сосудистого генеза (облитерирующие заболевания артерий и осложнения сахарного диабета). Протезирование – центральное мероприятие реабилитации пациентов с утратой конечности. Однако оно не всегда достигает функционального результата в силу медико-социальных особенностей контингента пациентов с постампутационными дефектами нижних конечностей вследствие заболеваний сосудистого генеза, таких, например, как высокий средний возраст, наличие серьезных сопутствующих заболеваний и других факторов.

Цель работы – оценить различие функционального уровня пользования протезом у

инвалидов с односторонней ампутацией бедра вследствие заболеваний сосудистого генеза в зависимости от пола.

Материал и методы. Обследованы 114 пациентов с односторонней ампутацией на уровне бедра вследствие заболеваний сосудистого генеза, поступивших в ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России для первичного протезирования в период с 20.02.2017 по 20.04.2018 гг. Причиной усечения конечности в 82,5 % случаев (94 человека) был атеросклероз, в 17,5 % (20 человек) – осложнения сахарного диабета. Число мужчин – 96 (84,2 %), женщин – 18 (15,8 %). Средний возраст больных $63,4 \pm 1,0$ год, мужчин – $63,1 \pm 1,0$ год, женщин – $65,1 \pm 3,9$ года. Все пациенты имели медицинские показания к протезированию.

Все инвалиды до начала протезирования



обследованы с применением предиктора мобильности ампутантов без протеза (ПМАбезПРО), после протезирования и обучения ходьбе на протезе – предиктора мобильности ампутантов с протезом (ПМАПРО). Инструменты ПМАбезПРО, ПМАПРО позволяют выделить 5 функциональных уровней ампутантов (от не обладающих способностью и потенциалом безопасно передвигаться – К0 – до обладающих способностью или потенциалом передвижения за рамками элементарных навыков – К4).

Результаты. До протезирования доля низкомобильных женщин с односторонней ампутацией бедра вследствие заболеваний периферических артерий, относящихся к уровням К0 или К1 по оценке ПМАПРО, была в 2,4 раза выше, чем у мужчин, и составляла 88,9 % и 36,5 %, соответственно, $p < 0,001$.

Средний функциональный уровень – К2 – до протезирования имели более половины (58,3 %) мужчин-ампутантов и только 11,1 % женщин, $p < 0,001$. Доля высокомобильных больных, принадлежавших к функциональным уровням К3 и К4, у мужчин суммарно составляла 5,2 %, тогда как у женщин отсутствовала.

Сравнительный анализ динамики функционального уровня пациентов разного пола в результате протезирования показал, что как мужчины, так и женщины с низким исходным функциональным уровнем К0 или К1 в большинстве случаев (81,2 % у женщин, 97,1 % у мужчин) в результате двигательной реабилитации достигают его повышения на одну

или две ступени. Более мобильные ампутанты мужского пола с начальным функциональным уровнем К2 после проведенного протезирования сохраняют (60,7 %) или повышают его до уровня К3, К4 (35,7 % случаев); женщины с тем же исходным функциональным уровнем способны лишь улучшить свои показатели на несколько баллов внутри той же функциональной группы, но не качественно повысить его.

Выводы. При оценке функционального уровня лиц с односторонней ампутацией бедра вследствие заболеваний сосудистого генеза до протезирования при помощи ПМАбезПРО выявлено отчетливое преобладание в группе женщин доли низкомобильных (уровни К0, К1) пациенток, незначительное число женщин со средним функциональным уровнем (К2) и отсутствие пациенток с высокими функциональными уровнями (К3, К4), тогда как большая часть мужчин – около 60 % – принадлежит к среднему функциональному классу.

Итогом проведенного протезирования является повышение функционального класса у подавляющего большинства мужчин как с исходно низким, так и со средним функциональным уровнем, причем значительная доля пациентов мужского пола с начальным средним уровнем – более трети – достигает высокофункциональных уровней К3, К4 по оценке ПМАПРО. Женщинам с исходно низким функциональным уровнем также удастся повысить его, но пациентки с начальным средним уровнем не достигают передвижения на протезе на более высоком функциональном уровне.



АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ТРАНСТИБИАЛЬНЫХ АМПУТАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ОККЛЮЗИИ ПОДВЗДОШНЫХ АРТЕРИЙ

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России,
г. Новокузнецк, Россия*

Введение. Сохранение коленного сустава благоприятно влияет на продолжительность и качество жизни пациента. При транстибиальных ампутациях вероятность освоения протеза и восстановления функции ходьбы возрастает в сравнении с трансфemorальными ампутациями нижних конечностей.

Материал и методы. Объектом исследования служили истории болезней пациентов с атеросклерозом, сахарным диабетом, облитерирующим тромбангиитом, которым была выполнена «большая» ампутация конечности на уровне голени в период 1998-2013 гг. в клинике ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России по поводу критической ишемии нижних конечностей. Для точного подтверждения окклюзии или стеноза артериального русла нижних конечностей применялись контрастная ангиография или дуплексное сканирование артерий.

В исследование включены 573 случая ампутаций нижних конечностей на уровне голени. Основную группу составили 83 случая ампутации с наличием доказанного окклюзионного поражения подвздошных артерий, группу сравнения – 490 случаев ампутации с сохраненной проходимостью подвздошных артерий. По виду нозологии основная группа представлена 72 пациентами с атеросклерозом, 10 – с синдромом диабетической стопы и 1 пациентом с облитерирующим тромбангиитом; в контрольную группу вошли 200, 247 и 43 пациента соответственно. Средний возраст пациентов основной группы составил $62,8 \pm 1,1$ года, контрольной – $63,6 \pm 1,3$ года.

Результаты исследования. В период до 3-х месяцев после выполненной ампутации голени из 83 случаев в основной группе 17 (20,5 %) пациентам проведены реампутации

на первичном уровне (у 20,8 % пациентов с атеросклеротическим поражением и 20,0 % больных с синдромом диабетической стопы). В контрольной группе реампутации на этом уровне выполнены 53 (10,8 %) больным (у 26,5 % пациентов с атеросклерозом, 8,1 % – с синдромом диабетической стопы, 16,3 % – с облитерирующим тромбангиитом).

В период до 3-х месяцев реампутации на уровне бедра выполнены в основной группе 7 (8,4 %) пациентам с атеросклеротическим поражением артерий, в контрольной группе – 18 (3,7 %) больным (пациенты с атеросклерозом и синдромом диабетической стопы). Эти различия не были статистически значимыми.

В раннем послеоперационном периоде в основной группе умерло 6 (7,2 %) больных с атеросклеротическим поражением артериального русла; в контрольной группе в первые три месяца после ампутации умерло 29 (6,0 %) пациентов. Статистической разницы не отмечено.

Выводы. Таким образом, транстибиальная ампутация может служить альтернативной трансфemorальному усечению конечности при доказанном окклюзионном поражении подвздошных артерий, так как показатели реампутации на уровне бедра статистически не отличаются.

Окклюзия подвздошных артерий при проведении усечения конечности на уровне голени не влияет на летальность.

На основании вышеизложенного можно рекомендовать при критической ишемии конечности, независимо от наличия или отсутствия проходимости подвздошного артериального сегмента, приоритетность транстибиального усечения конечности.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПОСЛЕ ТРАНСТИБИАЛЬНЫХ И ТРАНСФЕМОРАЛЬНЫХ АМПУТАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России,
г. Новокузнецк, Россия*

Введение. Восстановление функции ходьбы после ампутации конечности на протезе благоприятно влияет на качество жизни пациента. Повышается мобильность данного контингента инвалидов и улучшается их психоэмоциональное состояние.

Цель. Изучить продолжительность этапов первичного протезирования после трансфеморальных и транстибиальных ампутаций и мобильность пациентов до/после протезирования.

Материал и методы. В исследование вошли пациенты, в период 2016-2018 гг. поступившие в отделение сосудистой хирургии ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России на первичное протезирование, с постампутационным дефектом (ПАД) на уровне голени, бедра или с парными культями конечности. Включены 95 случаев – с культей голени, 123 – с культей бедра и 19 пациентов с наличием парных ПАД.

Результаты оценивали по продолжительности этапов подготовки, изготовления, обучения пользованию протезом и восстановления функции ходьбы.

Для характеристики мобильности пациентов и оценки результатов протезирования применяли индекс мобильности Ривермид.

Результаты. Средняя продолжительность периода подготовки у пациентов с культей голени составила $9 \pm 3,5$ койко-дней, а с культей бедра – $12 \pm 2,1$. Наиболее продолжительным он оказался при парных ПАД и составил $16 \pm 2,2$ койко-дней. Это связано с более длительными сроками разработки контрактур суставов со стороны культи и (или) формированием правильного стереотипа ходьбы на костылях.

Продолжительность этапов изготовления протезно-ортопедического изделия и обуче-

ния пользованию составили $3 \pm 0,7$ и $2 \pm 0,9$ койко-дней для пациентов с культей голени; $5 \pm 0,6$ и $4 \pm 0,7$ – для пациентов с культей бедра, соответственно. На данных этапах протезирования сроки также оказались более продолжительными при высоком уровне ампутации и парных культях конечностей. Это обусловлено изготовлением более сложного технического изделия, требующего многократных измерений и «подгонок» гильзы протеза. Длительность этапа восстановления функции ходьбы составила $7 \pm 1,1$ койко-дня при ПАД голени и $11 \pm 0,9$ – при ПАД бедра. Среди пациентов с парными культями период обучения и восстановления ходьбы варьировал от 15 до 22 койко-дней. Общая продолжительность пребывания в стационаре составила у пациентов с культей голени $18 \pm 1,7$, культей бедра – $23 \pm 2,2$, при парных культях – $36 \pm 4,6$ койко-дней.

Восстановление функции передвижения отмечено у 98,3 % пациентов среди всех инвалидов с ПАД нижней конечности; лишь у 4 (1,7 %) больных не удалось восстановить способность к передвижению на протезе при помощи костылей в силу наличия сопутствующей неврологической симптоматики (гемипареза на стороне ампутированной конечности). Однако после изготовления изделия они смогли самостоятельно пересаживаться и стоять в жестком упоре.

Индекс мобильности Ривермид до проведения первичного протезирования составлял 10,3 балла, после восстановления функции ходьбы он увеличился до 14,1 балла среди всех больных. В группе пациентов с ПАД голени он составил 14,4, а с ПАД бедра – 13,9 балла. Среди пациентов с наличием парных ПАД после изготовления протезно-ортопедического изделия значительного увеличения индекса



мобильности не отмечалось.

Выводы. После транстибиальной ампутации сроки пребывания в стационаре при первичном протезировании конечности оказались меньше, а достигнутая мобильность пациента выше, чем после трансфemorальных усечений конечности.

При проведении протезирования больных с наличием парных культей восстановление ходьбы не достигнуто лишь у 1,7 % пациен-

тов.

Таким образом, можно рекомендовать при необходимости ампутации конечности приоритетность транстибиального усечения, так как после проведения первичного протезирования конечности отмечается более высокий индекс мобильности у пациентов с ПАД голени.





КОРОЛЕВ С.Г., КРАМЕР И.В., ДОРОФЕЕВА Л.В.

РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ РЕГИСТРА ПАЦИЕНТОВ С АМПУТАЦИЯМИ КОНЕЧНОСТЕЙ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы
и реабилитации инвалидов» Минтруда России,
г. Новокузнецк, Россия*

В ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России ведется «Регистр пациентов с ампутациями конечностей в Кемеровской области». Данный регистр является автоматизированной информационной системой и ведется с начала 2016 года в целях исполнения протокола поручений от 24.06.2016 г. заместителя губернатора Кемеровской области В.К. Цоя (протокол совещания по вопросу создания областного регистра инвалидов с утратой конечности) и является единственным в Российской Федерации. Система «Регистр пациентов с ампутациями конечностей» была апробирована в городе Новокузнецке (сведения с 1996 года). Результаты работы по этому проекту доложены и одобрены на совещании рабочей группы Совета Федерации (2019 г.).

В пилотном режиме информация о пациентах, перенесших ампутации конечностей, поступала от территориального фонда ОМС Кемеровской области ежемесячно по защищенным каналам связи в соответствии с действующим законодательством.

Всего в базе данных зафиксирован 581 пациент за период 2016-2018 годов. На основании имеющихся данных сотрудники ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России связывались по телефону как с самими пациентами, так и с их родственниками, социальными работниками, учреждениями временного содержания инвалидов. Уточнялась причина ампутации, уровень ампутации, состояние культи и ближайших суставов, состояние сохранившейся конечности. Выяснялся способ передвижения (костыли, кресло-коляска или др.), степень активности пациента, нуждаемость в постоянном постороннем уходе, наличие сопутствующей патологии, наличие группы инвалидности и индивидуальной программы реабилитации,

мотивации к протезированию. Пациентов информировали о порядке оказания протезно-ортопедической помощи, приглашали на консультацию к ортопеду-протезисту.

При отсутствии группы инвалидности пациентов информировали о мероприятиях, необходимых для оформления группы инвалидности и разработки индивидуальной программы реабилитации или абилитации; объяснялась необходимость очного консультативного осмотра в ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России для разработки рекомендаций по составлению индивидуального перечня необходимых технических средств реабилитации.

Тем пациентам, с которыми не удалось связаться по телефону, по почте рассылались информационные письма, содержащие пошаговую инструкцию по оформлению группы инвалидности и индивидуальной программы реабилитации, необходимых для обеспечения техническими средствами реабилитации, указывались контактные телефоны компетентных сотрудников.

В этот период Кемеровской области удалось с помощью своевременного информирования (специалистами ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России) пациентов с ампутациями конечностей сократить сроки обращения на первичное протезирование с 11-12 месяцев до 6,5 месяцев, что существенно повышает качество двигательной, социально-бытовой и психосоциальной реабилитации данного контингента. Также в период с 2016 по 2018 гг. на 30 % увеличилось количество человек, которым выполнено первичное протезирование нижних конечностей.

Таким образом, целесообразно продолжение реализации данного проекта в связи с его высокой социальной и научной значимостью.



ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ДЕЛИРИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ АМПУТАЦИЮ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПО ПОВОДУ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной
экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России,
г. Новокузнецк, Россия*

По данным литературы при критической ишемии конечности ежегодно в мире выполняется от 250 до 500 больших ампутаций на 1 млн жителей (Rommers G., 1997; TASC II, 2007; Золоев Г.К., 2004). При этом послеоперационная летальность достигает 26 % (Baar E., 2007, Holdsworth R., 2005; Золоев Г.К., 2004; Покровский А.В., 2008).

Пациенты с критической ишемией – это пациенты с высоким риском послеоперационных осложнений, в том числе когнитивных нарушений. Так называемый послеоперационный делирий (ПОД) достаточно давно и активно обсуждается в медицинской литературе. ПОД приводит к увеличению сроков госпитализации, экономических затрат и послеоперационной летальности (Gonzales M., 2009; Flukiger J., 2018; Weiss B., 2017).

Однако приводимые сведения по влиянию ПОД на летальность по большей части основаны на данных больных общехирургического, травматолого-ортопедического и кардиохирургического профиля. И крайне мало данных по поводу когнитивных расстройств у больных с критической ишемией конечности, перенесших ампутацию.

Цель. Определить частоту возникновения послеоперационного делирия и его влияние на госпитальную летальность у пациентов, пере-

несших ампутацию нижней конечности по поводу критической ишемии.

Материал и методы. Проанализировано 656 историй болезни пациентов, которым была выполнена ампутация нижней конечности в период 1998-2011 гг. в отделении сосудистой хирургии ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России.

Результаты. В послеоперационном периоде когнитивные расстройства выявлены у 69 (10,5 %) пациентов. Установлено, что нарушения психики встречались чаще, чем другие осложнения ($p < 0,001$). Летальность у пациентов с послеоперационным делирием была почти в 2 раза выше, чем у больных без когнитивных нарушений – 14,5 % и 7,8 % соответственно ($p = 0,06$). Длительность пребывания в палате интенсивной терапии больных с ПОД была выше, чем пациентов без когнитивных нарушений ($p < 0,05$).

Заключение. У пациентов с критической ишемией, перенесших ампутацию нижней конечности, послеоперационный делирий развивался чаще других осложнений и приводил к увеличению длительности пребывания в реанимации. При этом статистически значимого его влияния на госпитальную летальность не установлено.





ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ. ТРУДОУСТРОЙСТВО





АРАПОВА Е.А., ПОЛЯКОВА О.В.

ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА ЛЮДЕЙ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ И ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДИСТАНЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ОБУЧЕНИЯ

*ФКПОУ «Новочеркасский технологический техникум-интернат»
Минтруда России, г. Новочеркасск, Россия*

Концепция Федеральной программы развития образования на 2016-2020 годы в качестве одной из важнейших проблем современного образования определяет «необходимость применения инфокоммуникационных технологий в образовательной деятельности для всех видов и на всех уровнях образования», в том числе в профессиональном и дополнительном образовании, «повышение доступности и востребованности которого должно осуществляться за счет повсеместного использования информационных технологий, развития дистанционных и сетевых форм организации деятельности» [1]. Особенно подчеркивается потенциал дистанционных образовательных технологий (ДОТ) в обеспечении доступности качественных образовательных услуг для людей с особыми образовательными потребностями: инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), для которых качественное профессиональное образование – важнейший механизм повышения их социального статуса и защищенности, полноценной интеграции в жизнь современного общества [1].

Так, согласно статистическим данным, только на территории г. Ростова-на-Дону и Ростовской области проживает 357,5 тыс. инвалидов (8,4 % населения), в том числе 11,2 тыс. инвалидов по зрению, 20,5 тыс. инвалидов-колясочников, 4,8 тыс. инвалидов по слуху, 11,1 тыс. детей-инвалидов (1,5 % от общего числа детского населения области) [2]. Большинство из них нуждается в особых условиях и технологиях обучения, возможности получения качественных образовательных услуг непосредственно по месту жительства. Дистан-

ционные технологии позволяют обеспечить такие условия, являются основным компенсаторным средством, способным уменьшить или полностью устранить влияние физических нарушений на процесс обучения.

В связи с этим важнейшей задачей является адаптация и совершенствование существующих, а также поиск и внедрение новых форм и методов организации дистанционного обучения лиц с инвалидностью и ОВЗ.

Новочеркасский технологический техникум-интернат выполняет подготовку инвалидов и лиц с ОВЗ по специальности «Программирование в компьютерных системах», которая является одной из самых перспективных, входящих в список ТОП-50 наиболее востребованных специальностей, доступна для освоения с использованием ДОТ, но, с другой стороны, имеет повышенные, часто меняющиеся требования со стороны работодателей к качеству подготовки выпускников.

Результаты применения ДОТ на основе традиционных подходов, предполагающих минимальную контактную работу с преподавателями, позволили сделать следующие выводы: полностью самостоятельно способны обучаться только небольшой процент (5-10 %) студентов, как правило, это взрослые мотивированные люди, остальные студенты вследствие вышеперечисленных причин быстро отстают от одноклассников, осваивающих образовательные программы в аудитории.

Такая ситуация потребовала всестороннего анализа для установления степени влияния на образовательно-реабилитационный процесс различных факторов и формирования комплексной модели эффективной реализации



ДОТ. Одним из наиболее эффективных методов решения задач подобного рода является SWOT-анализ – универсальная методика стратегического менеджмента [3].

По результатам SWOT-анализа были выделены те направления, которые оказывают наибольшее влияние на анализируемый процесс, и являются самыми приоритетными в данный момент времени:

- качественное обучение инвалидов и лиц с ОВЗ может строиться только на основе индивидуального подхода, предполагающего формирование индивидуальной образовательной траектории с учетом базового уровня подготовки, психофизиологических особенностей, индивидуальных темпов освоения дисциплины, текущего состояния здоровья и т.д.;

- качественное профессиональное образование, отвечающее современным запросам рынка труда, предполагает практическую направленность обучения, интеграцию разнообразных (в первую очередь, активных) педагогических методов, непрерывное взаимодействие с преподавателями и представителями профессионального сообщества для совместной реализации творческих проектов, решения производственных задач на реальном производстве и в условиях, имитирующих производственные процессы в образовательной организации;

- профессиональное обучение инвалидов может быть эффективным только в комплексе с мероприятиями социальной, психологической, медицинской реабилитации.

Что касается внешних угроз, наибольшее внимание нужно уделить преодолению низкого уровня базовой подготовки и компьютерной грамотности, которые препятствуют самостоятельному освоению профессиональных образовательных программ. Важной проблемой является также низкий уровень доступности традиционных программно-аппаратных средств, используемых в ДО, для инвалидов с различными психофизическими нарушениями.

В результате был разработан комплекс мероприятий, направленных на достижение высокой результативности образовательно-реабилитационного процесса при использовании ДОТ, определена приоритетность выполнения отдельных задач и необходимые ресурсы:

- 1) Создание и внедрение адаптационной программы для абитуриентов и студентов на

начальном этапе обучения.

- 2) Создание единой информационно-образовательной среды (ИОС).

- 3) Обеспечение непрерывной обратной связи между преподавателями, обучающимися и другими участниками образовательно-реабилитационного процесса.

- 4) Привлечение волонтера из числа выпускников в качестве тьютора.

Адаптационная программа предполагает, во-первых, предварительную работу с абитуриентами для формирования четкого представления о целях, методах и формах ДО, а во-вторых, введение пропедевтических дисциплин адаптационного цикла на начальных этапах обучения, направленных на изучение методических, психологических особенностей ДО, формирование умений и навыков работы с применяемыми программно-аппаратными средствами.

Единая информационно-образовательная среда для организации ДО основана на комплексном применении современных информационных и инфокоммуникационных технологий, направленных на решение широкого спектра задач: дидактических, учебно-методических, коммуникативных, реабилитационных.

Базовый компонент такой среды – платформа ДО, реализованная в одной из LMS (Learning Management System), обеспечивающая доступ к электронной базе учебно-методических материалов. Одной из самых популярных в нашей стране является LMS Moodle – свободно распространяемая система, предоставляющая преподавателю широкий спектр средств для проектирования, разработки и управления учебным курсом, а также организации непрерывной обратной связи с обучающимися [4].

Эффективность образовательной платформы на основе LMS, как известно, определяется качеством и доступностью каждого образовательного ресурса, соблюдением всех общих, дидактических, методических, эргономических требований к его разработке [5]. Стандартные средства Moodle позволяют создавать такие ресурсы, формировать структуру и содержание учебного курса, проводить объективный автоматизированный (в том числе тестовый) контроль уровня его усвоения. Такие средства дополняются компьютерными тренажерами и обучающими программами, графическими, аудио-, видео материалами, созданными с использованием сторонних образовательных



сервисов интернета (learningapps, googledisc, videouroki.net и др.), а также авторскими образовательными ресурсами, в частности, видеоуроками, сопровождающими процесс выполнения практических и лабораторных работ.

Следующей важнейшей задачей для повышения результативности ДОТ является обеспечение on- и offline-коммуникаций, непрерывной обратной связи между преподавателями, обучающимися и другими участниками образовательно-реабилитационного процесса (социальными педагогами, кураторами, психологами, администрацией). Такое взаимодействие реализуется как стандартными средствами LMS Moodle (форумы, чаты, блоги, система обмена сообщениями), так и интегрированными с ней сторонними телекоммуникационными средствами. К ним, в первую очередь, относятся средства для проведения вебинаров и групповых телеконференций (Adobe Connect, Open Meetings, Mirapolis Virtual Room, Google Hangouts). С использованием этих средств ор-

выполняющих подключение к удаленному рабочему столу студента. Это обеспечивает возможность оказания консультативной помощи, привлечения удаленных обучающихся к участию в реальных творческих проектах, в том числе коллективных, в составе работающих в аудитории групп. Особое внимание уделяется групповым проектам, направленным на выполнение практических заданий в условиях имитации реальной производственной деятельности. Ведь именно такая форма организации работы способствует повышению интереса и мотивации обучающихся, творческой и познавательной активности, формированию профессионально- и социально-значимых компетенций. Все это, в конечном итоге, способствует профессиональной, социальной, психологической адаптации и реабилитации людей с инвалидностью и ОВЗ, обучающихся с применением ДОТ.

Анализ результативности проведенных мероприятий показан в таблице 1.

Таблица 1 – Количественный анализ результативности применения дистанционных образовательных технологий

Учебный год	ЗУМК на Moodle	Адаптивная программа	Непрерывное взаимодействие	Волонтер в роли тьютора	Активные методы	Степень удовлетворенности потребителей	Потеря контингента в адаптационный период	Коэффициент успеваемости	Качество знаний
2013-2014						50%	67%	30%	30%
2014-2015						60%	43%	50%	35%
2015-2016						74%	13%	90%	70%
2016-2017						90%	12%	92%	72%
2017-2018						94%	3%		

ганизуются групповые консультации, а также on-line трансляции аудиторных (лекционных и практических) занятий, проводимых по расписанию. Это дает возможность студентам, постоянно обучающимся дистанционно или же временно отсутствующим по состоянию здоровья, виртуально присутствовать в аудитории и быть полноправными участниками учебного занятия: видеть преподавателя и демонстрируемые им презентационные материалы, слышать объяснение, задавать вопросы, участвовать в опросах, обсуждениях и диспутах.

Выполнение практических работ под руководством преподавателя осуществляется с применением специализированных программ,

Таким образом, комплекс мер, направленных на создание комплексной информационно-обучающей среды для организации ДО, позволил добиться существенного увеличения количественных и качественных показателей обучения, уровня социализации и сформированности общих и профессиональных компетенций, степени удовлетворенности качеством оказываемых образовательных услуг.

Список литературы.

1. Концепция Федеральной программы развития образования на 2016-2020 годы. [Электронный ресурс] // URL: <http://static.government.ru/media/files/mlorxfXbbCk.pdf> (дата обращения



ния: 02.11.2017).

2. Официальный портал правительства Ростовской области [Электронный ресурс] // URL: <http://www.donland.ru/> (дата обращения: 22.09.2017).

3. Метод SWOT-анализа в стратегическом управлении [Электронный ресурс] // URL: <http://powerbranding.ru/biznes-analiz/swot/> (дата обращения: 05.04.2017).

4. Жуков А.А., Коротаяев А.Г. Методическое и информационное обеспечение курса «Основы работы в СДО Moodle» // Инновации на основе информационных и коммуникационных технологий. – 2015. – Т. 1. – С. 46-49.

5. Нехаев, И.Н. Методика и результаты исследования качества и эффективности обучения с применением электронных курсов в ПГТУ / И.Н. Нехаев, О.Е. Ананьева, И.В. Жуйков // Современные проблемы профессионального технического образования: международная научно-методическая конференция (Йошкар-Ола, 18-19 октября 2013 г.): доклады. – Йошкар-Ола: ПГТУ, 2013. – С. 162-165.

6. Web Content Accessibility Guidelines (WCAG) 2.0. [Электронный ресурс] // URL: <http://www.w3.org/TR/2008/REC-WCAG20-20081211> (дата обращения: 07.06.2017).





БОНДАРЕНКО Л.Д.

ТЕХНОЛОГИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В УСЛОВИЯХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОСТРАНСТВА ФКПОУ «НОВОЧЕРКАССКИЙ ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ ТЕХНИКУМ-ИНТЕРНАТ» МИНТРУДА РОССИИ

*ФКПОУ «Новочеркасский технологический техникум-интернат»
Минтруда России, г. Новочеркасск, Россия*

В данной работе представлена технология психологической реабилитации в условиях образовательно-реабилитационного процесса, значимость реализации маршрутов психологической реабилитации в плане восстановления личностного и социального статуса студента-реабилитанта.

Реабилитация – завершающий этап общего лечебного процесса, где весьма важно оценить эффективность лечения, воздействия на организм прежде всего в плане восстановления личностного и социального статуса клиента.

Наиболее содержательное и полное определение реабилитации принято на 9-м совещании министров здравоохранения и социального обеспечения восточно-европейских стран, согласно которому реабилитация является системой государственных, социально-медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов (детей и взрослых) в общество и к общественно-полезному труду. Реабилитация представляет собой сложный процесс, в результате которого у пострадавшего формируется активное отношение к нарушению его здоровья, и восстанавливается положительное восприятие жизни, семьи и общества.

В настоящее время принято различать медицинскую, психологическую, профессиональную и социальную реабилитацию.

Реабилитация психологическая – применение различных диагностических (лечебно-восстановительных и психотерапевтических)

способов устранения последствий посттравматического стресса (после участия в войне, после землетрясения, аварии на Чернобыльской АС и др.). Реабилитация психологическая предполагает участие в ней самой личности, активизацию ее внутренних сил для восстановления нарушенных психических функций и эмоционально-волевой устойчивости.

Психологическая реабилитация включает в себя мероприятия:

- по своевременной профилактике и коррекции психических нарушений;
- по формированию у пациента сознательного и активного участия в реабилитационном процессе.

Для реализации вышеизложенных задач в структуру служб и подразделений ФКПОУ «Новочеркасский технологический техникум-интернат» Минтруда России (далее – Учреждение) введена психологическая служба.

Психологическая служба осуществляет работу в двух плоскостях:

- психологическое сопровождение всех процессов комплексной реабилитации (реализация реабилитационного потенциала личности);
- осуществление собственно психологической реабилитации (реализация психологического реабилитационного потенциала).

Деятельность психологической службы осуществляется по нескольким направлениям: психологическая профилактика, психологическое просвещение, психологическая диагностика и психологическая коррекция и развитие, психологическое консультирование, психологическая профориентация. Посредством реализации основных направлений



деятельности психологической службы осуществляется психологическая реабилитация студентов-инвалидов.

Психологическая реабилитация в Учреждении имеет свою технологию, в которую входят:

1) Входная (первичная) диагностика – выявление уровня интеллектуального развития; проводится с целью определения контингента, способного обучаться в Учреждении, и с целью определения проблем в интеллектуальном развитии студентов-реабилитантов.

2) Работа с индивидуальными программами реабилитации или абилитации (ИПРА).

3) Вторичная диагностика – выявление психологических проблем и назначение сырого маршрута психологической реабилитации.

4) Определение «группы риска» из числа студентов, имеющих две и более проблемы.

5) Формирование банка диагностических данных.

6) Реализация мероприятий согласно индивидуальным маршрутам комплексной реабилитации; ведется по двум основным направлениям, а именно: психологическая реабилитация, абилитация и психологическая коррекция. Так как психологические средства воздействия должны четко соответствовать целям воздействия, не нужно смешивать психологическую коррекцию и психологическую реабилитацию, абилитацию. Психокоррекция исправляет или корректирует недуг; абилитация и реабилитация – комплекс мер, направленных на адаптацию в обществе и преодоление патологических состояний людей с ограниченными возможностями здоровья. Задача и абилитации, и реабилитации – помочь инвалидам как можно успешнее социализироваться, устроить и личную и профессиональную жизнь.

7) Итоговая диагностика «группы риска» в конце учебного года; с целью отслеживания динамики психологического статуса студента-инвалида.

8) Составление заключений по результатам психодиагностического обследования для пересвидетельствования в органах медико-социальной экспертизы, заседаний медико-психолого-педагогического совета и заседаний Совета по реабилитации.

9) выдача рекомендаций на летний каникулярный период (нуждающимся студентам) с последующим контролем в сентябре.

10) Проведение мониторинга психологической реабилитации в конце учебного года.

Возможности психологической службы, эффективность деятельности зависят от условий ее размещения и необходимого оборудования. Психологическая служба располагает кабинетом педагогов-психологов, комнатой для индивидуальных консультаций, комнатой психологической разгрузки. Психодиагностическая работа проводится с помощью компьютеров и соответствующего программного обеспечения; применение комплекса «Аура» и сенсорной комнаты расширяет возможности психокоррекционного воздействия на студентов.

Значимость реализации индивидуальных маршрутов комплексной реабилитации в плане восстановления личностного и социального статуса студента-реабилитанта является необходимой составляющей всего реабилитационного процесса. В связи с этим психологическая служба Учреждения определяет свое место и важность в формировании сознательного и активного участия обучаемого инвалида в процессе комплексной реабилитации.





ВЛАСОВА-РОЗАНСКАЯ Е.В.

СОВРЕМЕННОЕ ВИДЕНИЕ НА ОЦЕНКУ УТРАТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ СО ВЗАИМООТЯГОЩАЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ

*ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы
и реабилитации», г. Минск, Республика Беларусь*

Ведение. Профессиональная трудоспособность – это способность человека работать в условиях производства или службы. Профессиональная трудоспособность – способность человека к выполнению работы определенной квалификации, объема и качества. При этом имеется в виду труд как физический, так и умственный, квалифицированный и неквалифицированный.

Учреждение медико-социальной экспертизы устанавливает степень утраты профессиональной трудоспособности – выраженное в процентах стойкое снижение способности работника осуществлять профессиональную деятельность вследствие несчастного случая на производстве, профессионального заболевания.

Цель исследования. Разработка метода оценки утраты профессиональной трудоспособности при наличии комбинированной взаимоотягощающей патологии органов и систем организма.

Материал и методы. Проведено обследование 60 пациентов: 30 (50 %) – с профессиональными заболеваниями, 30 (50 %) – с трудовым увечьем.

Клиническое, функциональное, лабораторное обследование пациентов проводилось в соответствии с клиническими протоколами, утвержденными Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Результаты исследования. Разработан метод оценки утраты профессиональной трудоспособности при наличии комбинированной взаимоотягощающей патологии органов и систем организма.

1) Оценка утраты профессиональной трудоспособности у пациентов с комбинированной взаимоотягощающей патологией органов и систем организма производится в соответс-

твии с постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 09.01.2004 № 1/1 «Об утверждении инструкции по определению критериев степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний и инструкции по заполнению программы реабилитации потерпевшего в результате несчастного случая на производстве или профессионального заболевания».

2) При наличии нескольких стойких нарушений функций органов и систем организма, каждое из которых оценивается отдельно в процентах, данные нарушения ранжируются по степени выраженности.

3) Выбирается максимально выраженное в процентах функциональное нарушение и устанавливается ссылка на пункт клинико-функциональной характеристики нарушений и соответствующую степень утраты профессиональной трудоспособности, установленную в связи с данным нарушением.

4) В случае установления факта взаимоотягощающего влияния функциональных нарушений со стороны взаимосвязанных систем организма пациента на степень выраженности максимального в процентах функционального нарушения производится расчёт – совокупная оценка степени функциональных нарушений. При наличии указанного влияния совокупная оценка степени нарушения функции органов и систем организма человека в процентном выражении может быть выше максимально выраженного нарушения функций организма, но не более чем на 100 % в совокупности.

Совокупная оценка степени функциональных нарушений вычисляется по следующей формуле средневзвешенного значения:



$$x = \frac{(a_1 * w_1 + a_2 * w_2 + \dots + a_n * w_n)}{(w_1 + w_2 + \dots + w_n)},$$

при этом принимается

a – показатель (значение в процентах),

w – удельный вес (балльное значение).

При этом удельный вес каждого процентного соотношения принят условно, соответственно, как 1, 2, 3, 4 балла: утрата трудоспособности 91-100 % – 4 балла, 61-90 % – 3 балла, 25-60 % – 2 балла, 10-24 % – 1 балл.

5) К максимально выраженному в процентах функциональному нарушению прибавляется полученное средневзвешенное значение.

Заключение. Основным методологическим принципом экспертизы профессиональной трудоспособности пострадавшего является совокупный анализ следующих критериев: клинико-функциональных; характера профес-

сиональной деятельности (квалификации, качества и объема труда, способности к его выполнению); категории и степени ограничений жизнедеятельности.

При определении степени утраты профессиональной трудоспособности учитывается выраженность нарушений функций организма пострадавшего, приводящих к ограничению способности к трудовой деятельности, и других категорий жизнедеятельности.

Таким образом, впервые в Республике Беларусь разработан метод оценки утраты профессиональной трудоспособности при наличии комбинированной взаимоотягощающей патологии органов и систем организма, который позволит повысить качество медико-социальной экспертизы имеющихся заболеваний.





ВЛАСОВА-РОЗАНСКАЯ Е.В.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ОЦЕНКУ УТРАТЫ ОБЩЕЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ СО ВЗАИМООТЯГОЩАЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ

ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», г. Минск, Республика Беларусь

Ведение. Общая трудоспособность – это способность к выполнению широкого круга простейших трудовых процессов, как правило, ограниченных бытовыми нуждами (самостоятельно передвигаться, готовить пищу, сохранять в порядке жилье, имущество, одежду, осуществлять уход за животными и др., которые относятся к категории самообслуживания).

Способность к самообслуживанию – способность самостоятельно справляться с основными физиологическими потребностями, выполнять повседневную бытовую деятельность и сохранять навыки личной гигиены, обеспечивая эффективное независимое (в соответствии с возрастными особенностями) существование в окружающей среде.

Целью исследования явилась разработка метода оценки утраты общей трудоспособности при наличии комбинированной взаимоотягощающей патологии органов и систем организма.

Материал и методы. Проведено обследование 137 пациентов: 31 (22,6 %) пациент с сахарным диабетом, 21 (15,3 %) – с хронической обструктивной болезнью легких, 28 (20,4 %) – с кардиологической патологией, 23 (16,8 %) – с облитерирующими заболеваниями нижних конечностей, 18 (13,1 %) – с цереброваскулярной болезнью, 16 (11,8 %) пациентов после перенесенных травм.

Клиническое, функциональное, лабораторное обследование пациентов проводилось в соответствии с клиническими протоколами, утвержденными Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Результаты исследования. Разработан метод оценки утраты общей трудоспособности при наличии комбинированной взаимоотягощающей патологии органов и систем организ-

ма

Оценка утраты общей трудоспособности при комбинированной взаимоотягощающей патологии органов и систем организма проводится на основании инструкции по применению № 248-1215, утвержденной Министерством здравоохранения Республики Беларусь от 23 декабря 2015 г. «Критерии оценки степени утраты общей трудоспособности пациентов с последствиями заболеваний и травм».

Оценка степени утраты общей трудоспособности у пациентов при наличии нескольких заболеваний (травм) определяется отдельно и индивидуально в отношении каждого заболевания (травмы).

1) При наличии нескольких стойких нарушений функций органов и систем организма, каждое из которых оценивается отдельно в процентах, данные нарушения ранжируются по степени выраженности.

2) Выбирается максимально выраженное в процентах функциональное нарушение и устанавливается ссылка на пункт клинико-функциональной характеристики нарушений и соответствующую степень утраты общей трудоспособности, установленную в связи с данным нарушением в данной инструкции.

3) В случае установления факта взаимоотягощающего влияния иных функциональных нарушений со стороны взаимосвязанных систем организма пациента на степень выраженности максимального в процентах функционального нарушения производится расчёт - совокупная оценка степени функциональных нарушений. При наличии указанного влияния совокупная оценка степени нарушения функции органов и систем организма человека в процентном выражении может быть выше максимально выраженного нарушения функций организма, но не более чем на 10 процентов.



4) В случае если у пациента диагностируются функциональные нарушения разной степени выраженности со стороны иных органов и систем организма, не оказывающие взаимоотягощающего влияния на степень выраженности друг друга, данные нарушения в расчёт не включаются, их суммарная оценка не производится.

5) Совокупная оценка степени функциональных нарушений производится при расчёте средневзвешенного значения показателя и осуществляется по следующей формуле:

$$\overline{П}_в = \frac{П_1 \times Y_1 + П_2 \times Y_2 + \dots + П_{n-1} \times Y_{n-1} + П_n \times Y_n}{100}$$

где, $\overline{П}_в$ – значение рассматриваемого показателя;

$П_{n-1}$ – конкретное числовое значение каждого из рассматриваемых показателей (значение в процентах);

Y_{n-1} – вес каждого из рассматриваемых показателей в общей их сумме (балльное значение);

n – общее количество рассматриваемых показателей.

Удельный вес каждого процентного соотношения принят условно, соответственно как 1, 2, 3, 4 балла: 5-25 % – 1 балл, 26-50 % – 2 балла, 51-75 % – 3 балла, 76-100 % – 4 балла.

6) Максимально выраженное в процентах функциональное нарушение суммируется со средневзвешенным значением для получения показателя утраты общей трудоспособности.

Выводы. Определение степени утраты общей трудоспособности включает интегрированную клинико-функциональную характеристику стойких нарушений функций органов и систем организма, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приведённую в соответствии с критериями и параметрами оценки указанных нарушений с оценкой степени выраженности указанных нарушений; характера и тяжести течения заболевания, активности патологического процесса; иных показателей, оказывающих влияние на состояние общей трудоспособности пациента. В связи с постарением населения в клинической практике редко встречаются изолированные поражения какого-либо органа либо системы организма.

Таким образом, впервые в Республике Беларусь разработан метод оценки утраты общей трудоспособности при наличии комбинированной взаимоотягощающей патологии органов и систем организма, который позволит повысить качество оценки медико-социальных последствий заболеваний.





КАРАПЕТЯН К.К.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ТРУДОВУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЛЮДЕЙ С ПАРАПЛЕГИЕЙ

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России,
г. Новокузнецк, Россия*

Введение. Повреждение спинного мозга (ПСМ) может привести к серьёзным нарушениям функций и структур организма, оказывать негативное воздействие на уровень активности и участия человека. Социальный и профессиональный статус играет крайне важную роль в жизни каждого человека, и люди с ПСМ не исключение. Известно, что наличие оплачиваемой работы связано с более высоким уровнем удовлетворённости жизнью. Трудовая деятельность является не только средством достижения финансовой независимости, но и способом самореализации, личностного роста, а также способствует интеграции в общество. Значимость трудовой деятельности отражена и в Международной классификации функционирования, ограниченный жизнедеятельности и здоровья (МКФ): наряду с d810-d839 «Образование» и d860-d879 «Экономическая жизнь», d840-d859 «Работа и занятость» входят в раздел d8 «Главные сферы жизни».

Цель. Выявить факторы, влияющие на трудовую деятельность людей с параплегией.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе отделения нейрохирургии ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России. В исследовании приняли участие 158 пациентов с параплегией. Сбор данных осуществлялся с помощью интервьюируемого опросника про-

фессиональной реабилитации (WORQ). Был проведён многофакторный логистический анализ.

Результаты. Активный трудовой статус имели 29 (18,4 %) участников. Независимые переменные, показавшие статистически значимую корреляцию с трудовым статусом участников: уровень образования (d810-d839 «Образование»), следование дневному распорядку (d230 «Выполнение повседневного распорядка»), самообладание (b126 «Темперамент и личностные функции»).

Выводы. Сведения, полученные в ходе исследования, могут быть информативны для специалистов, вовлечённых в процесс реабилитации данной категории пациентов.

Одновременно с этим очевидно, что низкая доля работающих людей с параплегией связана не только с физическими возможностями самого человека, но находится под серьёзным воздействием доступности окружающей среды. В условиях, не адаптированных под людей с ограниченными возможностями, ПСМ может скомпрометировать возможность человека вести желаемый образ жизни. Мы считаем, что необходимо изучить вопрос, насколько в действительности людей ограничивают факторы окружающей среды, увидеть разность между внутренними факторами (навыками и желанием человека иметь оплачиваемую работу), с одной стороны, и внешними факторами (окружающими условиями) – с другой.



РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛЮДЕЙ С ОСОБЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМ И ЧЕРЕЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ

*ФКПОУ «Курский музыкальный колледж-интернат слепых»
Минтруда России, г. Курск, Россия*

Курский музыкальный колледж-интернат слепых занимает особое место в системе российского музыкального образования, выступая единственным в Российской Федерации и СНГ федеральным казенным образовательным учреждением среднего профессионального музыкального образования для молодежи с патологией зрения. Находясь под ведомством Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, являясь участником международного проекта «Ассоциированные школы ЮНЕСКО», колледж даёт возможность не только получить интересную специальность, но и обрести друзей, найти спутника жизни и полностью интегрировать себя с окружающим миром.

История колледжа неразрывно связана с историей страны: основанный в 1945 году как музыкальная школа для военноослепших Великой Отечественной войны, в 1954 году был реорганизован в музыкальное училище-интернат слепых. С 2004 года осуществляет свою деятельность в статусе колледжа.

Колледж размещается в здании, построенном в 1963 году. Его площадь составляет более 3 тыс. квадратных метров. Учебный процесс обеспечен достаточным количеством разно-масштабных аудиторий и вспомогательных помещений для групповых и индивидуальных занятий. В распоряжении студентов находятся большой концертный зал на 204 места, малый концертный зал на 58 мест, столовая, мастерские по ремонту музыкальных инструментов. В помещениях и местах общего пользования колледжа производится плановая реконструкция с учетом потребностей инвалидов по зрению.

Колледж располагает благоустроенным общежитием, соединенным с учебным корпусом галереями. В общежитии студенты проживают в комфортабельных комнатах с мебелью, воз-

можностью подключения к сети «Интернет». В пользовании студентов находятся бытовые комнаты, комната реабилитации, представляющая собой макет современной кухни.

В процессе обучения студенты находятся под наблюдением медицинского персонала колледжа. Оборудованный всем необходимым медицинский кабинет позволяет качественно выполнять задачи, возникающие перед медицинскими работниками. В тесном контакте медики работают с психологом, который всегда готов прийти на помощь студентам, оказавшимся в сложной ситуации.

В числе основных задач медицинской службы – контроль за качеством питания в столовой колледжа. Все студенты обеспечиваются качественным трехразовым питанием, включая выходные и праздничные дни.

Пристальное внимание медицинский персонал уделяет физическим нагрузкам студентов. С каждым обучающимся на уроках физической культуры проводится индивидуальная работа, каждому подбирается оптимальный комплекс физических упражнений.

Для качественного осуществления образовательного процесса колледж располагает уникальной библиотекой, которая расположена на 1 этаже здания, имеет в своем распоряжении 2 комнаты для хранения книг; читальный зал на 14 посадочных мест. Служебные помещения и читальный зал обеспечены необходимым оборудованием. В том числе, исходя из специфики учебного заведения, электронными лупами с монитором, фортепиано. Имеется возможность пользоваться копировальным аппаратом, мини-типографией для перепечатки на язык Л. Брайля нот и текстов.

Помимо печатной литературы, выполненной как плоскочечным, так и рельефно-точечным шрифтом Л. Брайля, в образовательном процессе широко используются аудиовизуаль-



ные материалы, которые хранятся в фонотеке колледжа. Здесь сосредоточены записанные в цифровом виде сотни часов звучания музыкальных произведений, все значимые концерты творческих коллективов и солистов колледжа, аудиолекции по всем дисциплинам, изучаемым студентами.

В процессе создания аудио- видеоматериалов участвуют также и студенты, которые под руководством преподавателей на базе специально оборудованных кабинетов учатся делать компьютерные аранжировки музыкальных произведений, выполнять аудиозаписи концертных выступлений и их обрабатывать.

Но эта работа возможна лишь в том случае, когда студент обладает базовыми знаниями, полученными в результате упорных занятий на групповых и индивидуальных занятиях. В колледже созданы все условия для качественного осуществления данной деятельности: оборудованы учебные кабинеты, имеется весь необходимый для обучения инструментарий, собран высокопрофессиональный педагогический коллектив.

Образовательный процесс дополняет, расширяет и обогащает внеаудиторная деятельность коллектива. В колледже созданы и работают три профессионально-учебных творческих коллектива (оркестры народных и духовых инструментов, хор), джазовый инструментальный ансамбль, студенческие вокально-инструментальные ансамбли, студия эстрадного пения, литературная студия, клуб интеллектуальных игр, студия ди-джей мастеринга.

Вся работа педагогического и студенческого коллектива отражена в многочисленных

выступлениях творческих коллективов и солистов колледжа.

Воспитанники колледжа вместе со своими преподавателями часто выступают на самых престижных концертных площадках России, стран ближнего и дальнего зарубежья, участвуют в международных, всероссийских, региональных фестивалях, конкурсах, благотворительных концертах и встречах. И вне зависимости от того становятся ли они победителями либо имеют статус участников, всегда наши артисты получают высокую оценку слушателей за профессионализм, эмоциональное, душевное исполнение произведений.

Востребованность наших выпускников жизнью подтверждает их творческий путь. Среди выпускников колледжа – Заслуженные работники, руководители различного ранга, высокопрофессиональные музыканты. Успехи выпускников говорят о том, что коллектив колледжа с честью выполняет миссию, возложенную на него с момента основания 18 февраля 1945 года школы для военноослепших инвалидов Великой Отечественной войны. Традиции, заложенные в то время, получили достойное развитие и с честью транслируются педагогическим коллективом, выпускниками колледжа теперь и на международном уровне в рамках проекта ПАШ ЮНЕСКО. Колледж-интернат слепых становится центром исследований и прогнозирования в области образования, источником информации о деятельности международных организаций, клубом по обсуждению проблем современного мира. Все это способствует формированию человека с устойчивой гражданской позицией – Человека Мира.



УЧАСТИЕ В ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОНКУРСАХ КАК СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО САМООПРЕДЕЛЕНИЯ И ТРУДОУСТРОЙСТВА ЛИЦ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ И ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

*ФКПОУ «Новочеркасский технологический техникум-интернат»
Минтруда России, г. Новочеркасск, Россия*

Современные работодатели постоянно нуждаются в квалифицированных кадрах, готовых к успешной трудовой деятельности. Работодатель ждет от специалиста проявления качеств личности, обладающей широким набором профессиональных умений и знаний, творчески думающей, активно действующей и легко адаптирующейся к изменяющимся условиям производства. Для того чтобы быть востребованными на рынке труда, уровень качества подготовки специалистов для конкретной области профессиональной деятельности должен быть очень высоким. Понятно, что проблема трудоустройства для лиц с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) стоит ещё более остро, чем для людей, не имеющих серьёзных проблем со здоровьем. Необходимы особые инновационные формы организации работы с обучающимися, имеющими инвалидность или ограниченные возможности здоровья, чтобы они смогли стать конкурентоспособными на рынке труда и занять достойное место в профессиональной сфере.

Очень часто предлагается трудоустройство на должности, требующие специальных умений, которые невозможно приобрести только в рамках учебных занятий по профессиональным модулям и специальным дисциплинам. Реализация проектов, участие в исследовательских работах, участие в конкурсах профессионального мастерства – это часть успешных методик современного педагога, направленных на подготовку конкурентоспособных специалистов.

В современной России стандартами образования становятся требования конкурсов про-

фессионального мастерства мирового уровня, таких как «Ворлдскиллс» и «Абилимпикс», которые проводятся на региональном, всероссийском и международном уровнях. В образовательном учреждении ФКПОУ «Новочеркасский технологический техникум-интернат» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации (далее – Учреждение) в рамках комплексной реабилитации инвалидов и лиц с ОВЗ ведётся системная внеаудиторная работа по подготовке квалифицированных кадров. На данный момент в одном из направлений этой работы можно выделить три этапа:

1 этап – проведение олимпиад по специальности, конкурса «Лучший по профессии» – является отборочным и подготовительным для дальнейшего участия студентов в конкурсе профессионального мастерства «Абилимпикс».

2 этап – основной – подготовка участников чемпионата «Абилимпикс» в компетенции «Портной» и непосредственно участие на региональном и всероссийском уровне.

3 этап – ознакомление студентов техникума-интерната с итогами участия в чемпионате «Абилимпикс» – проводится в виде конференции, сопровождающейся мастер-классом, и является мотивационным для обучающихся, стремящихся повысить свой профессиональный уровень.

Конкурс профессионального мастерства – это одна из наиболее действенных форм внеурочной работы, проводимой в целях повышения уровня профессиональной подготовки обучающихся, развития и популяризации специальности, эффективная практика мотивации



и развития студента, способ повышения имиджа профессионала и возможность утверждения квалификационного статуса специалиста. Долгие годы в Учреждении существует традиция проведения конкурса «Лучший по профессии «Портной»» в рамках освоения специальности 29.02.04. «Конструирование, моделирование и технология швейных изделий» (КМТШИ), в котором принимают участие студенты 3-го курса реализуемой специальности. Конкурс представляет собой индивидуальные соревнования среди обучающихся и предполагает максимальную индивидуализацию деятельности каждого участника.

Конкурс может содержать: вводно-мотивационную часть, основную часть, включая представление домашнего задания, заключительную часть конкурса, и проводится на базе мастерской швейного производства. Мастерская должна быть оснащена современным промышленным швейным оборудованием, современными мультимедийными средствами обучения и соответствовать санитарно-гигиеническим требованиям, требованиям «Доступной среды». Необходимо предусмотреть возможность беспрепятственного посещения конкурса зрителями. В то же время зрители не должны отвлекать участников.

Организаторам необходимо четко обозначить условия и порядок проведения конкурса, подобрать конкурсные задания с учетом их практической целесообразности. Содержание и сложность этих заданий должны соответствовать образовательным программам данного периода обучения, однако они не должны быть скучными и нудными – необходимо помнить, что это игра.

Для успешного проведения конкурса необходимо выполнить следующую подготовительную работу: определить цели и задачи; разработать программу проведения конкурса; разработать сценарий конкурса; подготовить приветствие для участников конкурса; разработать конкурсные задания и методику их проведения с учетом индивидуальных особенностей и состояния здоровья обучающихся, тем самым обеспечить равные условия участникам конкурса; разработать инструкции по выполнению практического задания; подготовить детали кроя к выполнению практического задания; организовать работу обучающихся по выполнению творческого домашнего задания; продумать и подготовить систему кодирования

участников конкурса и их практических работ; разработать критерии оценивания конкурсных заданий; провести работу по созданию оптимальных безопасных условий труда.

Особое внимание необходимо уделить индивидуализации конкурсных заданий для обучающихся с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья. Широкий диапазон различий обучающихся по заболеваниям, по глубине и качеству нарушений социального и психического развития требует индивидуализации в гораздо большей степени, чем для здоровых обучающихся. Следует обеспечить особую пространственную образовательную среду. При подготовке конкурсных заданий и выборе методов их проведения необходимо учитывать рекомендации психологической и медицинской служб Учреждения, должны быть учтены общее состояние здоровья и психологические особенности обучающихся (репрезентативная система обучающихся, уровень развития познавательных процессов, степень умственной продуктивности, тип темперамента).

Проведение такого рода конкурсов всегда вызывает устойчивый интерес у студентов младших курсов к избранной профессии, повышает их мотивацию к обучению по выбранному профилю специальности, способствует профессиональному самоопределению в дальнейшем. Участники конкурса приобретают опыт конкурентной борьбы, получают хороший эмоциональный настрой, который позволяет надеяться, что в будущем выпускники смогут успешно реализовать себя на различных ступенях профессиональной деятельности.

Подготовка к Конкурсу «Лучший по профессии» становится частью подготовки к Чемпионату профессионального мастерства среди людей с инвалидностью «Абилимпикс» по компетенции «Портной».

Abilympics International – международное некоммерческое движение, которое проходит во многих странах мира с 1972 года. Слово Abilympics это сокращение от английского Olympics of Abilities («Олимпиада возможностей»).

Целью международного движения Abilympics International является повышение престижа рабочих профессий и развитие профессионального образования путем гармонизации лучших практик и профессиональных



стандартов во всем мире посредством организации и проведения конкурсов профессионального мастерства как в каждой отдельной стране, так и во всем мире в целом.

Первый национальный чемпионат «Абилимпикс» состоялся в декабре 2015 г. в Москве. В Ростовской области впервые Региональный отборочный этап II Национального чемпионата по профессиональному мастерству «Абилимпикс» среди людей с инвалидностью состоялся в октябре 2016 года. Площадка соревнований по компетенции «Портной» была обустроена на базе Учреждения.

Был проведен отбор участников из числа лиц с инвалидностью, обучающихся по специальности КМТШИ на 2-3 курсах Учреждения. В состав участников соревнования по компетенции «Портной» вошли: победитель конкурса «Лучший студент специальности»; победители и призеры внутреннего конкурса «Лучший по профессии»; обучающиеся, имеющие положительные результаты учебной деятельности и принимающие активное участие в общественной жизни Учреждения.

Методическим обеспечением конкурса стал комплект документов, включающий:

- конкурсные задания – это описание работы, которую необходимо выполнить участнику, чтобы продемонстрировать свои умения;
- инфраструктурные листы;
- оценочные листы;
- техническое описание и методику проведения конкурса;
- требования к расходным материалам по каждой компетенции.

Конкурсные задания разрабатываются главными экспертами по компетенции с учетом требований образовательных и профессиональных стандартов, согласовываются с представителями общественных организаций инвалидов и работодателей. Конкурсные задания, технические описания и методика проведения соревнований по компетенции должны учитывать все категории инвалидности участников.

Помещение, где проходит соревнование, должно быть оснащено современными мультимедийными средствами (компьютер, проектор, экран, видеокамера), которое необходимо для организации работы участников с нарушением слуха.

Для каждого участника предусмотрено индивидуальное рабочее место, соответствующее

требованиям охраны труда и техники безопасности, а также требованиям доступности. Расположение специального оборудования и оборудования для влажно-тепловых работ должно обеспечить равную доступность для всех участников. Рабочие места пронумерованы и предоставляются участникам по результатам жеребьевки.

Для обеспечения равных условий участникам запрещается использовать на площадке иное оборудование, материалы и инструменты, кроме предоставленных организаторами. Исключение составляют индивидуальные инструменты, приспособленные под физиологические особенности инвалидов и лиц с ограниченными особенностями здоровья. Использование таких инструментов возможно только по согласованию с организаторами конкурса.

В ходе конкурса необходимо постоянно учитывать особенности лиц с нарушением слуха. Так, например, вся предоставляемая информация выводится на экран. Вводный семинар для участников по компетенции «Портной» проходит с применением русского жестового языка. Итогом участия студентов нашего Учреждения в региональных конкурсах 2016, 2017 и 2018 гг. стала победа и поездка в Москву для участия в Национальном этапе.

Для ознакомления с итогами Национального этапа чемпионата «Абилимпикс» каждый год готовится и проводится студенческая конференция. В этом году она проходила под названием «Абилимпикс – путь к профессиональному росту». После заслушивания докладов об истории и целях проведения Чемпионата, подготовке и участии наших студентов в Чемпионатах 2016-2018 гг., состоялась самая впечатляющая часть мероприятия – мастер-класс от участников по декорированию платьев с использованием набора предложенных материалов (кружево, бусины, фетр). В соответствии с конкурсным заданием последних двух лет участник должен изготовить предложенную модель изделия и проявить свои творческие способности, придумав для него интересный декор. Во время мастер-класса участницы показали простые и эффектные приемы украшения изделий. Под их руководством микрогруппы из 3-4 обучающихся 1-2 курсов из заранее подготовленных материалов также выполнили и представили свои варианты украшения моделей.

Студенческая конференция в совокупности



с мастер-классом является замечательным мотивационным моментом для студентов младших курсов, которые хотят стать настоящими профессионалами своего дела. Ведь участие в Чемпионате «Абилимпикс» – это достойный путь в профессиональное будущее. Это мероприятие, кроме всего прочего, позволяет педагогам выявить индивидуальные особенности каждого обучающегося для того, чтобы учесть их в процессе построения маршрута професси-

онального роста. Преподаватели специальности 29.02.04 «Конструирование, моделирование и технология швейных изделий» путём систематической внеаудиторной работы, включающей целый ряд серьёзных этапов, помогают студентам освоить профессиональные и общие компетенции, развить творческие способности, найти своё место в жизни, реализовать себя в профессии, приобрести уверенность в своём завтрашнем дне.



ВОПРОСЫ СОДЕЙСТВИЯ РАЦИОНАЛЬНОМУ ТРУДОУСТРОЙСТВУ ВЫПУСКНИКОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ДЛЯ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ И ИНВАЛИДНОСТЬЮ

*ФКПОУ «Оренбургский государственный экономический колледж-интернат»
Минтруда России, г. Оренбург, Россия*

По состоянию на 1 мая 2019 года в Оренбургской области проживает 189 тыс. инвалидов, их них более 42 тыс. человек трудоспособного возраста, в том числе свыше 17 тыс. инвалидов молодого возраста (от 18 до 44 лет).

Ежегодно профессиональными образовательными организациями и образовательными организациями высшего образования, подведомственными Министерству образования Оренбургской области, выпускается около 80 инвалидов молодого возраста, из которых 20 % – выпускники образовательных организаций высшего образования и 80 % – среднего профессионального образования.

В федеральном казенном профессиональном образовательном учреждении «Оренбургский государственный экономический колледж-интернат» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации (далее по тексту ФКПОУ «ОГЭКИ» Минтруда России) по состоянию на 01.06.2019 г. обучалось 316 студентов с особыми образовательными потребностями. Выпуск данной категории обучающихся в 2019 году составил 64 человека.

Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» определяет государственную политику в области социальной защиты инвалидов в нашей стране. Ее целью является обеспечение инвалидам равных с другими гражданами возможностей в реализации гражданских, экономических, политических и других прав и свобод, предусмотренных Конституцией Российской Федерации.

Несмотря на многочисленные меры соци-

альной поддержки, закрепленные Российским законодательством, люди с ограниченными возможностями здоровья продолжают сталкиваться с проблемами, наиболее важными из которых являются:

- трудности, связанные с трудоустройством, дискриминация инвалидов в сфере занятости;
- физическая недоступность и техническая непригодность для инвалидов большинства рабочих мест на открытом рынке труда;
- ограничение доступа к образованию и удовлетворению социально-культурных потребностей;
- недостаточный объем и низкое качество услуг здравоохранения для медицинской реабилитации инвалидов;
- отсутствие комфортных бытовых условий и другие трудности.

Основными причинами, сдерживающими эффективное трудоустройство выпускников-инвалидов, на наш взгляд, в настоящее время являются: низкая степень социализации; отсутствие механизмов, обеспечивающих взаимосвязь между рынком труда и рынком образовательных услуг; отсутствие у большинства выпускников-инвалидов необходимых навыков самопрезентации.

Проводимый мониторинг трудоустройства выпускников из числа инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в Оренбургской области показывает, что в первый год после окончания образовательной организации трудоустраиваются около 50 %, из них 35 % решают вопрос трудоустройства в первые 3 месяца.

Риск нетрудоустройства имеют около 20 %



выпускников данной категории.

Для лиц, имеющих ограниченные возможности здоровья, занятость является одним из наиболее эффективных механизмов развития личности, повышения своего социального статуса. Успешное решение вопроса трудоустройства выпускников-инвалидов возможно только при объединении усилий службы занятости населения, общественных организаций инвалидов, федеральных учреждений медико-социальной экспертизы, работодателей, образовательных организаций.

В 2018 году ФКПОУ «ОГЭКИ» Минтруда России был определен площадкой для реализации плана мероприятий по сопровождению выпускников-инвалидов при трудоустройстве.

В целях реализации подпрограммы «Сопровождение инвалидов молодого возраста при трудоустройстве в рамках мероприятий по содействию занятости населения в Оренбургской области в 2017-2020 годах», приобретения выпускниками-инвалидами практического опыта работы, адаптации и закрепления на рабочем месте приказом министра труда и занятости населения Оренбургской области была создана рабочая группа по организации сопровождения выпускников-инвалидов при получении ими профессионального образования и содействия в последующем трудоустройстве «Обучение – Практика – Первое рабочее место», в состав которой вошли представители Министерства труда и занятости населения Оренбургской области, ГКУ «Центр занятости населения г. Оренбурга и Оренбургского района», а также администрации колледжа-интерната.

В соответствии с данным приказом утвержден план работы («дорожная карта») по организации сопровождения выпускников-инвалидов при получении ими профессионального образования и содействия в последующем трудоустройстве.

Основная цель «дорожной карты» – создание условий для трудоустройства, адаптации и закрепления на рабочем месте выпускников-инвалидов ФКПОУ «ОГЭКИ» Минтруда России.

Реализация поставленной цели определила необходимость решения следующих задач:

- повышение уровня информированности выпускников-инвалидов о возможности трудоустройства;
- увеличение количества рабочих мест, вы-

деляемых работодателями в счет квоты для приема на работу инвалидов, стимулирование работодателей к созданию оснащенных рабочих мест для трудоустройства инвалидов для расширения возможностей трудоустройства выпускников-инвалидов;

- обеспечение эффективности межведомственного взаимодействия службы занятости населения с партнерами на рынке труда.

В качестве целевого показателя реализации «дорожной карты» выбрана доля трудоустроенных выпускников-инвалидов ФКПОУ «ОГЭКИ» Минтруда России из общей численности выпускников-инвалидов профессиональной образовательной организации, равная в 2020 г. 70 %.

Реализация «дорожной карты» призвана объединить усилия сторон, принимающих участие в ее реализации, и обеспечить достижение в 2020 году целевого прогнозного показателя по численности трудоустроенных выпускников-инвалидов ФКПОУ «ОГЭКИ» Минтруда России в общей численности выпускников-инвалидов профессиональной образовательной организации.

Основными мероприятиями «дорожной карты» являются:

- анализ наличия на рынке труда рабочих мест, включая квотируемые, для организации производственной практики и трудоустройства выпускников-инвалидов с учетом их профессионального потенциала и соответствия рабочих мест, предоставляемых работодателями, условиям труда для данной категории;

- проведение предметных олимпиад, конкурсов профессионального мастерства, выставок и других мероприятий с привлечением представителей предприятий (организаций) – потенциальных работодателей;

- организация экскурсий для студентов старших курсов на ведущие предприятия Оренбургской области и предприятия (организации) социальных партнеров;

- участие в конференциях, «круглых столах», семинарах, совещаниях по вопросам содействия временной занятости студентов и трудоустройства выпускников, адаптации их к рынку труда;

- мониторинг потребности в трудоустройстве учащихся выпускных курсов из числа инвалидов;

- организация временного трудоу-



тройства выпускников в возрасте от 18 до 23 лет, ищущих работу впервые;

- оказание содействия выпускникам-инвалидам в составлении резюме и направлении его работодателям;

- организация информационно-разъяснительной работы с выпускниками-инвалидами о состоянии рынка труда, имеющихся вакансиях, услугах, оказываемых ГКУ ЦЗН;

- мониторинг трудоустройства выпускников колледжа.

В целях осуществления мероприятий «дорожной карты» для обеспечения профессиональной ориентации и внедрения системной работы по трудоустройству выпускников из числа инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в колледже-интернате разработана «Программа содействия трудоустройству выпускников федерального казенного профессионального образовательного учреждения «Оренбургский государственный экономический колледж-интернат» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации». Эта программа реализуется через Службу профориентации и содействия трудоустройству выпускников колледжа, помогающую студентам и выпускникам определиться с направлением дальнейшей занятости и построить траекторию своей карьеры.

Одним из основных критериев работы Службы является повышение количества трудоустроенных выпускников с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья, а

также их закрепление на рабочих местах.

Основными направлениями работы с обучающимися в вопросах содействия трудоустройству выпускников являются:

- исследование рынка труда и оценка состояния рынка рабочих мест;

- создание условий, способствующих расширению возможностей трудоустройства выпускников с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья, с учетом их потребностей и индивидуальных программ реабилитации и абилитации;

- развитие социального партнерства с целью трудоустройства выпускников;

- совершенствование системы практико-ориентированной подготовки обучающихся.

Таким образом, реализация основных мероприятий «дорожной карты» и «Программы содействия трудоустройству выпускников федерального казенного профессионального образовательного учреждения «Оренбургский государственный экономический колледж-интернат» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации» позволяет создать гибкую, целостную и мобильную систему трудоустройства выпускников, обеспечить скоординированность действий социальных партнеров в вопросах расширения возможностей трудоустройства выпускников из числа инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья с учётом их потребностей и индивидуальных программ реабилитации и абилитации.





НИКИТИНА И.Ю., ОБРАЗЦОВА Т.В., ТОМИЛОВА И.В.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ СОДЕЙСТВИЯ ПОЛУЧЕНИЮ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ЛИЦАМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ И ИНВАЛИДНОСТЬЮ: ОПЫТ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ «РЕСУРСНОГО УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ПО ОБУЧЕНИЮ ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ» ЧЕРЕПОВЕЦКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА (РУМЦ ЧГУ)

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Вологодской области» Минтруда России,
г. Вологда, Россия*

Введение. Признание права любого человека на получение профессионального образования, отвечающего его потребностям и полноценно использующего возможности развития, обусловило важнейшие инициативы и ориентиры новой образовательной политики. В связи с этим обучение лиц с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и инвалидностью в условиях инклюзии стало возможно в массовых учреждениях профессионального образования, что, в свою очередь, требует введения инновационных технологий сопровождения.

Цель. Изучение опыта деятельности РУМЦ ЧГУ. Актуализация межведомственного взаимодействия ресурсного РУМЦ с ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Вологодской области».

Материал и методы. Законодательные, нормативно-правовые акты, касающиеся реализации права получения профессионального образования инвалидами; метод статистики, анализ современных работ по данной проблеме, мониторинг, опыт практической деятельности РУМЦ СЗФО ЧГУ.

Актуальность поиска региональных ресурсов для содействия реализации мероприятий по сопровождаемому профессиональному обучению инвалидов (детей-инвалидов) в Вологодской области подтверждается анализом статистических данных за 2016-2018 гг. В целом число инвалидов, получающих профессиональное образование в Вологодской области,

остается сравнительно низким, что связано с рядом причин.

В настоящее время РУМЦ ЧГУ является одним из крупных ресурсных федеральных центров, деятельность которого охватывает территорию нескольких областей: Архангельской, Вологодской, Калининградской, Мурманской, Новгородской, Псковской областей, Республики Карелия, Республики Коми.

Федеральным законом от 27.12.2013 № 273-ФЗ (ред. от 21.07.2014) «Об образовании в Российской Федерации», ст. 79 регламентирована организация получения образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья. РУМЦ ЧГУ в полной мере исполняют положения данного закона и решаются поставленные задачи.

Апробация разработанного РУМЦ ЧГУ алгоритма сопровождения студентов с инвалидностью в сети вузов Северо-Западного федерального округа позволила авторам выйти на описание конкретных шагов сопровождающей деятельности.

Этапы сопровождения лиц с ОВЗ и инвалидностью в ЧГУ:

- 1) Профориентационная работа на довузовском этапе.
- 2) Сбор данных для поступления в университет.
- 3) Приемная кампания.
- 4) Поступление в университет.
- 5) Адаптация к университету.
- 6) Сопровождение в процессе обучения.

7) Прохождение практик.

8) Получение консультаций по вопросам профессионального самоопределения и закрепления на рабочем месте, получение помощи в трудоустройстве. Повышение уровня содействия получению профессионального образования лицами с инвалидностью и ОВЗ достигается путем организации эффективного межведомственного взаимодействия РУМЦ ЧГУ с ФКУ «Главное бюро МСЭ по Вологодской области» Минтруда России. Задачами учреждения медико-социальной экспертизы в процессе взаимодействия являются:

- выявление инвалидов (детей-инвалидов) с образовательным потенциалом в соответствии с разработанным алгоритмом;

- информирование инвалидов и их родителей (опекунов) о возможности получения сопровождаемого инклюзивного профессионального образования;

- рекомендации по прохождению профориентации;

- разработка индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида) с рекомендациями по профессиональной реабилитации;

- консультирование по вопросам рекомендованных и противопоказанных условиях труда в выбранной профессии с учетом нарушения функций организма;

- предоставление необходимой информации РУМЦ ЧГУ;

- мониторинг проведенных мероприятий по

профессиональной реабилитации.

Результаты. По результатам проведенных исследований, в Вологодской области наблюдается рост числа молодых инвалидов (18-30 лет), заинтересованных в получении и получающих профессиональное образование, что, в свою очередь, ведет к необходимости создания особых условий для получения молодыми инвалидами профессионального образования, формирования механизмов сопровождаемого обучения и трудоустройства. Одним из региональных ресурсов Вологодской области для решения задач сопровождения инвалидов и лиц с ОВЗ при получении профессионального образования и содействия трудоустройству выпускников является межведомственное взаимодействие «Ресурсного учебно-методического центра по обучению инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья» Череповецкого государственного университета и ФКУ «ГБ МСЭ по Вологодской области» Минтруда России. Разработка и проведение межведомственных мероприятий направлены на повышение информированности будущих абитуриентов и их родителей о возможности получения инклюзивного профессионального образования, на прогнозирование числа мест для поступления лиц с ОВЗ и инвалидностью, а также способствует конкретизации мероприятий для адаптации архитектурной среды университета в соответствии с нарушением функций организма студентов.





НИКОЛАЕВА Т.А.

ОПЫТ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ ОРГАНОВ СЛУХА В УСЛОВИЯХ ПРОИЗВОДСТВА

*ФКПОУ «Новочеркасский технологический техникум-интернат»
Минтруда России, г. Новочеркасск, Россия*

Получение профессионального образования лицами с инвалидностью является в настоящее время одним из основных и неотъемлемых условий их успешной социализации в жизни общества и самореализации в профессиональной деятельности.

В рамках подготовки специалистов среднего звена по специальности ФГОС СПО 29.02.01 «Конструирование, моделирование и технология изделий из кожи» проводится обучение инвалидов различных нозологических групп, в том числе инвалидов по слуху.

Современное производство изделий из кожи – сложный, динамичный, многофункциональный процесс, управлять которым может только специалист высокой квалификации. Исходя из требований, предъявляемых работодателями, студенты из числа инвалидов по слуху должны в процессе освоения избранной специальности наряду с формированием профессиональных компетенций развить дополнительные личностные качества, которые связаны с наличием специфических коммуникативных компетенций, позволяющих им быть конкурентоспособными на рынке труда.

Очевидно, что важную роль в реализации компетентностного подхода и подготовке квалифицированных кадров, имеющих различные нарушения слуха, играет производственная практика – вид учебных занятий, проводимых на материально-технической базе профильных предприятий отрасли. Производственная практика, как часть образовательно-реабилитационного процесса, направлена на трансформацию учебной деятельности обучающегося в профессиональную деятельность специалиста на основе развития своего коммуникативного компонента [3]. Погружение студента в реальную производственную среду дает ему возможность соотнести освоенные умения с тре-

бованиями, предъявляемыми работодателем, и найти своё место в избранной профессии.

Сегодня в ФКПОУ «Новочеркасский технологический техникум-интернат» Минтруда России (далее – Учреждение) накоплен организационно-практический опыт взаимодействия предметно-цикловой комиссии (далее – ПЦК) данной специальности с социальным партнером – обувной компанией WALRUS г. Ростова-Дону – по созданию благоприятных условий прохождения производственной практики для студентов с нарушениями органов слуха. Это крупнейшая промышленная организация, в состав которой входят малые предприятия (ООО «Меркурий ТВ», ИП Шафиев А.В., ИП Терещенко В.В., ИП Шафиева И.А.).

Необходимо отметить, что в компании с уважением относятся к проблемам людей с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья. Это связано как с ростом понимания необходимости поднятия их социально-экономического статуса в российском обществе, так и с обострением проблемы нехватки трудовых ресурсов в стране. На сегодняшний день в компании около тридцати процентов сотрудников трудового коллектива имеют разного рода ограничения по здоровью, но, несмотря на это, успешно трудятся и приносят пользу обществу.

Руководители компании хотят, чтобы выпускник, приходя к ним на работу, уже владел всеми необходимыми профессиональными компетенциями, а суть адаптации сводилась к быстрому «вливанию» в коллектив, поэтому заинтересованы в принятии на работу специалистов, прошедших практику во время обучения в производственных подразделениях малых предприятий компании WALRUS.

Включенность данного контингента студентов в ход производственной практики во



многое зависит от степени подготовленности к выполнению производственных заданий в реальных условиях промышленного предприятия.

Первоначальные умения и профессиональный опыт студенты приобретают на практических занятиях в аудиториях и учебной мастерской по изготовлению изделий из кожи нашего Учреждения. Во время учебной практики проводится отработка приёмов первоначальных трудовых навыков.

Методической поддержкой профессионального обучения служат разработанные и внедрённые в образовательно-реабилитационный процесс учебно-методические комплексы по дисциплинам, междисциплинарным курсам, учебной практике. Комплексы сформированы как единая система занятий с использованием активных форм и методов обучения, мультимедийных средств, рейтинговой оценки полученных результатов. Их отличие заключается в том, что, сохраняя традиции классического учебного материала, комплексы ориентированы на специальные образовательные потребности лиц с нарушениями органов слуха. При разработке дидактического материала, выборе заданий и способов их выполнения учитывались особенности восприятия, памяти, утомляемость, физические возможности данной категории обучающихся [2].

Для проведения производственной практики в производственных подразделениях малых предприятий компании WALRUS разработано полное методическое обеспечение: программа, методические рекомендации по содержанию практики, составлению отчета и ведению дневника. Перед началом практики совместно с куратором – ведущим специалистом компании – определяются методические подходы к организации и проведению производственной практики с учетом условий и видов труда на рабочих местах, рекомендаций медико-социальной экспертизы, индивидуальных программ реабилитации обучающихся.

За студентами с нарушениями органов слуха закрепляется наставник из числа производственного персонала компании, владеющий жестовым языком. Он сопровождает профессиональное обучение студентов и является своего рода связующим звеном между куратором практики, трудовым коллективом и студентами, оказывая всяческую поддержку в межличностном общении.

Наблюдения показывают, что студенты с нарушениями органов слуха способны осваивать различные по сложности операции технологического процесса производства обуви из разнообразного ассортимента компании, но препятствием являются их ограниченные аудиальные возможности, создающие проблемы в понимании сущности трудового процесса. У них отмечается нестабильное восприятие информации, они более замкнуты и обидчивы, имеют низкую инициативу общения с окружающими работниками из-за нарушения речевых функций [1]. Это требует со стороны наставника повышенного внимания к каждому студенту.

С другой стороны, слабослышащие студенты, как правило, хорошо воспринимают устную речь зрительно, то есть по чтению с губ, поэтому работники цеха или участка, где практикуются студенты, активно включаются в совместную работу вместе с наставником, объясняя и показывая наглядно правильные приёмы труда, применение инструментов и приспособлений, работу на специализированном оборудовании.

В ходе производственной практики преподаватели, руководители практики от Учреждения проводят консультации для студентов в режиме индивидуальных контактов на рабочих местах, а также дополнительных контактов через социальные сети и SMS-сообщения. В случае необходимости обсуждают и согласовывают с куратором практики пути коррекции трудных ситуаций в производственном обучении студентов.

Регулярное взаимодействие с руководством компании WALRUS позволило выявить закономерную тенденцию: данный контингент студентов проходит производственную практику всегда организованно, поддерживает порядок на рабочем месте, рационально планирует трудовую деятельность, чётко распределяет время. К показателям эмоционально-волевых качеств слабослышащих студентов относятся продуктивность, целеустремленность и настойчивость в достижении конечного результата своего труда. В коммуникативной сфере студенты к завершению производственной практики проявляют достаточную открытость и готовность к сотрудничеству, способность активно формировать круг общения и вызывать у других работников симпатию и уважение, происходит развитие их морально-нравст-



венных качеств.

Как правило, по окончании производственной практики студенты-выпускники, проявившие себя с наилучшей стороны, получают от руководства компании WALRUS предложение остаться работать в трудовом коллективе. Многие студенты так и делают. Это отражено в мониторинге трудоустройства выпускников Учреждения.

Проведенный ПЦК анализ прохождения производственной практики студентами, имеющими инвалидность по слуху, показывает, что главным для них является обеспечение таких комфортных психофизических условий работы, которые создают предпосылки для профессионально-личностного роста; это в полной мере обеспечивает данному контингенту обучающихся в структуре целостного образовательно-реабилитационного процесса возможность стать высококвалифицированными специалистами в избранной сфере деятельности.

Список литературы.

1. Методические рекомендации по обучению студентов-инвалидов и студентов с ОВЗ / под ред. О.А. Козыревой : учеб. пособие для преподавателей КГПУ им. В.П. Астафьева, работающих со студентами-инвалидами и студентами с ОВЗ. – КГПУ, 2015.

2. Олейникова, О.Н. Модульное обучение, основанное на ключевых компетенциях / О.Н. Олейникова, Н.А. Муравьева, Ю.В. Коновалова. – М.: Альфа, 2013.

3. Усть-Качкинцева Е.Ю., Прокопьева Л.А. Производственная практика как фактор формирования профессиональной компетентности студентов ВУЗа [Текст] // Теория и практика образования в современном мире: материалы VIII Междунар. науч. конф. г. Санкт-Петербург, декабрь 2015 г. — СПб.: Свое издательство, 2015. URL <https://moluch.ru/conf/ped/archive/185/9219/>



ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНТЕРАКТИВНЫХ ФОРМ И МЕТОДОВ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ С ЛИЦАМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В УСЛОВИЯХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОСТРАНСТВА ФКПОУ «НОВОЧЕРКАССКИЙ ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ ТЕХНИКУМ-ИНТЕРНАТ» МИНТРУДА РОССИИ

*ФКПОУ «Новочеркасский технологический техникум-интернат»
Минтруда России, г. Новочеркасск, Россия*

Вданной работе раскрыты интерактивные формы и методы профилактической работы с лицами с ограниченными возможностями здоровья (ОВД) в условиях реабилитационного пространства ФКПОУ «Новочеркасский технологический техникум-интернат» Минтруда России.

В настоящее время учебные заведения сталкиваются с такими социальными проблемами, которые 20-30 лет назад представлялись нам реалиями другого мира: открытой агрессией и деструктивными конфликтами, токсикоманией и алкоголизмом, безнадзорностью, правонарушениями и другими формами отклоняющегося поведения. За последние 15-20 лет жизнь в стране резко изменилась. За изменениями в экономике и политике следуют изменения в общественном сознании. Учебные заведения должны стать одними из основных институтов, где происходит формирование зрелой личности – самостоятельной, активной, свободной, способной ставить цели, достигать их и нести ответственность за свой выбор и результаты своей деятельности, умеющей решать нестандартные задачи.

Цель сегодняшней профилактической работы заключается в поиске инновационных методов профилактики; это обусловлено тем, что существующие методы уже потеряли свою новизну и, как следствие, – актуальность. Основные методические инновации связаны сегодня с применением именно интерактивных методов обучения. В Новочеркасском технологическом техникуме-интернате, где обучаются

студенты с ограниченными возможностями здоровья, очень широко используются интерактивные методы обучения. На педагогических часах социальными педагогами используются интерактивные методы, ориентированные на индивидуальные особенности обучающихся.

Понятие «интерактивные методы» («interactive» с англ.: «inter» означает «между», «меж»; «active» – от «act» – действовать, действие) можно перевести как методы взаимодействия участников между собой. Под интерактивными методами обучения понимают систему правил организации продуктивного взаимодействия обучающихся между собой и с педагогом в форме учебных, деловых, ролевых игр, дискуссий, при которых происходит освоение нового опыта и получение новых знаний. Термин «интерактивные методы» связан, как правило, с двумя группами взаимосвязанных методов: построенных на общении с компьютером и посредством компьютера; вторая группа – бескомпьютерные методы – осуществляемое непосредственно между людьми специально организованное взаимодействие, где акцентированы «технологические» моменты.

Основные виды интерактивных методов, которые используются на педагогических часах: мозговой штурм, деловая игра, ролевая игра, дискуссия, групповые тренинги.

Групповые тренинги. Активное обучение социально-важным навыкам реализуется в форме групповых тренингов. Данные виды тренингов реализуются на педагогических ча-

сах при совместной работе психологов и социальных педагогов.

1) Тренинг резистентности (устойчивости) к негативному социальному влиянию («Полезные и вредные привычки», «Как сопротивляться отрицательному воздействию», «Скажи нет наркотикам», «Анти-СПИД» и т.п.)

В ходе тренинга изменяются установки на девиантное поведение, развивается способность говорить «нет» в случае давления сверстников, дается информация о возможном негативном влиянии родителей и других взрослых (например, употребляющих алкоголь).

2) Тренинг ассертивности или аффективно-ценностного обучения («Мои чувства и эмоции», «Как справиться с плохим настроением», «Анти-стресс» – для студентов нового набора и т.д.)

Основан на представлении, что девиантное поведение непосредственно связано с эмоциональными нарушениями. Для предупреждения данной проблемы обучающихся учат распознавать эмоции, выражать их приемлемым образом и продуктивно справляться со стрессом. В ходе тренинга также формируются навыки принятия решений, повышается самооценка, стимулируются процессы самоопределения и развития позитивных ценностей.

3) Тренинг формирования жизненных навыков («Я и моя группа», «Я и мои родители», «Я и мои педагоги»).

Под жизненными навыками понимают наиболее важные социальные умения личности. Прежде всего, это умение общаться, поддерживать дружеские связи и конструктивно разрешать конфликты в межличностных отношениях, это способность принимать на себя ответственность, ставить цели, отстаивать свою позицию и интересы. Также жизненно важными являются навыки самоконтроля, уверенного поведения, изменения себя в окружающей ситуации.

Ролевые игры («Ты и закон», «Разумный выбор», «Суд над сигаретой»). Ролевые игры позволяют осваивать и отрабатывать общие коммуникативные навыки (конструктивное общение, выбор и принятие решения, сопротивление внешнему давлению), что очень важно при работе с обучающимися с ОВЗ.

Ролевая игра предусматривает принятие участниками на себя определенных ролей, реализация которых требует от них дополнительных знаний, относящихся к принятой

роли. Предполагает подражание ее участников действительности в речевом и неречевом поведении, взаимодействие участников игры на основе диалога, наличие сотрудничества и партнерства между участниками.

Деловая игра («Выборы», «Человек и закон», «Моделирование ситуации устройства на работу» или «Технология поиска работы»). Основной целью деловой игры является моделирование определенной управленческой, экономической, психологической, педагогической ситуации, умение анализировать её и принимать оптимальные решения.

Мозговой штурм. Один из наиболее популярных методов стимулирования творческой активности. Позволяет найти решение сложных проблем путем применения специальных правил обсуждения. Широко используется на педагогических часах, а также при решении проблем в студенческих группах.

Дискуссия (классические дебаты, проблемная дискуссия, ролевая дискуссия, «Круглый стол»). Дискуссией называется целенаправленное, коллективное обсуждение конкретной проблемы, сопровождающееся обменом идеями, суждениями, мнениями в группе.

В Новочеркасском технологическом техникуме-интернате в профилактической работе очень широко используются такие интерактивные методы, как: акции, создание роликов, презентаций и профилактических фильмов, в которых принимают участие обучающиеся.

Акции: «Конфета – вместо сигареты», «Добрые сердца», «Факты о войне», «Мы за здоровый образ жизни», «Памятные даты» и т.д.

Создание роликов, фильмов, презентаций: «О вредных привычках», «Влияние курения на организм», «Последствия принятия алкогольных напитков», «Наркомания и ее последствия», «СПИД».

Профилактические фильмы: «Скажи «Нет!» сигарете», «Мы выбираем спорт», «Бросай курить!».

Применение всех вышеперечисленных интерактивных методов в профилактической работе с обучающимися в образовательно-реабилитационном пространстве ФКПОУ «Новочеркасский технологический техникум-интернат» Минтруда России дают хорошие результаты и позволяют значительно углубить воздействие социального педагога на обучающихся. Они получают опыт непосредствен-



ного проживания проблемы, что способствует интеграции психолого-педагогических знаний и навыков.

Список литературы.

1. Воронин А.С. Словарь терминов по общей и социальной педагогике. – Екатеринбург: ЕГПУ, 2006.

2. Двуличанская Н. Н. Интерактивные методы обучения как средство формирования ключевых компетенций // Наука и образование: электронное научно-техническое издание. 2011. – № 4.

3. Курышева И.В. Классификация интерактивных методов обучения в контексте самореализации личности учащихся // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. 2009. – № 112.

4. Корнеев И.К., Ксандопуло Г.Н., Машурцев В.А. Информационные технологии. ТК Велби. – 2007.

5. Панфилова А. П. мозговые штурмы в коллективном принятии решений. – СПб., 2005.



ТРУДОВАЯ МОТИВАЦИЯ ЛИЦ, ИМЕЮЩИХ ИНВАЛИДНОСТЬ, ПО РЕЗУЛЬТАТАМ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ФКУ «ГЛАВНОЕ БЮРО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО ОМСКОЙ ОБЛАСТИ» МИНТРУДА РОССИИ В 2017-2018 ГОДЫ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Омской области» Минтруда России,
г. Омск, Россия*

Важным условием полноценной жизнедеятельности человека является трудовая деятельность. Это способ не только экономически обеспечить своё существование, но и реализовать свои творческие способности, интегрироваться в общество. Для инвалидов, желающих трудиться, очень важна занятость, чтобы, несмотря на физические и иные недостатки здоровья, чувствовать себя полноценным членом общества.

Цель. Изучение потребности в мероприятиях профессиональной реабилитации инвалидов и трудовой направленности в Омской области в динамике за 2017-2018 гг.

Материал и методы. Для анализа использованы данные федерального статистического наблюдения формы № 7-собес «Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше» за 2017-2018 гг. и данные электронной базы ЕАВИИАС МСЭ.

Методы исследования: выборка сведений, статистический, аналитический.

Результаты. В 2017 г. ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России рекомендовано мероприятий по профессиональной реабилитации в 11787 ИПРА (45,4 %), в 2018 г. – в 11445 ИПРА (- 2,9 %) с удельным весом 45,6 % случаев от числа разработанных ИПРА инвалидов старше 18 лет. Потребность в профессиональной ориентации в 2017 г. составила 6516 случаев (55,3 %), в 2018 г. уменьшилась до 3451 случая (31,2 % от всех рекомендованных программ по профессиональной реабилитации). Нуждаемость в трудоустройстве в 2017 г. определена в 8791 случае (74,6 %), в 2018 г. на 938 случаев (10,7 %) меньше, составив 7853 случая (68,5 % от всех рекомендаций по профессиональной реабилитации). По тяжести инвалидности за период 2017-2018 гг.

инвалиды III группы преобладали с удельным весом 53,7 % (4721 чел.) – 54,3 % (4264 чел.); инвалиды II группы составляли 45,4 % (3991 чел.) – 44,0 % (3454 чел.), инвалиды I группы – 0,9 % (79 чел.) – 1,7 % (135 чел.).

В возрастной структуре группа инвалидов от 18 до 44 лет составила в 2017-2018 гг. по 48,5 % от общего числа нуждающихся в содействии в трудоустройстве. В данной возрастной группе не имели профессионального образования в 51,7 % – 48,2 % случаев соответственно. Получили начальное профессиональное образование – в 9,2 % – 13,2 %; среднее профессиональное образование – в 22,5 % – 21,4 %; высшее профессиональное образование – в 10,0 % – 10,5 %. На момент проведения медико-социальной экспертизы получали среднее профессиональное образование в 4,2 % – 3,9 % случаев; высшее – в 2,4 % – 2,9 % случаев соответственно годам. В анализируемый период преобладали рекомендации по трудоустройству в обычных производственных условиях: 2017 г. – 4694 (53,4 %) чел., в 2018 г. – 4241 (54,0 %) чел. В специально созданных условиях труда (в том числе на дому) в 2017 г. нуждались 3886 (44,2 %) чел., в 2018 г. – 3397 чел. (43,3 % от числа нуждающихся в трудоустройстве), что меньше на 489 (-12,6 %) чел. в сравнении с предыдущим годом. Потребность по оснащению (оборудованию) специального рабочего места для трудоустройства инвалида в 2017 г. определена 206 чел. (2,3 %), в 2018 г. – 204 чел. (2,6 %). Число инвалидов, давших согласие на обращение органов СЗН, возросло с 1224 чел. в 2017 г. до 1854 чел. в 2018 г., на 630 чел. (+ 51,5 %). Их удельный вес увеличился с 13,9 % до 24,9 % от числа нуждающихся в трудоустройстве соответственно. Женщины в 2018 г. составили 615 (33,2 %)



чел., мужчины – 1239 (62,8 %) чел.

На момент проведения медико-социальной экспертизы продолжали трудовую деятельность в 2017 г. 3619 чел., в 2018 г. – 3699 чел. Из них при первичном освидетельствовании в 2017 г. 1881 (52,0 %) чел., в 2018 г. – 1900 чел. (51,4 % от числа работающих). При повторном освидетельствовании работающих инвалидов регистрировалось в 2017 г. 1738 (48,0 %) чел, в 2018 г. – 1799 чел. (48,6 % от числа работающих). Женщины составили 47,9 % – 47,8 %. В возрастной структуре доля инвалидов от 18 до 44 лет – 23,2 % – 23,8 % случаев. Трудовая направленность в 2017 г. отмечена (в возрасте от 17 до 79 лет) у 5043 чел. (57,4 % от числа нуждающихся в трудоустройстве); в 2018 г. – у 4821 чел. (в возрасте от 17 до 83 лет), с ростом их удельного веса до 61,4 % случаев. Из числа работающих граждан не имели мотивации к труду в 2017 г. 828 (22,9 %) чел., в 2018 г. – 821 (22,2 %) чел. Увеличилось число граждан, состоящих на учете в службе заня-

тости, со 115 (1,3 %) инвалидов в 2017 г. до 155 (2,0 %) чел. в 2018 г. от числа нуждающихся в трудоустройстве.

Выводы. Таким образом, за период с 2017-2018 гг. потребность инвалидов в содействии в трудоустройстве снизилась до 68,5 % случаев. Преобладает 3 группа инвалидности. Возросла потребность в трудоустройстве инвалидов 1 группы. Возрастная группа от 18 до 44 лет среди нуждающихся в трудоустройстве составила 48,5 %. Из них уменьшилось число инвалидов, не имеющих профессионального образования, до 48,2 % случаев. Увеличилось число граждан, давших согласие на обращение органов СЗН, до 24,9 % случаев, стоящих на учете – до 2,0 % случаев. В то же время отмечен рост числа лиц с отрицательной мотивацией к труду до 61,4 % случаев (от числа нуждающихся в содействии в трудоустройстве). Среди работающих на момент освидетельствования нетрудоунаправлены в 22,9 % – 22,2 % случаев.





САРУТИНА Н.Н., НОВИКОВА Л.И.

РОЛЬ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО МАРШРУТА В ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ИНВАЛИДОВ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ (ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ)

*СПб ГБУ «Профессионально-реабилитационный центр»,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Законодательство Российской Федерации (Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» и другие) поддерживает получение инвалидами образования и гарантирует создание необходимых условий для его получения. Это гарантирует инвалидам права и свободу наравне с другими гражданами, способствует развитию их личности, индивидуальных способностей и возможностей, интеграции в общество.

Структура и содержание Федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования (ФГОС СПО) нового поколения призваны обеспечить наряду с развитием компетентностного подхода расширение спектра индивидуальных образовательных возможностей и траекторий обучающихся.

Индивидуальный образовательный маршрут (ИОМ), как целенаправленно проектируемая дифференцированная образовательная программа, обеспечивает обучающемуся – инвалиду и лицу с ограниченными возможностями здоровья (ЛОВЗ) позиции субъекта процесса выбора, разработки и реализации образовательной программы при осуществлении комплексной поддержки его самоопределения и самореализации преподавателем, социальным педагогом, педагогом-психологом, медицинскими работниками. ИОМ определяется образовательными потребностями, индивидуальными способностями и возможностями обучающегося – инвалида и ЛОВЗ (уровень готовности к освоению программы), а также существующими стандартами содержания образования.

Маршрутная система обучения в целом

позволяет реализовать личностно-ориентированный подход в образовании инвалидов и ЛОВЗ. Реализация ИОМ по отдельной дисциплине позволяет ликвидировать пробелы в знаниях, существующие по причине длительного отсутствия в период обострения заболевания, повысить функциональную грамотность по учебной дисциплине, совершенствоваться в выбранной сфере деятельности.

Вышесказанное подтверждает возрастающую актуальность умения педагога профессионального образования планировать, разрабатывать, реализовывать ИОМ по отдельным учебным дисциплинам при обучении инвалидов и ЛОВЗ, а также предопределяет цель данной работы – проанализировать опыт реализации ИОМ обучающего – инвалида по отдельной учебной дисциплине в СПб ГБУ «Профессионально-реабилитационный центр» – техникуме для инвалидов.

В 2017 году расширенным заседанием реабилитационной команды было принято решение о разработке, с учетом рекомендаций специалистов отделения социально-психологического и медицинского сопровождения, в отношении обучающейся К., 28 лет, инвалида с детства 2 группы по отдельным учебным дисциплинам ИОМ (специальность 31.02.03 Лабораторная диагностика), включающего целевой, содержательный, технологический, диагностический и организационно-педагогический компоненты.

ИОМ предусматривал изучение пропущенных тем (вследствие продолжительного нахождения К. в стационаре) посредством самостоятельной работы под контролем преподавателя, на индивидуальных занятиях, консультациях. В задачи ИОМ входило развитие навыков самостоятельной работы, привычки к самоконтролю и самооценке, умения анали-



зировать задачу или проблему и выделять её составные части, определять этапы решения задачи, выявлять и эффективно искать информацию, необходимую для её решения, составлять план действия; определять необходимые ресурсы; умения уверенно выступать перед группой, делать свою речь информативной и выразительной, в целом успешно освоить программу ОГСЭ.01 Основы философии.

ИОМ согласован с обучающейся. Был учтен высокий показатель К. как пользователя персонального компьютера (ПК). Обучающейся К. были предоставлены рабочая программа, методические указания по выполнению самостоятельных и практических работ, перечень ЭОР, учебных пособий в электронном виде. Были предусмотрены механизмы коррекции и сопровождения ИОМ.

Во время реализации ИОМ активно использовались задания по поиску и анализу информации, оформлению словаря терминов, написанию краткого конспекта, выполнению тестов, созданию кроссвордов, презентаций с последующей их защитой. Общение с обучающейся происходило непосредственно и посредством электронной почты, онлайн связи.

Результатом реализации ИОМ стала устойчивая положительная динамика результатов освоения программы учебной дисциплины.

К. стала уверенно работать с материалом, представлять публично результаты своей работы. Исчезла зажатость в общении. Социальным педагогом и педагогом-психологом была констатирована положительная динамика в комплексной реабилитации К. Обучающаяся К. успешно прошла промежуточную аттестацию. Стала активно участвовать в общественной жизни техникума. В 2019 году ее учебная и общественная деятельность отмечена стипендией Профсоюза.

Анализ опыта реализации ИОМ по отдельной учебной дисциплине позволяет сделать вывод о его комплексном действии в образовательном и реабилитационном процессе обучающегося – инвалида. Достижение запланированных результатов в рамках одного ИОМ по учебной дисциплине способствует решению задач при изучении других дисциплин и междисциплинарных курсов, формирует необходимые компетенции, знания и умения, развивает обучающегося – инвалида как личность, способствует формированию навыков самостоятельной работы, повышает самооценку, укрепляет уверенность в себе, развивает коммуникативные способности. Опыт апробации ИОМ по отдельным дисциплинам в 2017 году проанализирован преподавателями и успешно используется в настоящее время.





ТРАВНИКОВА Н.Г.

О ПРОБЛЕМАХ ТРУДОУСТРОЙСТВА ИНВАЛИДОВ

*ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования
врачей-экспертов» Минтруда России,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Вопросами трудоустройства инвалидов в нашей стране активно занимались, особенно в послевоенные годы прошлого столетия, когда были созданы многие специализированные предприятия и специальные профессиональные учебные заведения, обучавшие инвалидов. Трудоустраивали выпускников не только на предприятия и в мастерские, специально организованные для инвалидов (общества слепых и т.п.), но и на обычные предприятия и организации. В новых условиях после ратификации Российской Федерацией в мае 2012 года Конвенции о правах инвалидов вопросы трудоустройства инвалидов снова стали актуальными. Настоящее пилотное исследование ставило целью выяснение мнений специалистов, участвующих в трудоустройстве инвалидов. Для этих целей была разработана анкета, содержащая открытые и закрытые вопросы, затрагивающая актуальные проблемы трудоустройства инвалидов.

Исследование проводилось в августе-октябре 2017 года на семинарах в рамках реализации Государственной программы «Доступная среда на 2011-2020 годы» в городах: Пятигорске, Пскове, Калуге, Перми, Новокузнецке и Екатеринбурге. В опросе участвовали сотрудники государственной службы занятости (69 % респондентов), органов государственной власти, курирующих вопросы трудоустройства инвалидов (23 %), представители учреждений культуры и образования (2 %), а также общественных организаций инвалидов (6 %). Всего было опрошено 125 человек (109 женщин и 16 мужчин) из разных регионов нашей страны. В опросе участвовали респонденты от 20 до 65 лет. Средний возраст 43 года. Средний стаж работы по вопросам занятости – 9 лет.

На вопрос: «Какие факторы, на Ваш взгляд, оказывают наибольшее влияние на формирование отношения в обществе к трудоустройству инвалидов?» – 70 специалистов дали

развернутые ответы. Совершенствование законодательства для установления льгот для работодателя при трудоустройстве инвалидов называют одним из возможных путей повышения востребованности лиц с ограниченными возможностями на рынке труда 26 % ответивших. Как написал один специалист о текущей ситуации: «Трудоустройство инвалида добавляет работодателю больше проблем, чем прибыли». По мнению респондентов, повышение финансовой заинтересованности работодателей и наличие специализированных рабочих мест и доступной среды на производстве позволило бы сформировать востребованные вакансии для инвалидов. Ряд специалистов (11 %) считают, что неблагоприятная экономическая ситуация региона, недостаток вакантных рабочих мест и низкие зарплаты – основные причины малого количества работающих инвалидов.

Наибольшее количество респондентов (38 %) считают, что основным препятствием трудоустройства инвалидов является прежде всего низкий уровень «терпимости» к инвалидам, нетолерантное отношение, стереотип инвалида – иждивенца и неудачника. Специалисты предлагают шире информировать общественность, начиная со школы, по теме: «Инвалид – кто это?», учиться понимать и принимать взаимные ограничения, формировать гуманистическую позицию в обществе через социальную рекламу, массовые мероприятия с участием инвалидов, шире распространять информацию об успешных примерах трудоустройства инвалидов, а также поощрять работодателей со стороны администрации, общественных советов и других.

Четверть из группы специалистов, ответивших на вопрос о значимых факторах, считают, что и со стороны инвалидов тоже есть проблемы. Они отмечают, что нередко инвалиды сами мало активны в поиске работы. Также у лиц с ограниченными возможностями здоро-



вья встречается низкий уровень образования либо имеется несоответствие полученного образования требованиям рынка труда, что затрудняет трудоустройство. Подчеркивается необходимость дополнительных усилий по адаптации инвалида на производстве, где они видят большую роль общественных организаций в сопровождении и помощи при трудоустройстве.

Все опрошенные специалисты отметили наиболее значимые мотивы работодателей для трудоустройства инвалидов: 73 % считают, что главным мотивом работодателей в приеме на работу лиц с инвалидностью является их обязанность по закону иметь квотируемые места; 22 % уверены, что работники с инвалидностью на определенных позициях могут оказаться лучше, чем работники без нее. Указывают на использование имиджа социально ответственной организации для рекламы, а также на важность положительного опыта трудоустройства инвалидов (по 18 % опрошенных).

В целом специалисты, занимающиеся вопросами трудоустройства инвалидов, слабо оценивают вероятность согласия работодателей принять инвалида на работу – в среднем значение 0,32. Самую низкую вероятность указы-

вают работники службы занятости, имеющие значительный опыт трудоустройства инвалидов – 0,29, сотрудники органов власти более оптимистичны в оценке, она составила в среднем 0,38. Самые оптимистичные – работники общественных организаций инвалидов, считающие вероятность согласия работодателей равной 0,53. При этом работники общественных организаций полагают, что лишь 51 % инвалидов, имеющих возможность работать, готовы реально трудоустроиться. Сотрудники администрации уверены, что таких 39 %, а работники службы занятости оценивают их количество как 27 %. В среднем по всей выборке получилось значение 32 %.

Результаты исследования позволяют сделать вывод о слабой готовности общества к действительно массовому трудоустройству инвалидов. Для этого есть нормативные, экономические, социальные, организационные и психологические причины. По мнению специалистов, в настоящий момент присутствует и низкая готовность работодателей принимать на работу сотрудников с ограниченными возможностями здоровья, и небольшая готовность самих инвалидов устраиваться на работу.





ТУПИКИНА В.А.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОБУЧЕНИЮ СТУДЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА

*ФКПОУ «Межрегиональный центр реабилитации лиц с проблемами слуха (колледж)»
Минтруда России, г. Павловск, Россия*

Уровень школьной подготовки лиц с нарушением слуха, поступающих в ФКПОУ «Межрегиональный центр реабилитации лиц с проблемами слуха (колледж)» Минтруда, в связи с особенностями развития данной категории обучающихся отличается от подготовки других студентов. Отсутствие или недостаточность речевой деятельности, малый объем получаемой информации создает у глухих и слабослышащих целый ряд трудностей в овладении знаниями и практическими умениями.

Основной целью данной работы является:

- формирование образовательного процесса для обучающихся с нарушением слуха;
- создание условий для освоения ими основных профессиональных образовательных программ по специальностям среднего профессионального образования.

Разработаны методы работы с неслышащими обучающимися. Важное место среди них занимает персонализация учебной деятельности, которая осуществляется на основе учета индивидуальных особенностей обучающихся с нарушением слуха. В процессе обучения неслышащих студентов большую роль также играют наглядные средства.

Сформулирована и доказана потребность в дозировании применения словесных и визуальных компонентов в учебном материале для глухих.

В работе отмечена необходимость прово-

дить словарно-разъяснительную работу в отношении многих понятий и даже слов, используемых в процессе обучения.

Подчеркивается, что важно учитывать следующие особенности при обучении студентов с нарушением слуха:

- параллельное сопровождение процесса обучения другими компонентами реабилитации;
- более тесное взаимодействие преподавателей и обучающихся;
- работу с контингентом обучающихся, имеющих психофизические отклонения в развитии;
- заниженный средний интеллектуальный потенциал студентов.

В результате проделанной работы можно сделать вывод, что при разработке образовательных стандартов и примерных адаптированных образовательных программ для глухих и слабослышащих обучающихся особое внимание следует уделять выявлению и использованию потенциальных возможностей последних. Вместе с тем следует отметить, что совершенствование систем основного общего, среднего общего и профессионального образования для лиц с проблемами слуха требует дальнейших исследований по ряду важных вопросов, связанных с более многосторонним и основательным изучением познавательной деятельности обучающихся и использованием ее в учебном процессе.



ТРУДОУСТРОЙСТВО ИНВАЛИДОВ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

*ФКУ «Главное бюро ГБ МСЭ по Красноярскому краю»
Минтруда России, г. Красноярск, Россия*

Трудоустройство является одним из мероприятий, входящих в систему мер социальной защиты инвалидов, и ведущим инструментом создания общества равных возможностей. Трудовая деятельность для человека – важное условие полноценной жизнедеятельности.

Трудоустройство инвалидов всегда было очень сложным для реализации мероприятием, так как осуществляется для людей, имеющих ограничения способности к трудовой деятельности разной степени выраженности.

Основные проблемы трудоустройства инвалидов:

- низкая мотивация к трудоустройству и слабая информированность о возможностях реализации своего трудового потенциала на территориальных рынках труда;

- низкая конкурентоспособность инвалидов молодого возраста в связи с отсутствием опыта работы либо невостребованностью профессии (специальности) на рынке труда;

- недостаточное количество рабочих мест, подходящих для трудоустройства инвалидов с учетом рекомендованных условий труда и видов деятельности, в том числе выделяемых работодателями в счет квоты для приема на работу инвалидов;

- незаинтересованность работодателей в приеме на работу инвалидов и другое.

Исходя из озвученных выше проблем, перед нашим Учреждением стоят следующие задачи:

- активная работа с инвалидами трудоспособного возраста по информированию о возможностях трудоустройства и формированию у них положительной трудовой установки;

- контроль формирования профессионального раздела реабилитации (фильтры);

- разработка и внедрение совместных с Агентством труда и занятости (далее – Агент-

ство) мероприятий по повышению числа трудоустроенных инвалидов.

Для решения поставленных задач осуществляются следующие мероприятия:

- 1) Содействие лицам с инвалидностью в реализации права на труд: оказываются услуги по профессиональной реабилитации в соответствии индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида (ИПРА).

По данным регионального отделения Пенсионного фонда в Красноярском крае насчитывается 189397 инвалидов (уровень инвалидности составил 698,5 на 10 тыс. населения), в том числе взрослых – 176524 (уровень 833,3 на 10 тыс. взрослого населения). Инвалидов трудоспособного возраста в крае 64583, из них 15558 – работающих, что составило 24,1 %.

В 2018 г. содействие в трудоустройстве рекомендовано 12623 инвалидам, это 67,2 % от числа признанных инвалидами трудоспособного возраста.

При анализе показателей за 2016-2018 гг. отмечается тенденция к снижению количества рекомендаций по трудоустройству инвалидов (2016 г. – 13423, 2017 г. – 13245, 2018 г. – 12623). Данная тенденция связана с уменьшением числа признанных инвалидов трудоспособного возраста: в 2018 г. число признанных инвалидов трудоспособного возраста снизилось на 15,2 % по сравнению с 2016 г.

В 2017 г. изменилось и законодательство в части формирования ИПРА (с вступлением в силу приказа Минтруда России от 13.06.2017 № 486н).

Изменения в том числе коснулись формирования мероприятий профессиональной реабилитации инвалида. Добавлены новые разделы: «Информирован о возможности трудоустройства путем постановки на учет в органах занятости». Специалисты нашего учреждения при выдаче ИПРА уведомляют всех неработающих



инвалидов трудоспособного возраста, кому рекомендовано «Содействие в трудоустройстве», о возможности трудоустройства через Центры занятости населения.

В программе реабилитации отмечается дата информирования гражданина. Помимо даты информирования в ИПРА отмечается и согласие инвалида на обращение к нему службы занятости населения (только при очном освидетельствовании). Указанная информация отображается в выписке из ИПРА инвалида, которая в соответствии с законодательством в трехдневный срок направляется в Агентство труда и занятости. Согласие инвалида дает возможность специалистам службы занятости самим обращаться к гражданину (посредством телефонного звонка, выезда на дом) для организации работы по подбору подходящего рабочего места.

2) Контроль Главным бюро формирования профессионального раздела ИПРА.

Специалистами отдела реабилитации ведется консультативная работа по формированию трудовых рекомендаций. Были введены фильтры в ЕАВННМСЭ, с помощью которых отслеживается, чтобы каждый неработающий инвалид получил рекомендацию о содействии в трудоустройстве.

Что касается межведомственного взаимодействия, то среди положительных сторон нашей совместной работы можно выделить следующее:

- учреждение, в рамках реализации приказа Минтруда России от 29.12.2012 № 643 «О проведении мониторинга потребности неза-
нятых инвалидов трудоспособного возраста

в трудоустройстве», ежегодно совместно с Агентством проводит мониторинг на основе выборочного опроса инвалидов путем анкетирования. Ежегодно специалистами нашего учреждения проводится анкетирование порядка 1000 инвалидов трудоспособного возраста.

По результатам анкетирования была организована работа, направленная на повышение конкурентоспособности на рынке труда посредством профессионального обучения и переподготовки инвалидов молодого возраста;

- нами отлажена работа по предоставлению сведений на запросы Агентства в соответствии с приказом Минтруда России от 16.11.2015 № 872н «Об утверждении Порядка, формы и сроков обмена сведениями между органами службы занятости и федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы», что способствует оперативному решению вопросов по обеспечению занятости инвалидов.

- специалисты учреждения ведут активную информационную и консультативную работу также со специалистами Центров занятости и работодателями.

Таким образом, ФКУ «ГБ МСЭ по Красноярскому краю» Минтруда России активно взаимодействует с органами государственной службы занятости населения в решении важнейших вопросов организации и проведения профессиональной реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья. Результатом данного взаимодействия стало то, что Красноярский край является лидером по трудоустройству инвалидов в Российской Федерации.



ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СТАЦИОНАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Красноярскому краю» Минтруда России,
г. Красноярск, Россия*

Социальное обслуживание населения в Российской Федерации регламентируется Федеральным законом от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации». Закон определяет правовые и экономические стороны данного вопроса, а также полномочия федеральных и региональных органов государственной власти в данной сфере. Прописаны права и обязанности получателей и поставщиков соответствующих услуг, а также обозначены категории лиц, на которых распространяется действие данного закона.

Стационарное социальное обслуживание направлено на оказание разносторонней социальной помощи гражданам пожилого возраста и инвалидам, частично или полностью утратившим способность к самообслуживанию и нуждающимся по состоянию здоровья в постоянном уходе и наблюдении в стационарных условиях учреждений с круглосуточным пребыванием.

В Красноярском крае функционирует 36 краевых стационарных учреждений социального обслуживания стационарного типа, из

которых:

- 12 домов-интернатов для престарелых и инвалидов;
- 4 специальных дома-интерната для престарелых и инвалидов;
- 4 пансионата для граждан пожилого возраста и инвалидов;
- 14 психоневрологических интернатов;
- 3 психоневрологических интерната для детей;
- 1 геронтопсихиатрический центр.

ФКУ «ГБ МСЭ по Красноярскому краю» Минтруда России за 2017 год были освидетельствованы 1013 человек из стационарных организаций социального обслуживания, в том числе детей – 320. Всем обратившимся были разработаны индивидуальные программы реабилитации и абилитации (ИПРА). За 2018 год 1181 гражданам, проживающим в стационарных учреждениях, была актуализирована индивидуальная программа реабилитации и абилитации, из них детям – 403. За 1 квартал 2019 года были освидетельствованы 175 человек, в том числе 48 детей. Если в 2017 году основной причиной для актуализации ИПРА был подбор

Таблица – Информация о реабилитационных мероприятиях, установленных гражданам, проживающим в стационарных организациях социального обслуживания Красноярского края, за 2017-2019 гг.

№ п/п	Наименование показателей	2017 г.	2018 г.	2019 г. (1 квартал)
1.	Количество человек, проживающих в стационарных организациях социального обслуживания, всего:	6 313	6291	6 169
	в том числе детей	689	651	692
2.	Количество человек, имеющих ИПРА, всего:	5 790	5 788	5 727
	в том числе детей	689	651	692
3.	Количество человек, нуждающихся в уточнении рекомендаций ИПРА, всего:	1 013	1 181	175
	в том числе детей	320	403	48
4.	Количество человек, которым актуализированы рекомендации ИПРА, всего:	1 013	1 181	175
	в том числе детей	320	403	48



необходимого набора технических средств реабилитации, то с 2018 года на первый план вышла профессиональная реабилитация инвалидов, проживающих в психоневрологическом интернате ПНИ (Табл.).

Основным направлением деятельности данных учреждений является социальная адаптация воспитанников. В последнее время особое внимание уделяется комплексным программам трудовой и профессиональной реабилитации пациентов.

Так, например, в психоневрологическом интернате для детей «Солнышко» трудовое и профессиональное обучение организовано по нескольким направлениям. В зависимости от особенностей, потребностей и возможностей конкретного ребенка или подростка формируется индивидуальный маршрут, реализация которого происходит как в пространстве ПНИ, так и в школах. Основы трудового обучения и воспитания ребята получают на уроках технологии и во внеурочной деятельности. Для тех, кто постарше, в интернате работают мастерские и студии, где организована подготовка инвалидов по адаптивным дополнительным общеразвивающим программам, таким как: «Благоустройство и озеленение территории», «Профессии красоты», «Обработка и дизайн ногтей», «Швейное дело», «Домоводство».

Помимо основных задач, программы тру-

довой и профессиональной реабилитации формируют у ребят навыки самообслуживания, социально-средового взаимодействия и коммуникации, творческого и личностного развития, что тоже важно.

Логическим финалом успешной трудовой реабилитации является трудоустройство. Проживающие в ПНИ инвалиды, в том числе и недееспособные, получают работу в учреждениях социальной сферы (уборщик служебных помещений или территории, подсобный рабочий, мойщик посуды, грузчик). Так, по состоянию на 01.08.2016 г. был официально трудоустроен 41 человек, на 01.08.2017 г. – 60, в настоящее время – 78. Те, кто обучился профессии штукатур, маляра, обувщика, столяра, слесаря по ремонту автомобилей, также работают по найму в частных предприятиях.

Список литературы.

1. Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 28.12.2013г. № 442-ФЗ.
2. Еремина, Т. Профессиональное обучение воспитанников психоневрологического интерната / Т. Еремина, Е. Прокопенко // Социальное развитие: регион 24 – 2019. – № 1 (26).
3. Калинкина, В. «Шанс на самостоятельную жизнь» / В. Калинкина Социальное развитие: регион 24. – 2018. – № 4 (2).



АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОДЕЙСТВИЯ ТРУДОУСТРОЙСТВУ ВЫПУСКНИКОВ ОРГАНИЗАЦИЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ИЗ ЧИСЛА ИНВАЛИДОВ

*ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов
им. Г.А. Альбрехта» Минтруда России,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Введение. Трудоустройство выпускников организаций профессионального образования из числа инвалидов является завершающим этапом их профессиональной подготовки. Оно осуществляется в рамках мероприятий по содействию занятости населения, определенных планом мероприятий по реализации в субъектах Российской Федерации программ сопровождения инвалидов молодого возраста при получении ими профессионального образования и содействия в последующем трудоустройстве на 2016-2020 годы, утвержденных распоряжением Правительства Российской Федерации от 16 июля 2016 № 1507-р.

Материал и методы. Необходимым условием организации работы профессиональных образовательных организаций по сопровождению инвалидов с тяжелыми заболеваниями, с целью их последующего эффективного трудоустройства, является наличие в организациях структур, занимающихся этой деятельностью. Работа подразделений, ответственных за это направление, должна базироваться на индивидуальном подходе к таким обучающимся, с учетом имеющихся у них существенных ограничений жизнедеятельности с применением всего комплекса мер по психологической поддержке, социальной адаптации на рынке труда, взаимодействию с работодателями, некоммерческими общественными организациями (далее – НКО) и учреждениями службы занятости населения.

Планирование работы с обучающимися инвалидами рекомендуется осуществлять в рамках ведения для такого обучающегося Индивидуальной карты «Траектория профессиональной карьеры» (далее – ИТПК) [1-2].

В ИТПК могут быть, в том числе, предусмотрены следующие мероприятия по содей-

ствию трудоустройству:

- выстраивание индивидуальной карьеры и содействие трудоустройству;
- участие в конкурсах профмастерства «Абилимпикс» и олимпиадах студентов «Я – профессионал»;
- организация обучения инвалидов взаимодействию с работодателями и с представителями НКО;
- обеспечение сопровождения при содействии занятости инвалидов.

Работа образовательной организации с потенциальными работодателями и НКО может включать в себя целый ряд направлений и форм:

- ведение базы предприятий, готовых трудоустроить инвалидов, и НКО, имеющих возможность оказывать услуги по сопровождению;
- помощь работодателям и представителям НКО в уточнении указанных в ИПРА ограничений жизнедеятельности обучающихся инвалидов;
- сбор информации о вакансиях для инвалидов с различными нарушениями функций организма;
- организацию специализированных ярмарок вакансий;
- взаимодействие с НКО с целью выделения сопровождающих для инвалидов;
- организацию сопровождения выпускников-инвалидов, закрепление наставников из числа работников предприятий и представителей НКО.

Значительную поддержку образовательным организациям в работе по трудоустройству (в том числе сопровождаемому) выпускников из числа инвалидов с тяжелыми заболеваниями могут оказать региональные службы занятости населения.



Результаты. В пилотных регионах, где проводилась отработка подходов к формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов (Свердловская область, Пермский край), в 2018- 2019 годах (при поддержке специалистов ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России), а также в Санкт-Петербурге, в Ленинградской области, в целом ряде других регионов, начиная с 2019 года, по данным авторов статьи, активно применялись указанные формы и методы работы по содействию трудоустройству выпускников профессиональных образовательных организаций – инвалидов с тяжелыми заболеваниями и из числа лиц с ОВЗ, что способствовало улучшению показателей их трудоустройства и закреплению инвалидов на рабочих местах.

В то же время сохраняются проблемы, препятствующие успешному решению задачи трудоустройства выпускников из числа инвалидов.

Заключение. В целях дальнейшего развития работы по содействию трудоустройству выпускников профессиональных образовательных организаций из числа инвалидов рекомендуется предусмотреть изменения в российском и региональном налоговом законодательстве, которые будут способствовать усилению материальной заинтересованности

работодателей и НКО в трудоустройстве инвалидов и организации наставничества, с целью закрепления инвалидов на рабочих местах. Необходимо внести дополнения в законодательство о квотировании рабочих мест для трудоустройства инвалидов. Важно организовать в регионах поддерживаемый государством производственный заказ для предприятий, успешно выполняющих квоту. Нуждается в разработке типовое положение о стажировках выпускников профессиональных образовательных организаций из числа инвалидов, с последующим трудоустройством таких граждан. Следует дополнить действующую в России форму ИПРА рекомендациями экспертов МСЭ, внести необходимые дополнения в формы государственной статистики органов занятости и учреждений МСЭ, с включением в них показателей сопровождения инвалидов при содействии их занятости.

Список литературы.

1. Чукардин В.А. Совместная работа по трудоустройству выпускников из числа инвалидов. Журнал «Служба занятости», 2017, № 12, с. 56-57.
2. Макарьев И.С., Романченко Е.В. Индивидуальная карта «Траектория профессиональной карьеры». Учебно-методическое пособие. – СПб. – 2019. – 64.



СОДЕРЖАНИЕ

ОРГАНИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ	
Бабичук Л.Д., Окунев М.И., Маношкина Т.М., Колмогоров А.Г., Боровикова Я.В. Эффективность межведомственного взаимодействия при разработке программы реабилитации пострадавшего от тяжелого несчастного случая на производстве в ранний реабилитационный период г. Кемерово, Россия	5
Балабанова Н.Ю., Вязанкин А.И., Дектеренко С.С. Механизм межведомственного взаимодействия при назначении высокотехнологичных протезов конечностей инвалидам в Алтайском крае г. Барнаул, Россия	7
Бронников В.А., Григорьева М.И., Серебрякова В.Ю. К вопросу об организации межведомственного взаимодействия по оказанию ранней помощи детям и их семьям в Пермском крае г. Пермь, России	9
Бронников В.А., Григорьева М.И. Межведомственное взаимодействие в системе комплексной реабилитации инвалидов в Пермском крае: опыт развития модели г. Пермь, Россия	11
Бронников В.А., Григорьева М.И., Складная К.А. Стандартизация реабилитационных услуг: опыт Пермского края г. Пермь, России	13
Васильченко Е.М. Основные направления научно-методической деятельности новокузнецкого федерального центра медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов на современном этапе г. Новокузнецк, Россия	15
Владимирова О.Н., Рожко К.Н., Гладштейн В.А. Цели устойчивого развития организации объединённых наций в контексте реабилитации инвалидов и детей-инвалидов г. Санкт-Петербург, Россия	17
Гордеева А.А., Давыдов А.Т. Организация работы версии сайта для слабовидящих с клиентоориентированным подходом в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации г. Санкт-Петербург, Россия	19
Копыток А.В. Организация и проведение медицинской реабилитации в Республике Беларусь г. Минск, Республика Беларусь	21
Крамер И.В. Васильченко Е.М. Экспертная оценка доступности объектов и услуг для маломобильных групп населения на территории субъектов Сибирского Федерального округа г. Новокузнецк, Россия	23
Марцияш А.А., Колмыкова Е.В. Подготовка кадров по физической и реабилитационной медицине в Кемеровском медицинском университете г. Кемерово, Россия	25
Мясников И.Р., Макарова Н.В., Карасаева Л.А., Нурова А.А., Карпатенкова О.В., Романенко Т.М. Инновационные формы предоставления реабилитационных и образовательных услуг в центре социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Красногвардейского района города Санкт-Петербурга г. Санкт-Петербург, Россия	27
Радуту В.И., Шестаков В.П., Свинцов А.А., Черныкина Т.С., Колюка О.Е. Проблемы функционирования системы комплексной реабилитации (абилитации) инвалидов на международном уровне г. Санкт-Петербург, Россия	29
Складная К.А., Бронников В.А. Организация реабилитационного процесса мультидисциплинарной бригадой с позиции международной классификации функционирования ограничений жизнедеятельности и здоровья г. Пермь, Россия	31



Шошмин А.В., Бесстрашнова Я.К., Лорер В.В. Управление системой комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов: финансово-экономические показатели г. Санкт-Петербург, Россия	32
Votava J. Occupational therapy in Czech republic and internationally – its history and present situation in different European countries Czech Republic	34
Votava J. Оккупационная терапия в Чешской республике и в мире – её история и актуальная ситуация в странах Европы Чешская Республика	37
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА. СТАТИСТИКА ИНВАЛИДНОСТИ	
Аксенова М.В., Саликова С.И., Шамшева Е.В. Опыт использования программно-аппаратного комплекса «Шуфрид» для объективизации степени снижения функций психических процессов при проведении медико-социальной экспертизы г. Омск, Россия	43
Андрейчук Е.Л., Колодежная А.Н., Карпова Л.В. Первичная инвалидность взрослого населения Иркутской области вследствие цереброваскулярных болезней в 2016-2018 годах г. Иркутск, Россия	45
Гаврилюк О.Н., Рогова Л.Г., Родыгина Е.В., Мохонько Л.А., Ремнева И.В. Анализ обращений граждан, впервые обратившихся на медико-социальную экспертизу с целью разработки программы реабилитации пострадавшего на период временной нетрудоспособности, за 2015-2018 годы г. Кемерово, Россия	47
Гаврилюк О.Н., Рогова Л.Г., Родыгина Е.В., Мохонько Л.А., Ремнева И.В. Вопросы совершенствования межведомственного взаимодействия в рамках разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида г. Кемерово, Россия	49
Захарова Г.Н., Погодаева М.М., Петухов К.М., Самсонова И.И. Высокий уровень инвалидности от глубоких отморожений как медико-социальная проблема (на примере клинического случая освидетельствования ребенка по последствиям тяжелой холодовой травмы) г. Якутск, Россия	50
Калашников А.И., Шамшева Е.В., Саликова С.И., Юревич Л.В. Динамика инвалидности населения Омской области в 2014-2018 годах г. Омск, Россия	52
Кароль Е.В., Белавина Е.А., Поддубная Т.Б., Попова Н.В., Шилов П.Б. Основные результаты реабилитационного направления деятельности учреждений медико-социальной экспертизы города Санкт-Петербурга в 2016-2018 годах г. Санкт-Петербург, Россия	54
Карпова Л.В., Рыбалко М.В. Анализ первичной инвалидности вследствие ВИЧ-инфекции в Иркутской области в 2016-2018 годах г. Иркутск, Россия	55
Карпова Л.В., Рыбалко М.В. Первичная инвалидность взрослого населения Иркутской области вследствие коинфекции «ВИЧ-туберкулез» в 2016-2018 годах г. Иркутск, Россия	57
Козлов С.И., Яламов А.С. Клинико-психологические аспекты нормального и патологического старения г. Москва, Россия	59
Колядо А.В., Лазаренко А.С., Владимирова И.А., Гончаренко А.Г. Первичная инвалидность взрослого населения Алтайского края вследствие болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани: динамика показателей, потребность инвалидов в комплексной реабилитации г. Барнаул, Россия	61
Коновалова Н.А., Куликов С.К. Показатели реабилитации детей-инвалидов Томской области за 2016-2018 годы г. Томск, Россия	64
Кошелева О.В., Смирнова Н.Г., Самусенко А.Г., Шмелева Л.В. Первичная инвалидность вследствие рассеянного склероза в городе Москве за 2016-2018 годы г. Москва, Россия	66



Львова Н.Л. Экспертно-реабилитационные критерии оценки ограничений жизнедеятельности пациентов с основными заболеваниями нефрологического профиля г. Минск, Республика Беларусь	68
Малова Л.Н. Первичная инвалидность взрослого населения вследствие сахарного диабета по Чувашской Республике за 2014-2018 годы г. Чебоксары, Россия	70
Малова Л.Н., Кованева Л.В. Первичная инвалидность взрослого населения вследствие болезней системы кровообращения по Чувашской Республике за 2014-2018 годы г. Чебоксары, Россия	74
Миначева Р.Н., Ахметянова Р.С. Использование диагностического аппаратно - программного комплекса «Шуфрид» при оценке степени выраженности нейродинамических нарушений в ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Татарстан (Татарстан)» Минтруда России г. Казань, Россия	76
Михайлова Н.А., Ларионова Н.Б., Яковлева В.Ю., Зыкова А.А. Первичная инвалидность по онкопатологии по Республике Саха (Якутия) за 2016-2018 годы г. Якутск, Россия	78
Павлова А.Э., Старик К.Ф., Наумова Е.Г., Кульбертинов С.И., Токосова О.Д. Использование специального диагностического оборудования экспертным составом № 3 смешанного профиля ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Саха (Якутия)» Минтруда России за период 2015-2018 годов г. Якутск, Россия	80
Перминов В.А., Чумакова Е.В. О результатах сравнительного анализа сроков освидетельствования граждан, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи, на территории Томской области г. Томск, Россия	82
Пономарев С.А., Туаршева С.М. Особенности оценки статодинамических функций с использованием специального диагностического оборудования г. Санкт-Петербург, Россия	83
Родионова А.Ю., Сергеева В.В. Оценка результатов реабилитационных мероприятий у больных артериальной гипертензией с метаболическим синдромом, освидетельствованных в бюро медико-социальной экспертизы г. Санкт-Петербурга г. Санкт-Петербург, Россия	85
Рыбченко Н.В., Шулунова Т.В., Архинчеева Д.А., Карпова Л.В. Об освидетельствовании граждан в учреждениях уголовно-исполнительной системы Иркутской области в 2017-2018 годах г. Иркутск, Россия	86
Сафронова Е.В., Антонова И.Г., Нагаева С.В., Будилова Г.Г. Анализ первичной инвалидности вследствие умственной отсталости среди детского населения по Республике Башкортостан за 2015-2018 годы г. Уфа, Россия	88
Сафронова Е.В., Нагаева С.В., Уразметова С.М., Кургузова С.А. Особенности экспериментально-психологического обследования при медико-социальной экспертизе детей с умственной отсталостью г. Уфа, Россия	91
Соловьева И.Ю., Годорожа Н.Э., Семяникова И.С. Анализ первичной и повторной инвалидности вследствие профессиональных заболеваний и степени утраты профессиональной трудоспособности в Иркутской области за 2016-2018 годы г. Иркутск, Россия	93
Спиридонова Л.Ч., Тыкыл-оол О.А., Сат У.К. Состояние первичной детской инвалидности вследствие врожденных пороков развития по Республике Тыва за 2016-2018 годы г. Кызыл, Россия	95
Струкова О.Г., Тушайте С.А., Толстенко Г.В., Кара-Оол Н.А. Анализ уровня нервно-психического развития детей-инвалидов с различным гестационным сроком рождения в норме и патологии г. Абакан, Россия	97
Струкова О.Г., Щукина Т.А., Кара-Оол Н.А. Актуальные вопросы медико-социальной экспертизы пострадавших вследствие профессиональных заболеваний в Республике Хакасия г. Абакан, Россия	99



Чапко И.Я., Емельянцева Т.А., Перкова В.Е. Формирование программы медицинской реабилитации инвалидов с дисциркуляторной энцефалопатией г. Минск, Республика Беларусь	103
Чошак А.Д., Тыкыл-оол О.А., Спиридонова Л.Ч. Анализ детской инвалидности вследствие болезней уха и сосцевидного отростка по данным ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Тыва» Минтруда России за 2016-2018 годы г. Кызыл, Россия	105
Шамшева Е.В., Саликова С.И., Авдеева Е.Ф. Анализ потребности инвалидов в мероприятиях профессиональной реабилитации при проведении медико-социальной экспертизы в период 2016-2018 годов г. Омск, Россия	107
Шамшева Е.В., Саликова С.И., Карицкая Ю.О. Анализ факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов, признанных инвалидами первично вследствие перенесенного инфаркта миокарда г. Омск, Россия	109
МЕДИЦИНСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ	
Баландина Ю.Г. Коррекция когнитивных нарушений у пациентов с последствиями острого нарушения мозгового кровообращения. г. Новокузнецк, Россия	113
Баранников А.А., Филатов Е.В., Овчинников О.Д. Хирургическая коррекция Hallux valgus в реабилитации инвалидов с заболеваниями центральной нервной системы г. Новокузнецк, Россия	114
Демина Э.Н. Методические аспекты социально-бытовой адаптации инвалидов г. Санкт-Петербург, Россия	116
Денисова Я.А., Карапетян К.К. Роль социальных факторов при назначении протезно-ортопедических изделий для инвалидов с утратой нижней конечности г. Новокузнецк, Россия	118
Емельянцева Т.А. Комплексная оценка речевых нарушений функций у детей с психическими и поведенческими расстройствами по кодам международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья детей и подростков г. Минск, Республика Беларусь	119
Загородникова О.А. Восстановление рефлекса Галанта у младенцев с повреждением шейного отдела позвоночника г. Новокузнецк, Россия	121
Загородникова О.А.1, Трищенко И.Г.2, Бычкова О.Е. 2, Масягина С.Е. 2 Восстановительное лечение больных с резидуальной стадией детского церебрального паралича методом динамической проприоцептивной коррекции (ДИПРОКОР) г. Новокузнецк, Россия	123
Ивонина Н.А. Клинико-стабилометрические особенности нарушений равновесия у больных с вертеброгенным синдромом позвоночной артерии и цереброваскулярной болезнью г. Новокузнецк, Россия	125
Карапетян К.К., Васильченко Е.М. Исследовательская группа России в международном проекте International Spinal Cord Injury (InSCI) Community Survey: влияние социальной среды на жизнь людей с повреждениями спинного мозга г. Новокузнецк, Россия	128
Карапетян К.К. Особенности кросс-культурной адаптации исследовательских инструментов в области реабилитации г. Новокузнецк, Россия	130
Каргин А.Р. Логопедическая реабилитация больных с моторной афазией тяжёлой степени выраженности в резидуальном реабилитационном периоде г. Новокузнецк, Россия	131
Кленова Н.А., Русакевич А.П. Применение современного велотренажера в комплексной реабилитации детей с заболеваниями и повреждениями опорно-двигательного аппарата г. Москва, Россия	133



Кленова Н.А., Русакевич А.П. Роботизированное обучение ходьбе в комплексной реабилитации детей с двигательными расстройствами вследствие заболеваний нервной системы г. Москва, Россия	135
Колтунова А.А.1., Коновалова А.В.2 Первичная профилактика нарушений речи у детей раннего возраста с патологией центральной нервной системы г. Новокузнецк, Россия	137
Коновалова Н.Г., Васильченко Е.М. Социально-бытовая адаптация пациентов с тетрапарезом в условиях реабилитационного центра г. Новокузнецк, Россия	139
Коновалова Н.Г., Ляховецкая В.В., Деева И.В. Лечебная физкультура в системе социально-бытовой адаптации г. Новокузнецк, Россия	141
Курдыбайло С.Ф., Пономаренко Г.Н., Сусляев В.Г., Евсеев С.П., Щербина К.К., Владимиров О.Н., Чекушина Г.В. Методологические основы развития и совершенствования физической реабилитации г. Санкт-Петербург, Россия	143
Кускова С.П. Комплексные реабилитационные услуги реципиентам печени г. Минск, Республика Беларусь	145
Кускова С.П. Программа медицинской реабилитации для реципиентов печени г. Минск, Республика Беларусь	147
Ляховецкая В.В., Коновалова Н.Г., Деева И.В. Кинезиотерапевтическая установка «Экзарта» в восстановительном лечении пациентов с патологией спинного мозга на шейном уровне г. Новокузнецк, Россия	149
Ляховецкая В.В., Коновалова Н.Г., Деева И.В. Формирование постуральной регуляции пациентов с патологией центральной нервной системы с использованием тренажера «Баланс-Мастер» г. Новокузнецк, Россия	151
Ляховецкая В.В., Коновалова Н.Г., Дробышева Е.Г. Диагностика сформированности бытовых навыков пациентов с патологией позвоночника и спинного мозга на шейном уровне г. Новокузнецк, Россия	153
Ляховецкая В.В., Коновалова Н.Г., Дробышева Е.Г. Социально-бытовая адаптация пациентов с патологией спинного мозга на шейном уровне в условиях центра реабилитации г. Новокузнецк, Россия	155
Несина И.А., Головкин Е.А., Фигуренко Н.Н., Карасев Д.И. Опыт амбулаторной реабилитации пациентов с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата г. Новосибирск, Россия	157
Петров К.Б., Ивонина Н.А. Приёмы кинезиотерапии для активации паретичных мышц г. Новокузнецк	158
Помников В.Г., Гафурова Д.У., Коротких М.А. Реабилитация больных с церебральным инсультом, проживающих в сельской местности Республики Дагестан г. Санкт-Петербург, Россия	160
Помников В.Г., Таранцева В.М., Абазиева Н.Л. Международная классификация функционирования и её роль в оценке реабилитационных мероприятий при статодинамических и психических нарушениях г. Санкт-Петербург, Россия	162
Помников В.Г., Токаева С.С., Абазиева Н.Л., Коротких М.А. Реабилитация больных с остеопорозом позвоночника как междисциплинарная проблема г. Санкт-Петербург, Россия	164
Пьянков П.А. Анализ эффективности терапии статинами на амбулаторном этапе у пациентов с ишемической болезнью сердца г. Новокузнецк, Россия	166
Сидорова Е.Г. Помощь телефона доверия в разрешении жизненных кризисов абонентов-инвалидов г. Новокузнецк, Россия	167



Спиридонова В.С., Скляренко Р.Т., Омаров М.А., Черкашина С.П., Абдуллаев А.А. Особенности реабилитации при ампутациях конечностей вследствие атеросклероза артерий нижних конечностей г. Санкт-Петербург, Россия	169
Спиридонова В.С., Скляренко Р.Т., Черкашина С.П., Абдуллаев А.А. Возможности медико-социальной реабилитации инвалидов с ампутационными культями конечностей вследствие облитерирующих заболеваний сосудов нижних конечностей г. Санкт-Петербург, Россия	171
Филатов Е.В., Урюпин В.Ю. Особенности реабилитации пациентов после хирургического лечения компрессионных синдромов поясничного остеохондроза г. Новокузнецк, Россия	172
Филатов Е.В., Урюпин В.Ю., Смокотин М.П. Электронейромодуляция спинного мозга в реабилитации инвалидов с травматической болезнью спинного мозга г. Новокузнецк, Россия	174
Фирсова Т.В. Методические аспекты социально-бытовой адаптации и социально-психологической реабилитации детей-инвалидов на основании семейно-центрированного подхода г. Новокузнецк, Россия	176
Хохлова О.И., Васильченко Е.М., Карапетян К.К., Павленко Л.В. Субъективная оценка влияния факторов окружающей среды на жизнь инвалидов с повреждением спинного мозга г. Новокузнецк, Россия	178
Хохлова О.И., Якимова М.В., Набатчикова О.А., Павленко Л.В. Обоснование комплекса психодиагностических тестов для выявления нарушений адаптации у инвалидов с травматической болезнью спинного мозга г. Новокузнецк, Россия	180
Чапко И.Я., Филиппович А.Н. Использование технологий лечебной физической культуры для медицинской реабилитации инвалидов со статодинамическими нарушениями, обусловленными энцефалитами, миелитами, энцефаломиелитами г. Минск, Республика Беларусь	182
Шарапова И. Н. Клинико-биомеханическое обоснование применения краниосакральной терапии у пациентов в остром периоде ишемического инсульта г. Новокузнецк, Россия	184
Яламов А.С. Социальные условия психологической реабилитации инвалида с нарушениями психических функций вследствие острого нарушения мозгового кровообращения г. Москва, Россия	186
ТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА РЕАБИЛИТАЦИИ	
Васильченко Е.М., Хохлова О.И., Гаев А.А., Орехова Е.Н., Карапетян К.К. Разработка алгоритма индивидуального подбора кресла-коляски для маломобильных инвалидов г. Новокузнецк, Россия	191
Ляховецкая В.В., Васильченко Е.М., Коновалова Н.Г. Эффективность обучения пациентов с травматической болезнью спинного мозга навыкам пользования креслом-коляской г. Новокузнецк, Россия	193
Мозайло Г.В., Полякова Н.Н., Скидан Г.В. Нуждаемость инвалидов из числа взрослого населения Республики Марий Эл в технических средствах реабилитации согласно рекомендациям в индивидуальных программах реабилитации или абилитации инвалида за 2016-2018 годы г. Йошкар-Ола, Россия	195
Палаткин П.П., Филатов Е.В. Применение технических средств реабилитации в урологической реабилитации пациентов с последствиями травмы спинного мозга г. Новокузнецк, Россия	198
Перминов В.А. Анализ назначения технических средств реабилитации инвалидам Томской области за 2016-2018 годы г. Томск, Россия	200



Черкасова О.А., Гильдерман И.В., Тимошенко Л.А., Почекунина Т.М., Лукина Е.Н. Анализ потребностей детей-инвалидов в товарах и услугах, предназначенных для социальной адаптации и интеграции в общество г. Тюмень, Россия	202
Хохлова О.И., Гаев А.А., Васильченко Е.М., Карапетян К.К., Орехова Е.Н. Автоматизированная информационная система индивидуального подбора кресла-коляски г. Новокузнецк, Россия	204
АМПУТАЦИЯ И ПРОТЕЗИРОВАНИЕ КОНЕЧНОСТИ	
Батискин С.А., Коваль О.А. Частота ампутаций бедра и голени г. Новокузнецк, Россия	209
Дудник Л.Н., Саликова С.И. Анализ рекомендаций обеспечения техническими средствами реабилитации (протезами нижних конечностей) в индивидуальной программе реабилитации или абилитации инвалидов и детей-инвалидов по Омской области в 2016-2018 годах г. Омск, Россия	210
Жатько О.В., Степанова Е.Ю. Оценка гендерных различий функционального уровня пользования протезом у инвалидов с односторонней ампутацией бедра вследствие заболеваний сосудистого генеза г. Новокузнецк, Россия	212
Коваль О.А., Батискин С.А. Анализ результатов транстибиальных ампутации нижних конечностей при окклюзии подвздошных артерий г. Новокузнецк, Россия	214
Коваль О.А., Королев С.Г., Степанова Е.Ю. Анализ протезирования после транстибиальных и трансфеморальных ампутации нижних конечностей г. Новокузнецк, Россия	215
Королев С.Г., Крамер И.В., Дорофеева Л.В. Результаты внедрения регистра пациентов с ампутациями конечностей в Кемеровской области г. Новокузнецк, Россия	217
Макаров Д.Н. Послеоперационный делирий у пациентов, перенесших ампутацию нижней конечности по поводу критической ишемии г. Новокузнецк, Россия	218
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ. ТРУДОУСТРОЙСТВО	
Арапова Е.А., Полякова О.В. Индивидуализация образовательно-реабилитационного процесса людей с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья с использованием дистанционных технологий обучения г. Новочеркасск, Россия	221
Бондаренко Л.Д. Технология психологической реабилитации в условиях образовательно-реабилитационного пространства ФКПОУ «Новочеркасский технологический техникум-интернат» Минтруда России г. Новочеркасск, Россия	225
Власова-Розанская Е.В. Современное видение на оценку утраты профессиональной трудоспособности у пациентов со взаимоотноотягающей патологией г. Минск, Республика Беларусь	227
Власова-Розанская Е.В. Современный взгляд на оценку утраты общей трудоспособности у пациентов со взаимоотноотягающей патологией г. Минск, Республика Беларусь	229
Карапетян К.К. Факторы, влияющие на трудовую деятельность людей с параплегией г. Новокузнецк, Россия	231
Коротких М.Н. Реабилитация людей с особыми потребностями через профессиональное развитие г. Курск, Россия	232
Наумова О.Ю., Касейкина Е.И., Тарабрина Н.Д. Участие в профессиональных конкурсах как способ формирования профессионального самоопределения и трудоустройства лиц с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья г. Новочеркасск, Россия	234



Некс О.В., Терехова О.М. Вопросы содействия рациональному трудоустройству выпускников профессиональных образовательных учреждений для лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью г. Оренбург, Россия	238
Никитина И. Ю., Образцова Т.В., Томилова И.В. Региональные ресурсы содействия получению профессионального образования лицами с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью: опыт деятельности «Ресурсного учебно-методического центра по обучению инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья» Череповецкого государственного университета (РУМЦ ЧГУ). г. Вологда, Россия	241
Николаева Т.А. Опыт профессиональной подготовки студентов с нарушениями органов слуха в условиях производства г. Новочеркасск, Россия	243
Порошина С.М. Использование интерактивных форм и методов в профилактической работе с лицами с ограниченными возможностями здоровья в условиях образовательно-реабилитационного пространства ФКПОУ «Новочеркасский технологический техникум-интернат» Минтруда России г. Новочеркасск, Россия	246
Саликова С.И., Шамшева Е.В. Трудовая мотивация лиц, имеющих инвалидность, по результатам медико-социальной экспертизы ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России в 2017-2018 годы г. Омск, Россия	249
Сарутин Н.Н., Новикова Л.И. Роль индивидуального образовательного маршрута в повышении качества профессионального образования инвалидов в современных условиях (опыт реализации) г. Санкт-Петербург, Россия	251
Травникова Н.Г. О проблемах трудоустройства инвалидов г. Санкт-Петербург, Россия	253
Тупикина В.А. Методические рекомендации по обучению студентов с нарушением слуха г. Павловск, Россия	255
Усенкова И.В., Рычкова Н.М., Кулешова Т.И. Трудоустройство инвалидов в Красноярском крае: проблемы и пути решения с помощью межведомственного взаимодействия г. Красноярск, Россия	256
Усенкова И.В., Рычкова Н.М., Кулешова Т.И., Кухто Н.П. Профессиональная реабилитация инвалидов, проживающих в стационарных учреждениях социального обслуживания Красноярского края г. Красноярск, Россия	258
Чукардин В.А., Старобина Е.М. Актуальные вопросы содействия трудоустройству выпускников организаций профессионального образования из числа инвалидов г. Санкт-Петербург, Россия	260


